

뉴욕주와 EPIC 메디케어가 협력합니다

EPIC이란?

노령자 의약품 보험 프로그램(The Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage 또는 EPIC)은 뉴욕주에서 노령자에게 제공하는 프로그램으로써 보장 공백기(도넛 홀) 기간에 메디케어 파트 D가 보장하는 처방약품 대한 공동부담비용을 보조합니다. 또한, EPIC은 보장 공백기에 구입한 메디케어 파트 D에서 제외되는 의약품을 보장합니다. EPIC 공동부담비용은 약품비용에 따라 \$3 - \$20 정도가 됩니다.

본 프로그램은 무료이며 별도의 비용 또는 공제액이 없습니다. 또한, EPIC은 미혼이면 최대 연간 수입 \$23,000까지, 기혼이면 \$29,000까지인 회원에 대해 메디케어 파트 D 플랜 보험료를 지급합니다. 연간 수입 한도를 넘는 회원은 자신의 파트 D 플랜 보험료를 지급해야 합니다.

가입 자격은?

- 65세 이상인 뉴욕주 거주자로서 미혼일 경우 연간 수입 \$35,000 이하, 기혼일 경우 \$50,000 이하이며
- 메디케이드 전액혜택을 받지 않고 메디케이드 스펜드 다운(spend down)을 받을 자격이 있는 노령자

메디케어 파트 D 플랜 가입

지원자는 메디케어 파트 D 플랜에 가입하기 전에 EPIC 신청을 할 수 있으나, 모든 EPIC 회원들은 EPIC 혜택을 받으려면 파트 D가 있어야 합니다. EPIC은 주정부 의약품 지원 프로그램(SPAP)이기 때문에 회원들은 EPIC에 가입한 해당 연도에 파트 D 플랜에 가입할 수 있거나 1년에 한 번 메디케어 파트 D 플랜으로 변경할 기회가 있습니다.

가입신청

- 신청 양식을 작성한 후 서명하십시오.
- 기혼인 경우, 본인 및 배우자가 함께 동일한 양식을 사용할 수 있습니다.
- 결혼하여 배우자와 함께 사는 경우, 본인과 배우자가 모두 양식에 서명해야 합니다.
- 전년도 총 수입을 기재하십시오.
- 결혼하여 배우자와 함께 사는 경우, 한 사람만 신청하는 경우에도 본인과 배우자의 총 수입을 함께 보고해야 합니다.

더 자세한 내용은 수신자부담 EPIC Helpline에 **1-800-332-3742 (TTY 1-800-290-9138)**로 전화하십시오. 다음 웹사이트에서 영어나 스페인어로 된 신청서 양식을 다운로드할 수 있습니다. <http://health.ny.gov> EPIC for Seniors를 클릭하거나 다음 주소로 편지하십시오.

EPIC

P.O. Box 15018

Albany, New York 12212-5018

신청서



정자체로 기재하십시오!

누가 신청자입니까? 본인 혼자 본인 및 배우자

성	이름	중간 이니셜	사회보장번호

c/o 이름 (위 이름과 다를 경우)			성별
			<input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성
현재 거주 주소(P.O. Box는 안 됨)			생년월일
			월 일 연도
			____ / ____ / ____
시	주	우편번호	전화번호
			지역번호 번호
우편물을 받을 수 있는 주소(위 주소와 다를 경우)			()
			결혼 여부
			<input type="checkbox"/> 미망인, 미혼 또는 이혼
			<input type="checkbox"/> 기혼
			<input type="checkbox"/> 기혼이지만, 별거
배우자 이름(생존하는 경우)			배우자의 사회보장번호
성	이름	중간 이니셜	_____
			배우자의 생년월일
			월 일 연도
			____ / ____ / ____

본인의 메디케어 청구번호를 기재하십시오.
(빨간색, 흰색, 파랑색 카드)

배우자의 메디케어 청구번호를 기재하십시오.
(빨간색, 흰색, 파랑색 카드)

(페이지 2를 작성하십시오)

도움이 필요하십니까? 수신자부담 전화: 1-800-332-3742

지난해의 본인 총수입을 보고하십시오.

- 결혼하여 배우자와 함께 사는 경우, 한 사람만 신청을 하는 경우에도 본인과 배우자의 연간 수입을 합하여 보고해야 합니다. 결혼하고 배우자와 따로 사는 경우, 본인의 연간 수입만 보고합니다.
- 매달 수입에 12를 곱하여 연간 수입을 계산합니다.

	본인의 연간 수입	배우자의 연간 수입
1. 수표나 계좌이체를 통해 본인에게 지불된 사회보장 연금 및/또는 철도종사자 퇴직 혜택(메디케어 보험료는 제외)	\$ _____	\$ _____
2. 기타 수입: 은퇴연금(Pensions), 개인연금(Annuities), 이자, 주식배당, IRA 분배금, 자본이득, 임금, 사업 소득 또는 손해, 순 임대수입, 기타 등등 포함	\$ _____	\$ _____
3. 총 연간 수입(1번과 2번을 합산)	\$ _____	\$ _____

다음의 내용을 자세히 읽고 아래에 서명하십시오.

본인은 이 양식의 정보가 정확함을 입증합니다. 본인은 뉴욕에 거주하며 현재 메디케이드 전액혜택을 받고 있지 않습니다. 본인의 나이, 수입, 거주지, 메디케어 상황 및 메디케어 파트 D 의약품 플랜에 대한 증거를 제출해야 함을 알고 있습니다. 또한 EPIC에 가입하려면 메디케어 파트 D 의약품 플랜에 가입해야 한다는 것을 알고 있습니다. 파트 D 플랜 또는 메디케어 보조금(자격이 되는 경우) 가입에 필요한 개인정보를 제공하지 않으면 EPIC 혜택이 종료될 수 있음을 이해합니다. 본인은 EPIC, 사회보장국, 메디케어, 뉴욕주 메디케이드 프로그램, 뉴욕주 세금부서, 메디케어 파트 D 의약품 플랜 및 기타 필요한 기관들이 가입자격 심사에 필요한 본인의 모든 정보를 상호 교환하는 것에 동의합니다. EPIC에 의한 중복 또는 초과지불의 경우, 파트 D 나 기타 정부 플랜에 따라서 본인이 자격이 되는 모든 의약품 혜택을 EPIC에 양도합니다. 본인은 본인의 건강관리 제공기관이 처방 및 진단에 관련한 본인의 의료정보를 지급, 감사 또는 관련 건강관리 시술에 사용되도록 EPIC 프로그램에 공개하는 것을 승인합니다.

귀하와 귀하의 배우자(결혼하고 동거하는 경우)는 아래에 서명해야 합니다.

본인 서명(법정 대리인)

날짜

배우자 서명(법정 대리인)

날짜

승인(선택사항): 본인은 본인의 건강 치료와 관련된 다음과 같은 사람/가족에게 EPIC 혜택을 진행하는 데 필요한 본인의 정보를 EPIC에서 공개하도록 동의합니다.

정자체로 이름 기재

작성된 양식 우송 주소: EPIC
 P.O. Box 15018
 Albany, NY 12212-5018
또는 팩스: (518) 452-3576



본 신청양식의 정보는 철저한 기밀로 보관되며 EPIC 자격심사 기준으로만 사용됩니다.