

# 보완 서류 A

(Access NY Health Care 신청서 DOH-4220 보완 서류)

신청자가 다음에 해당하는 경우 이 보완 서류를 작성해야 합니다.

- 65세 이상
- 맹인 또는 장애 판정자(나이 관계없음)
- 장애 판정은 받지 않았지만 만성적 질병이 있는 경우
- 자활 능력이 없으며 요양 치료 보장 신청을 한 경우.  
여기에는 요양 치료에 상당하는 병원 치료가 포함됩니다.

참고: Medicare 세이빙 프로그램(Medicare Savings Program, MSP)만을 신청하는 경우에는 이 보완 서류를 작성하지 않아도 됩니다.

지침:

- 섹션 A ~ E를 작성해야 하며 이 보완 서류에 서명해야 합니다.
- 귀하 또는 귀하의 가정에 누군가가 요양 치료 보장 신청을 한 경우 섹션 F ~ G도 작성해야 합니다.

## A. 신청자와 배우자 정보

1. 신청자: 이 보완 서류는 다음 사람을 위해 작성합니다.

성	이름	중간 이니셜	결혼 여부	소셜 시큐리티 번호	생년월일	사망한 경우 사망 날짜
					/ /	/ /
					/ /	/ /

상기 인물에 대한 정보:

- 만성적 질병이 있습니까?  예  아니요  
(만성 질병의 예에는 질병 또는 상해로 12개월 이상 일하지 못하거나, 12개월 동안 지속되거나 지속될 것으로 예상되는 질병이나 장애 등이 포함됩니다.)
- 맹인 및 시각장애인 위원회에서 맹인 판정을 받았습니까?  
(예라고 답한 경우 증빙 서류를 보내십시오.)  예  아니요
- 근로 장애인인 경우 MBI-WPD 프로그램에 신청할 의향이 있습니까?  
근로 장애인을 위한 Medicaid 바이인(Medicaid Buy-In for Working People with Disabilities, MBI-WPD) 프로그램은 16세 이상 65세 미만의 근로 장애인들에게 Medicaid 보장을 제공합니다. 해당 프로그램은 일반 Medicaid 프로그램보다 더 높은 소득 수준을 허용하기 때문에 장애가 있는 근로자는 더 많은 돈을 벌면서도 Medicaid 보장을 유지할 수 있습니다.  예  아니요

신청자가 장기 요양 시설/요양원, 양로원, 또는 생활 지원 시설에 거주하는 경우 다음 정보를 제공해야 합니다.

시설에 거주하는 신청자의 이름	시설 이름	입소 날짜 / /	전화번호 ( ) -
거리 주소	시	주	우편번호
신청자의 이전 주소	시	주	우편번호

상기의 이전 주소가 시설의 주소일 경우, 시설 입소 이전에 거주한 곳의 주소를 아래에 작성하십시오.

신청자의 두 번째 이전 주소	시	주	우편번호
-----------------	---	---	------

## 2. 신청자의 배우자: (위에 기재되지 않은 경우)

성	이름	중간 이니셜
결혼 전 이름 또는 그 외 사용되는 이름:	소셜 시큐리티 번호	생년월일 / /
거리 주소(시설 주소와 같을 경우, 시설 입소 이전에 거주한 곳의 주소)		
시	주	우편번호

신청자의 배우자가 장기 요양 시설/요양원에 거주하고 있습니까?  예  아니요

예라고 답한 경우, 다음 정보를 작성하십시오.

시설 이름	입소 날짜 / /	전화번호 ( ) -
거리 주소	시	주
		우편번호

신청자의 배우자가 사망하였습니까?  예  아니요

예라고 답한 경우, 사망 날짜는 언제입니까? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## B. 어떤 케어와 서비스를 신청하십니까? (해당하는 것에 모두 표시)

- 귀하는 Medicaid 보장을 신청하지만 지역사회 기반 장기 의료 서비스 보장은 신청하지 않습니다. 귀하는 재원의 양을 증명할 수 있지만, 현재 단계에서 재원에 대한 서류를 제출할 필요는 없습니다. 귀하가 보고한 것과 일치하지 않는 내용이 조회될 경우, 이후 증빙 자료를 제출하도록 요청받을 수 있습니다.

이 보장에는 영양 치료, 홈 케어 또는 아래에 나와 있는 지역사회 기반 장기 의료 서비스는 포함되지 않습니다.\*

- 귀하는 지역사회 기반 장기 의료 서비스 보장을 신청합니다. 현재 재원의 양에 대한 증명이 요구되지만, 이 단계에서는 특정 재원에 대한 서류만 제출하면 됩니다. 해당 재원에 대한 “서류 요건”을 아래에서 확인하시기 바랍니다.

이 보장에는 다음 서비스가 포함됩니다.\*

- 성인 의료 데이 케어
- 제한된 공인 홈 케어
- 개인 간호
- 지역사회 내 호스피스
- 호스피스 거주 프로그램
- 생활 지원 프로그램
- 소비자 주도형 개인 지원 프로그램
- 공인 자택 의료 기관 서비스
- 주거 치료 시설 의료 서비스
- 개인 응급 응답 서비스
- 개인 의료 서비스
- 지역사회 내 장기 관리 의료 서비스
- 자택 및 지역사회 기반 면제 프로그램을 통해 제공되는 면제 및 기타 서비스

**참고: 면제 및 기타 서비스를 제공하는 자택 및 지역사회 기반 프로그램의 예로는 외상성 뇌 손상 프로그램 및 영양원 이전 및 전환 프로그램 등이 있습니다.**

- 귀하는 자활 능력이 없으며 영양 치료 보장을 신청합니다. 지난 60개월의 재원에 대한 서류가 요구되지만, 이 단계에서는 특정 재원에 대한 서류만 제출하면 됩니다. 해당 재원에 대한 “서류 요건”을 아래에서 확인하시기 바랍니다.

\*귀하는 단기 재활 서비스를 받을 자격이 될 수 있습니다. 단기 재활 서비스에는 12개월 기간 중 최장 29일까지 1회의 영양 치료나 공인 자택 영양의 시작/입소가 포함됩니다.

## 서류 요건

지역사회 기반 장기 의료 서비스나 영양 치료 보장을 신청하는 경우, 다음 재원 중 해당하는 모든 재원에 대하여 상기 명시된 기간에 해당하는 서류를 제출하십시오.

- 생명 보험 증권
- 증권, 주식, 채권, 뮤추얼 펀드
- 연금 보험
- 장례 동의서 또는 기금
- 신탁 증서 및 계좌

**다른 재원에 대한 증빙 서류를 지금 제출할 필요는 없습니다.** 다른 재원은 전산을 통해 조회 및 확인할 수 있기 때문입니다. 귀하가 보고한 재원이 당국의 기록과 일치하지 않거나 기록을 통해 확인할 수 없는 경우, 당국이 향후 해당 재원에 대한 증빙 서류의 제출을 요청할 수 있습니다.

## C. 자원/자산

### 섹션 1~8에 대한 지침:

- 위탁 계좌를 비롯하여 귀하 및/또는 배우자/부모가 소유한 모든 자원을 기재하십시오.
- 귀하나 배우자가 이러한 자원을 소유하고 있지 않은 경우 “없음” 상자에 체크 표시하십시오.
- **요양 치료 보장을 신청하는 경우에는 지난 60개월 이내에 해지한 계정을 함께 기재하고, 해지한 때의 잔고와 잔고가 어디로 이전되었고 어떻게 사용되었는지 설명해 주십시오. 별도의 종이에 \$2,000 이상에 해당하는 각 거래에 대해 설명해 주시기 바랍니다.**  
참고: Medicaid는 양도 재고 기간 중 성사된 모든 거래를 검토할 권리를 보유합니다.

### 1. 당좌/저축/신용 조합 계좌/예금 증서:

 없음

은행명	계좌 번호	소유자 이름	현재 계좌 잔고	해지한 계좌	
				해지 날짜	해지 당시 잔고
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$
			\$	/ /	\$

### 2. 퇴직 계좌(이연 보상, IRA 및/또는 Keogh):

 없음

기관명	계좌 번호	소유자 이름	지급	현재 계좌 잔고	해지한 계좌	
					해지 날짜	해지 당시 잔고
			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	\$	/ /	\$
			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	\$	/ /	\$
			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	\$	/ /	\$
			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	\$	/ /	\$

### 3. 연금 보험, 주식, 채권, 뮤추얼 펀드:

 없음

기관/회사명	계좌 번호	소유자 이름	구매 날짜	현재 가치	해지한 계좌	
					해지 또는 매각 날짜	해지 당시 잔고
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$
				\$	/ /	\$

**4. 생명 보험 증권:**  없음

보험 회사	보험 증권 번호	소유자 이름	현재 현금 가치	현재 액면 가치	해지한 보험 증권	
					해지 날짜	현금 지불 가치
			\$	\$	/ /	\$
			\$	\$	/ /	\$
			\$	\$	/ /	\$
			\$	\$	/ /	\$
			\$	\$	/ /	\$

**5. 장례 자산/장례 계약: (사본 포함)**  없음

- a. 귀하 및/또는 배우자가 귀하 자신 또는 다른 가족을 위해 사전 지급한 장례 계약이 있습니까?  예  아니요
- b. 귀하 및/또는 배우자에게 귀하 자신 또는 다른 가족 구성원을 위한 장지가 있습니까?  예  아니요
- c. 귀하 및/또는 배우자의 은행 계좌에 장례 기금을 위해 마련해 둔 돈이 있습니까?  예  아니요  
**예**라고 답한 경우, 귀하 및/또는 배우자의 장례 기금은 어느 계좌에 들어 있습니까?

은행명 및 계좌 번호	소유자 이름	가치
		\$
		\$
		\$

- d. 장례 기금으로 사용할 생명 보험이 있습니까?  예  아니요  
**예**라고 답한 경우, 보험 증권 번호는 무엇입니까? \_\_\_\_\_  
**예**라고 답한 경우, 해약 반환금 전체가 장례비로 사용됩니까?  예  아니요
- e. 배우자에게 장례 기금으로 사용할 생명 보험이 있습니까?  예  아니요  
**예**라고 답한 경우, 보험 증권 번호는 무엇입니까? \_\_\_\_\_  
**예**라고 답한 경우, 해약 반환금 전체가 장례비로 사용됩니까?  예  아니요

**6. 신탁 계좌: 귀하 및/또는 배우자가 신탁을 만들었거나 신탁의 수혜자인 경우, 현재의 신탁 자산 명세서를 포함한 신탁 사본을 제출하십시오.**  없음

신탁 이름	양도인	피신탁인	자산	수혜자	수익
			\$		\$
			\$		\$
			\$		\$
			\$		\$

**7. 차량: 자동차, 트럭, 밴을 모두 기재하십시오. 캠핑카, 스노모빌, 보트, 오토바이 등 레저용 차량 또한 모두 기재하십시오.**  없음

소유자 이름	연도/제조/모델	공정 시가	납부 금액	사용 여부	판매 날짜
			\$	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	/ /
			\$	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	/ /
			\$	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	/ /

8. 기타 자원 기재:		
자원 유형	소유자 이름	가치
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

### D. 주택

1. 귀하 및/또는 배우자가 종신 물권을 포함하여 자택에 대한 법적 지분을 소유하거나 갖고 있습니까?  예  아니요
2. 의료 시설에 있으나 집을 소유하고 있는 경우, 집으로 돌아갈 의향이 있습니까?  예  아니요  
**아니요**라고 답한 경우, 다른 사람이 집에 살고 있습니까?  예  아니요  
 집에 살고 사람은 누구입니까? \_\_\_\_\_  
 이 사람과 귀하 및/또는 배우자와 어떤 관계입니까? \_\_\_\_\_
- 귀하 및/또는 배우자의 자녀(나이 상관 없음)가 집에 살고 있는 경우, 자녀에게 장애가 있습니까?  예  아니요

**참고:** 이 재산을 판매하지 못하는 법적 하자가 있는 경우, 해당 재산은 Medicaid 자격을 결정하는 데 계산되지 않습니다. **법적 하자에 대한 증빙 자료를 제출하십시오.**

3. 집의 지분 가치:  
 집을 소유하고 있는 경우, 집의 지분 가치가 어떻게 됩니까? \$ \_\_\_\_\_  
**참고:** 지분 가치는 미지급 선취권, 대출 등보다 적은 공정 시가입니다.

### E. 부동산(자택 이외)

귀하 및/또는 배우자가 기타 물적 재산에 대한 법적 지분을 소유하거나 갖고 있습니까?  예  아니요  
 (해당 사항에 모두 표시)

임대 부동산     별장     공동 사용 휴가용 주택     공한지     기타 재산권(뉴욕 주 내외)

**예**라고 답한 경우, 다음 정보를 작성하십시오.

소유자 이름 및 주소	부동산 주소	소유 유형(하나만 표시)	지분 가치
		<input type="checkbox"/> 개인 소유 <input type="checkbox"/> 공동 명의 <input type="checkbox"/> 종신 물권	\$
		<input type="checkbox"/> 개인 소유 <input type="checkbox"/> 공동 명의 <input type="checkbox"/> 종신 물권	\$
		<input type="checkbox"/> 개인 소유 <input type="checkbox"/> 공동 명의 <input type="checkbox"/> 종신 물권	\$
		<input type="checkbox"/> 개인 소유 <input type="checkbox"/> 공동 명의 <input type="checkbox"/> 종신 물권	\$

**여기서 작성을 중단하십시오. 귀하 또는 가정 내의 다른 사람이 자활 능력이 없어 요양 치료 보장을 신청하는 경우에만 작성을 계속합니다. 어느 경우든 이 문서의 마지막 섹션에는 반드시 서명해야 합니다.**

## F. 자산 양도

### 1. 양도

- a. 지난 60개월 동안 귀하나 배우자, 또는 귀하를 대신한 누군가가 주택 또는 기타 부동산을 포함한 자산을 양도, 소유권 변경, 기부 또는 판매했습니까?  예  아니요
- b. 지난 60개월 동안 귀하 또는 배우자가 어떤 자산이든 신탁에 맡기거나 신탁에서 양도한 적이 있습니까?  예  아니요

**위의 두 질문에 모두 예라고 답한 경우, 아래에 양도를 설명하십시오.  
필요하면 추가 용지를 첨부하시기 바랍니다.**

자산 설명(소득 포함)	양도 날짜	양도 대상	양도 금액
			\$
			\$
			\$
			\$

- c. 현재 자산을 판매하는 과정에 있습니까?  예  아니요
- d. 지난 60개월 동안 귀하나 배우자, 또는 귀하를 대신한 누군가가 종신 물권을 포함한 부동산의 증서 또는 소유권을 변경했습니까?  예  아니요  
예라고 답한 경우, 언제입니까? \_\_\_\_\_
- e. 다른 사람의 집에 있는 종신 물권을 구입한 경우, 해당 종신 물권 구입 후 최소 1년 동안 해당 집에 거주했습니까?  예  아니요
- f. 지난 60개월 동안 귀하나 배우자, 또는 귀하를 대신한 누군가가 대출, 대부, 또는 약속 어음을 받았습니까?  예  아니요  
예라고 답한 경우, 언제입니까? \_\_\_\_\_
- g. 지난 60개월 동안 귀하나 배우자, 또는 귀하를 대신한 누군가가 연금 보험을 구입하거나 변경했습니까?  예  아니요  
예라고 답한 경우, 언제입니까? \_\_\_\_\_

2. 귀하나 배우자, 또는 귀하를 대신한 누군가가 요양원, 생활 지원 시설, 연속 보호 은퇴 주거단지 또는 평생 의료 서비스 주거단지와 같은 의료 서비스 또는 주거 시설에 보증금을 지급했습니까?  예  아니요

**예라고 답한 경우, 계약서 사본을 제출하십시오.**

## G. 세금 환급

- 귀하 및/또는 배우자가 지난 4년 이내에 미국 소득세 신고서를 제출했습니까?  예  아니요
- 예라고 답한 경우, 모든 명세서와 첨부를 포함하여 해당 신고서에 대한 증빙 서류 사본을 제출하십시오.**

## H. 중요 정보

### ■ 부동산 선취특권

의료 기관에 있어 집으로 돌아올 예정이 없는 경우에는 Medicaid를 받는 대로 특정 상황 하에서 선취권을 제기하고 물적 재산(부동산)을 되찾을 수 있습니다. 귀하를 대신해 지급한 Medicaid는 의료 서비스를 받은 당시 지원에 대한 법적 책임이 있었던 사람이 되찾을 수 있습니다. Medicaid는 잘못 지급된 서비스 비용 및 보험료를 되찾아 주기도 합니다.

### ■ 자산 양도

연방 및 주 법에 따라 개인이나 개인의 배우자가 재고 기간 동안 공시 가격 이하로 자산을 양도할 경우, 해당 개인은 일정 기간 동안 요양 시설 서비스에 대한 자격을 충족하지 못할 수 있습니다. 재고 기간은 개인이 자활 능력이 없어 Medicaid를 신청한 날짜의 직전 60개월입니다.

### ■ 연금 보험

요양 시설 서비스에 대한 Medicaid 보장 조건으로 신청자는 개인 또는 개인의 배우자가 가진 연금 보험 내 지분에 대해 설명해야 합니다. 이러한 공개는 연금 보험이 취소 불능이든 가산 재원이든 그와 관계없이 필요합니다.

연금 보험 구입 이외에도, 재고 기간 중 신청자 또는 배우자의 연금 보험에 대해 성사된 특정한 거래는 다음과 같은 경우가 아니면 양도로 취급될 수 있습니다.

- 최소한 Medicaid가 연금 수령자를 위해 지급한 금액에 대해 주 당국이 우선적인 나머지 수혜자로 지정 되는 경우, 또는
- 지역사회 배우자 또는 어리거나 장애가 있는 어린이의 대리인이 공정 시가 미만에 대해 그와 같은 나머지 부분을 폐기하는 경우, 해당 배우자 또는 해당 어린이 다음으로 주 당국이 두 번째 수혜자로 지정되는 경우.

주 당국이 나머지 수혜자로 지정되었음을 확인하는 문서가 제출되지 않은 경우, 귀하는 요양 시설 서비스 보장을 받을 자격이 되지 않을 수 있습니다.

연금 보험이 신청 당시 가산 재원인 경우, 귀하/배우자는 주 당국을 나머지 수혜자로 지정하지 않아도 됩니다.

## I. 인증 및 승인

본인은 위증죄에 따라 이 양식의 정보가 본인이 알고 있는 한 정확하며 완전하다는 점을 인증합니다. 이 정보에 변동 사항이 발생할 경우 변경된 후 10일 이내에 이를 보고해야 한다는 점을 이해합니다.

자격 요건이 본인과 본인의 배우자의 재원에 따라 결정되는 경우, 본인과 본인의 배우자는 이 신청서에 서명함으로써 금융 기관이 자격 결정의 목적으로 본인과 본인의 배우자의 재원을 확인하는 것을 승인합니다. 두 배우자 모두 아래에 서명하십시오. 본 승인서는 본인의 Medicaid 신청서가 거부되거나 본인이 더 이상 Medicaid 혜택 자격을 충족하지 않을 경우 또는 본인이 지역 사회 복지부에 서면 진술서를 전달하여 본 승인서를 철회하는 경우 그 효력이 정지됩니다.

X \_\_\_\_\_  
신청자/대리인 서명

X \_\_\_\_\_  
서명 날짜

X \_\_\_\_\_  
신청자의 배우자 서명

X \_\_\_\_\_  
서명 날짜