

뉴욕 주 보건부(NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH)
조기 개입국(BUREAU OF EARLY INTERVENTION)

보험 관련 부모 통지문

뉴욕 주 내 조기 개입 서비스는 가족에게 무료로 제공되어야 합니다. 하지만 조기 개입 프로그램(Early Intervention Program, EIP)에 대한 뉴욕 주 결제 시스템에는 조기 개입 서비스 비용 환급을 위한 공공 의료 보험(Medicaid, Child Health Plus 등) 및 민간 보험(CDPHP, UHC 및 기타) 사용이 포함됩니다. 이 중요한 자금원은 미래 세대가 조기 개입 서비스를 이용할 수 있도록 돕기 위한 것입니다.

공중 보건법(Public Health Law, PHL)에 따르면, 조기 개입 서비스 제공자는 우선 공공 및 민간 보험에 조기 개입 서비스 비용을 청구한 후 당국에 청구서를 제출해야 합니다. 뉴욕 주 법이 귀하의 보험에 적용되는 경우, 또는 귀하의 동의 하에 뉴욕 주 법이 귀하 보험에 적용되지 않는 경우에만 민간 보험에 비용을 청구할 수 있습니다.

Medicaid 및 민간 보험:

귀하의 가족이 민간 보험 및 공공 보험(Medicaid) 모두에 가입한 경우, 민간 보험에 조기 개입 서비스 비용을 먼저 청구한 후 잔액을 공공 보험(Medicaid)에 청구해야 합니다. 자녀가 Medicaid에 가입된 경우, 먼저 Medicaid 등록 신청의 일환으로 자녀의 조기 개입 서비스에 대한 민간 보험 보장 비용을 청구하는 데 대해 귀하의 동의가 있었던 것입니다. 자녀의 보험 플랜에 조기 개입 서비스에 대한 비용이 청구되며, 뉴욕 주 보험법(New York State Insurance Law, SIL)이 자녀의 보험에 적용될 경우 귀하의 추가 동의는 필요하지 않습니다. 플랜이 완전히 보장되지 않고 뉴욕 주 보험법의 적용을 받는다면 자녀의 민간 보험 플랜에 청구 시 귀하의 동의가 필요합니다.

보험 번호 및 소셜 시큐리티 번호 수집:

뉴욕 주 공중 보건법(New York State Public Health Law, PHL)에 따라:

- 귀하는 자녀의 공공 및 민간 보험 등 자녀의 보험 혜택에 대한 정보 및 서류를 제공하고 담당 서비스 코디네이터는 이를 수집해야 합니다. 이 정보에는: 보험증서 또는 건강 보험 플랜의 유형, 보험회사 또는 플랜 관리자 이름, 증서 및 플랜 식별 번호, 보험 보장 유형 및 기타 보험 청구에 필요한 정보가 포함됩니다. 담당 서비스 코디네이터가 귀하의 권리와 의무 및 귀하의 가족에 대해 법에서 제공하는 보호책을 설명합니다. [PHL§2543(3); PHL§2559(3)(a)(i)]
- 귀하와 본인의 소셜 시큐리티 번호를 제공하고 조기 개입 담당관(Early Intervention Official, EIO)이 이를 수집해야 합니다. 이 정보는 안전하게 기밀로 유지됩니다. [PHL§2552(2)]

뉴욕 주에서 규제하는 보험:

다음 보호책은 공공 및 민간 보험이 조기 개입 서비스 비용 지불에 사용되는 경우, 뉴욕 주의 규제를 받는 보험 플랜을 위한 것으로, 뉴욕 주 공중 보건법(PHL) 및 뉴욕 주 보험법(SIL)에 따라 보장됩니다.

1. 자녀에게 필요한 조기 개입 서비스는 귀하의 가족에게 무료로 제공됩니다. 귀하의 자녀와 가족이 조기 개입 프로그램(EIP) 내에서 받는 서비스에 대해 공제금 또는 공동 부담금과 같은 본인 부담금 지불을 요청받지 않습니다. 조기 개입 담당관(EIO)이 모든 공동 부담금 및 공제금 비용 지불을 조정할 것입니다. [PHL§2557(1); PHL§2559(3)(b)]
2. 보험 회사는 조기 개입 서비스 혜택에 사용되는 비용을 귀하의 보험 연간 한도 또는 평생 보험 한도("상한선")에 초과할 수 없습니다. 이는 조기 개입 서비스에 따라 보험사가 지불한 비용으로 인해 귀 가족의 전체 보험 보장이 축소되지 않는다는 의미입니다. [PHL§2559(3)(c); SIL§3235-a(b)]
3. 보험 회사는 어떠한 조기 개입 서비스 비용도 귀하의 보험 방문 한도에 초과할 수 없습니다. 이는 보험 회사가 환급한 조기 개입 방문 비용으로 인해 귀하의 자녀와 가족의 의료 방문 횟수를 축소할 수 없다는 의미입니다. [SIL§3235-a(b)]
4. 귀하의 자녀와 가족이 이용할 수 있는 조기 개입 서비스는 귀하의 보험 보장 항목에 제한되지 않습니다. 조기 개입 담당관(EIO)은 귀하의 보험이 해당 서비스를 보장하지 않거나 귀하가 보험에 가입하지 않았다 할지라도 귀하의 자녀에게 적절한 조기 개입 서비스가 제공되는지 확인해야 합니다. [PHL§2552(1)]
5. 귀하의 건강 보험 회사는 귀하의 자녀가 조기 개입 프로그램(EIP)을 통해 서비스를 받고 있다는 이유만으로 귀하의 보험 보장을 중단하거나 보험 갱신을 거부할 수 없습니다. [SIL§3235-a(d)]
6. 귀하의 건강 보험 회사는 귀하의 자녀 및 가족이 조기 개입 프로그램(EIP)의 서비스를 받고 있다는 이유만으로 보험료를 인상할 수 없습니다.
7. 조기 개입 서비스 비용 지불을 위해 공공 건강 보험(예: Medicaid)을 이용한다고 해서 가정 및 지역사회 기반의 면제 프로그램에 대한 자녀의 자격에 영향을 미치지 않습니다. 조기 개입 서비스를 받았다고 해서 가정 및 지역사회 기반의 면제 프로그램 참여가 배제되지 않습니다.
8. 민간 또는 공공 보험에 가입되어 있지 않다고 하더라도 IFSP 내 조기 개입 서비스를 이용할 수 있습니다. 조기 개입 프로그램(EIP)에 참여하는 조건으로 건강 보험 가입을 요구받을 수 없으나, 원하실 경우 담당 서비스 코디네이터가 공공 보험 추천 및 신청을 도와드릴 수 있습니다. [PHL§2552(1); PHL§2559(1)]
9. 귀하의 민간 보험이 뉴욕 주의 규제를 받지 않으며 (고용주가 자가보험에 가입한 경우) 민간 보험 사용으로 인해 귀하의 가족에 비용이 발생할 경우(혜택 손실 포함), 귀하의 서면 동의가 있지 않은 한 귀하의 보험 플랜에 비용이 청구되지 않습니다. [PHL§2559(3)(a)]

뉴욕 주의 규제를 받지 않는 보험:

귀하의 보험 플랜이 뉴욕 주의 규제를 받지 않는 경우, 주 보험법(SIL) 또는 공중 보건법(PHL)의 보호책이 귀하의 보험 플랜에 적용되지 않습니다. 이러한 상황인 경우:

1. 귀하의 보험 회사는 조기 개입 서비스를 보험의 평생 또는 연 단위의 금액 한도에 적용하거나 가능한 방문 횟수 줄이기가 가능합니다.
2. 귀하의 보험회사는 귀하의 자녀가 EIP 서비스를 받고 있다는 이유로 귀하의 건강 보험 보장을 중단하거나 갱신 거부를 할 수 있습니다.
3. 귀하의 보험회사는 귀하의 자녀가 EIP 서비스를 받고 있다는 이유로 귀하의 건강 보험료를 인상할 수 있습니다.

서면 동의:

조기 개입 서비스 비용 납부를 지원하기 위해 귀하의 건강 보험 플랜(뉴욕 주 규제를 받지 않는 경우)을 평가할 때 귀하의 서면 동의가 필요합니다. 귀하가 조기 개입 프로그램(EIP)이 귀하의 건강 보험에 비용을 청구하는 서면 승인을 제공하지 않기로 결정하여도 귀하의 IFSP 내 서비스는 여전히 제공됩니다. [PHL§2552(1)]

- 부모가 EIP 서비스 비용을 비규제보험에 청구하도록 서면 동의를 제공한 경우, 서비스 코디네이터는 6 개월마다 개최되는 IFSP 검토/회의 또는 IFSP 내 서비스의 횟수, 기간 또는 강도가 증가할 경우, 해당 부모로부터 신규 정보가 포함된 서면 동의를 받아야 합니다. [34 CFR §303.420(a)(3); §303.520(b)(1)(i)]

귀하의 건강 보험 플랜이 조기 개입 서비스 비용 지불과 관련해 평가받도록 서면 승인을 제공하기로 결정할 경우, 귀하에게 다음 보호책이 적용됩니다:

1. 자녀에게 필요한 조기 개입 서비스는 귀하의 가족에게 무료로 제공됩니다. 귀하의 자녀와 가족이 조기 개입 프로그램(EIP) 내에서 받는 서비스에 대해 공제금 또는 공동 부담금과 같은 본인 부담금 지불을 요청받지 않습니다. 조기 개입 담당관(EIO)이 당국에 의해 발생하는 모든 공동 부담금 및 공제금 비용 지불을 조정할 것입니다. [PHL§2559(3)(b)]
2. 귀하의 자녀와 가족이 이용할 수 있는 조기 개입 서비스는 귀하의 보험 보장 항목에 제한되지 않습니다. 조기 개입 담당관(EIO)은 귀하의 보험이 해당 서비스를 보장하지 않는다 할지라도 귀하의 자녀에게 적절한 조기 개입 서비스가 제공되는지 확인해야 합니다. [PHL §2552(1)]

대위 변제:

뉴욕 주 공중 보건법(PHL)은 당국이 조기 개입 서비스 비용을 지불했거나 제공자가 귀하의 보험으로 보장되는 서비스를 제공한 경우에 한해 귀하의 보험에 따른 환급과 관련하여 당국 및 제공자에게 '대위 변제' 권리를 부여합니다. [PHL§2559(3)(d); SIL§3235-a(c)] 이는 민간 보험이 지불한 조기 개입 서비스 비용은 조기 개입 제공자에게 직접 제공되어야 한다는 것을 의미합니다. 귀하에게 청구된 금액에 오류가 있을 경우, 담당 조기 개입 제공자 및/또는 서비스 코디네이터에게 연락하여 안내 및 지원을 받으시기 바랍니다. 귀하의 자녀나 가족에게 제공되는 조기 개입 서비스에 대한 비용이 귀하의 제공자에게 제대로 지불되는 것이 중요합니다.

적법 절차에 대한 권리:

부모는 자녀의 조기 개입 서비스에 대한 분쟁 또는 불만을 해결하기 위한 정당한 적법 절차에 개입할 권리가 있습니다. 이러한 적법 절차에 대한 권리에는 중재의 기회, 적법 절차 심리 요청 및/또는 주 시스템에 대한 불만 제기 기회가 포함됩니다. 모든 선택 사항은 자발적이며 무료입니다. [34 CFR §303.431, §303.436, §303.441, §303.434; PHL §2549; 10 NYCRR Section 69-4.17]

- 중재는 지역사회 분쟁 해결 센터(Community Dispute Resolution Center) 소속의 숙련된 중재자가 진행하는 절차로, 부모와 조기 개입 담당관(EIO) 간 합의를 돕습니다.
- 공정 심리는 심리 담당관(보건부 국장 또는 피지정인이 지명한 행정법 판사)이 진행하는 절차로, 부모와 조기 개입 담당관(EIO) 간 분쟁 해결에 이용됩니다. 심사관이 자녀가 서비스를 받을 자격이 없다고 판단한 날짜로부터 6개월 이내에 한해 공정 심리를 요청할 수 있습니다.
- 시스템 관련 불만은 부모가 담당 EIO, 담당 서비스 코디네이터, 심사관 또는 서비스 제공자가 법, 규칙 또는 규정에 따라 업무를 수행하지 않는다고 판단할 경우 제기할 수 있습니다. 이러한 불만 제기는 뉴욕 주 보건부(New York State Department of Health) 산하의 조기 개입국장(Director of the Bureau of Early Intervention)에게 서면으로, 위반으로 주장하는 사안이 발생한 지 1년 이내에 제출해야 합니다.

이 통지문에 대한 문의사항이 있으시면 담당 서비스 코디네이터 또는 조기 개입 담당관(EIO)에게 문의하거나, 뉴욕 주 보건부(New York State Department of Health) 산하의 조기 개입국(Bureau of Early Intervention)에 518-473-7016 번으로 전화하거나 beipub@health.ny.gov으로 이메일을 보내시기 바랍니다.

뉴욕 주 보건부(NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH)
조기 개입국(BUREAU OF EARLY INTERVENTION)

자녀 보험 정보 양식 안내

자녀 보험 관련 정보:

뉴욕 주 내 조기 개입 서비스는 가족에게 무료로 제공되어야 합니다. 그러나 뉴욕 주 조기 개입 프로그램(Early Intervention Program, EIP) 결제 시스템에는 조기 개입 서비스 비용 환급을 위한 공공 의료 보험(Medicaid, Child Health Plus 등) 및 민간 보험(CDPHP, Empire Plan 및 기타) 사용이 포함됩니다. 뉴욕 주 보건법(Public Health Law, PHL)에 따라, 귀하는 공공 및 민간 보험을 비롯하여 자녀의 보험 혜택에 대한 정보 및 서류를 제공하고 담당 서비스 코디네이터는 이를 수집해야 합니다. 이 정보에는 보험증서 또는 건강 보험 플랜의 유형, 보험회사 또는 플랜 관리자 이름, 증서 및 플랜 식별 번호, 보험 보장 유형 및 기타 보험 청구에 필요한 정보가 포함됩니다. 담당 서비스 코디네이터가 귀하의 권리와 의무 및 귀하의 가족에 대해 법에서 제공하는 보호책을 설명해야 합니다.

양식 작성 방법:

- 담당 서비스 코디네이터가 양식 작성을 도와드릴 수 있습니다.
- 양식의 모든 항목을 빠짐없이, 정확하게 작성하시기 바랍니다.
- 자녀가 2 개 이상의 건강 보험에 가입한 경우, 각각의 보험 정보를 제공하셔야 합니다. (아래 예시 참조)
 - 자녀가 2 가지의 민간 보험에 가입한 경우, 두 보험 모두에 대한 정보를 제공하셔야 합니다.
 - 자녀가 Medicaid 와 민간 보험에 가입한 경우, Medicaid 자녀 식별 번호(Child Identification Number, CIN) 및 민간 보험 정보를 제공하셔야 합니다.
 - 자녀가 Medicaid 관리형 케어에 가입한 경우, Medicaid 자녀 식별 번호(CIN)와 Medicaid 관리형 케어 보험회사 정보를 모두 보험 정보 섹션에 기재하셔야 합니다.
 - 자녀가 Medicaid 관리형 케어와 민간 보험에 가입한 경우, Medicaid 자녀 식별 번호(CIN), Medicaid 관리형 케어 보험회사 정보 및 민간 보험 정보를 제공하셔야 합니다.
- 담당 서비스 코디네이터가 각각의 개별화 가족 서비스 계획(Individualized Family Service Plan, IFSP) 회의/검토에서 이 보험 정보를 검토해야 합니다. 귀하의 보험에 변동이 없다는 것을 확인하기 위해 귀하는 각각의 IFSP 회의/검토에서 이 양식에 서명하셔야 합니다. 보험에 변동이 생길 경우, 새로운 양식을 작성해야 합니다.
- 언제든지 자녀의 보험에 변동이 생길 경우 담당 서비스 코디네이터에게 알려주시기 바랍니다.

무보험에 대한 부모 증명(해당하는 경우):

- 자녀가 건강 보험에 가입되어 있지 않을 경우 귀하는 이 증명서를 작성 후 서명해야 합니다.
- 각각의 IFSP 회의/검토에서 신규 증명서에 서명해야 합니다(자녀가 보험에 가입하지 않은 경우).
- 자녀가 보험에 가입되어 있지 않을 경우에도 EIP 서비스는 무료로 제공됩니다.
- 자녀가 EIP 서비스를 받기 위해 건강 보험에 가입할 필요는 없습니다. 하지만 자녀가 자격이 있을 수 있는 건강 보험을 확인 및 가입할 때 담당 서비스 코디네이터의 지원을 받아야 합니다.

이 양식 작성 중 궁금하신 사항은 담당 서비스 코디네이터에게 연락하시기 바랍니다.

뉴욕 주 보건부(NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH)
조기 개입국(BUREAU OF EARLY INTERVENTION)

아동 보험 관련 정보

아동 이름/생년월일: _____ 아동 성별: 남성 여성

주 보험 정보:

보험회사/플랜 이름: _____

보험회사 청구 주소: _____

보험증서/식별(ID) 번호: _____

아동 회원 ID(다른 경우): _____

그룹 번호: _____

보험계약자 이름: _____ 보험계약자 성별: 남성 여성

보험계약자 생년월일: _____

보험계약자 주소: _____

보험계약자 전화번호: _____

보험계약자와 아동과의 관계: _____

기타 보험(해당하는 경우):

보험회사/플랜 이름: _____

보험회사 청구 주소: _____

보험증서/ID 번호: _____

아동 회원 ID(다른 경우): _____

그룹 번호: _____

보험계약자 이름: _____ 보험계약자 성별: 남성 여성

보험계약자 생년월일: _____

보험계약자 주소: _____

보험계약자 전화번호: _____

보험계약자와 아동과의 관계: _____

Medicaid 고객 식별 번호(CIN)(해당하는 경우): _____

(2 글자, 숫자 5 개, 1 글자)

부모/법적 보호자 서명

날짜

부모 서명으로 파일의 보험 정보가 정확하다는 것을 확인합니다.

6 개월 IFSP 시 검토한 보험 정보:	날짜 _____	변경사항 없음 _____	부모 서명 _____
12 개월 IFSP 시 검토한 보험 정보:	날짜 _____	변경사항 없음 _____	부모 서명 _____
18 개월 IFSP 시 검토한 보험 정보:	날짜 _____	변경사항 없음 _____	부모 서명 _____
24 개월 IFSP 시 검토한 보험 정보:	날짜 _____	변경사항 없음 _____	부모 서명 _____
검토한 보험 정보(기타):	날짜 _____	변경사항 없음 _____	부모 서명 _____

무보험에 대한 부모 증명 (해당하는 경우)

아동 이름: _____ 아동 생년월일: _____

본인 _____ (정자체로 기재)은 상기 아동의 부모 및/또는 법적 보호자로서 오늘 날짜까지 해당 아동은 건강 보험 보장이 없음을 증명합니다. 본인은 조기 개입 프로그램(Early Intervention Program) 담당 서비스 코디네이터가 해당 아동이 자격이 있을 수도 있는 건강 보험 확인 및 신청 시 본인을 도와야 하는 것을 이해합니다. 본인은 또한, 조기 개입 프로그램을 제공받기 위해 해당 아동이 건강 보험에 가입할 필요가 없음을 이해합니다.

부모/법적 보호자 서명

날짜