

일반 정보

뉴욕주 보건부 에이즈 연구소는 비보험 또는 보험 미달 상태인 뉴욕주 HIV 환자들이 건강 서비스(ADAP, 1차 의료, 홈케어, APIC)를 이용할 수 있도록 하는 4개의 프로그램을 제공하고 있습니다. 4개 프로그램의 지원서와 등록 절차는 동일하고, 홈케어와 APIC의 경우 추가 양식이 필요합니다.

에이즈 의약품 보조 프로그램(ADAP)은 HIV/에이즈 및 기회감염의 치료를 위한 의약품 비용을 지급합니다. ADAP에서 보장되는 의약품은 HIV/에이즈 환자들이 더 오래 살고, HIV 감염 증상을 치료할 수 있도록 해줍니다. ADAP는 비보험, 부분 보험, 메디케이드 스펙트럼다운/서플러스 또는 메디케어 파트 D가 있는 사람들에게 도움이 될 수 있습니다.

ADAP 플러스(1차 의료)는 참여 의원, 병원, 검사 서비스 제공기관, 개인 병원의 1차 의료 서비스 비용을 지급해줍니다. 이러한 서비스에는 의학적 평가, 조기 개입 및 지속적 치료를 위한 통원 진료가 포함됩니다.

HIV 홈케어 프로그램은 의사 지시에 따라 만성적 의학 의존형 환자의 홈케어 서비스 비용을 지급해줍니다. 프로그램은 등록된 홈헬스케어 기관을 통해 제공되는 홈헬스 보조 서비스, 정맥 내 투여 치료, 관련 용품, 내구적 의료 장비를 보장해줍니다.

ADAP 플러스 보험 지속(APIC)은 COBRA, 메디케어 파트 D, 개인 또는 회사 후원 보험 등 건강 보험에 가입한 유자격 참가자를 위해 비용 효과적인 건강 보험 납입금을 지급해줍니다.

HIV 비보험 진료 프로그램 기밀준수 성명

뉴욕주 법률에 의거 비보험 진료 프로그램에 제공되는 HIV 관련 정보는 엄격하게 기밀로 유지됩니다. 해당 정보(예: 본인이 참가자라는 사실 등)는 프로그램의 적절한 운영을 위해 필요한 해당 기관에 전달될 수 있습니다. 여기에는 프로그램 측이 적격성을 판단하고, 프로그램에 의거 보장되는 서비스 또는 의약품의 비용을 지급하고, 지불된 자금을 적절하게 기술할 수 있도록 귀하의 지원 및/또는 참가를 논의해야 할 필요가 있는 개인 또는 기관들이 해당됩니다. 프로그램 담당자들은 가입자에 대한 기밀성과 프라이버시 보호가 필요하다는 점을 인식하고 있고, 엄격하게 프로그램 운영에 필요한 경우에만 개인 정보에 대해 논의합니다.

기밀성 문제와 프로그램 참가 조건에 대한 이해를 도울 수 있도록 다음의 예를 참고해 주십시오.

- 프로그램은 지원이나 참가에 직접 관련되어 있는지에 관계 없이 지원자의 회사, 집주인, 가족, 친구, 이웃 등 기타 사람들에게 지원자의 직접적인 동의 없이 연락하지 않습니다.
- 프로그램은 추가 정보를 얻거나 의료 적격성 양식에 필요한 내용을 확인할 목적으로 지원자의 의사 또는 건강 서비스 제공기관에 연락할 수 있습니다.

- 지원자의 이름과 ID 번호가 기재된 프로그램 카드가 약국 또는 건강 서비스 제공기관에 제시되면, 프로그램은 지원자가 가입하여 보장 서비스 또는 의약품 비용을 지급하고 있는 약국 또는 건강 서비스 제공기관에 연락하여 확인 절차를 거칩니다.
- 프로그램은 프로그램 등록에 필요한 경우 가석방 또는 교정 부서의 권한 있는 직원과 수감 중인 개인의 지원을 논의합니다.

프로그램 직원이 지원자에게 연락하여 추가 정보를 확인할 수 없을 때, 지원자는 프로그램에서 연락해야 할 사람을 서면으로 통보할 수 있습니다(예: 지원자가 프로그램 지원을 할 수 있도록 도와주는 사회복지사).

비보험 진료 프로그램은 최후의 지급 기관으로서 프로그램에 의거 지급된 의약품 비용을 ADAP에 환급해주는 건강 보험사 또는 기타 제삼자 지급 기관(예: 의약품 제조사 환급 프로그램)에 연락합니다. 이는 ADAP가 프로그램이 새 의약품/서비스와 HIV 감염 환자를 더 많이 보장할 수 있도록 프로그램 확대에 사용되는 자금을 회수할 때 필요합니다.

이러한 조건은 지원일부터 프로그램이 제공하는 치료 의약품 또는 서비스의 제삼자 환급 절차 완료에 필요한 시간 등 프로그램 종료일까지 시행됩니다. 지원자는 언제든지 서면으로 프로그램 등록을 해지할 수 있습니다.

프로그램의 개인정보 보호 성명서는

www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm에 나와 있습니다.

문의 사항은 **1-800-542-2437**로 전화해 주십시오.

프로그램에 제공되는 모든 정보는 엄격하게 기밀로 유지됩니다.

지원 안내 사항

적격성은 재정 및 의학적 필요를 기준으로 합니다. 작성된 지원서와 함께 거주, 소득, 재산 증명이 필요합니다. 지원자의 의사로부터 별도의 의학 지원서가 제출되어야 합니다.

요구되는 모든 서류와 함께 제출된 지원서는 2주 내에 처리됩니다. 지원서의 작성이나 증빙 서류가 누락될 경우 등록종과 중요한 프로그램 정보의 수령이 지연됩니다.

지원이 승인될 경우 유자격 카드와 함께 카드 사용 방법에 대한 안내를 받으시게 됩니다. 보장되는 의약품을 무료로 받으시려면 참여 약국에서 이 카드와 처방전을 제시해야 합니다. 보장되는 의학적 서비스를 무료로 받으려면 참여 건강 서비스 제공기관에서 이 카드를 제시해야 합니다. 필요할 경우 등록된 홈헬스 케어 기관으로부터 무료로 홈케어 서비스를 받을 수 있습니다(평생 혜택 한도 \$30,000).

A. 지원자 정보

이름

정식 이름, 사회보장번호, 생년월일을 기재하십시오. 다른 이름을 사용하고 계실 경우, 해당 이름을 입력란에 기재하신 후 카드에 어떠한 이름이 명시되기를 원하는지 말씀해 주십시오. 주소를 빠짐없이 기재해 주십시오.

주소

뉴욕주 거주 증빙이 요구됩니다. 거주 증빙으로는 다음 중 한 개가 해당됩니다(지원자의 이름과 주소가 기재되어야 함). 우편을 받는 사서함이 있는 경우, 뉴욕주 거주를 증명할 수 있는 물리적인 주소가 나와 있는 정보를 반드시 포함해야 합니다. 지원자가 다른 사람과 함께 거주 중이고 다음 항목 중에서 지원자의 이름이 기재된 항목이 없을 경우, 함께 거주하고 있는 사람의 거주 증빙과 그 사람이 지원자와 함께 거주하고 있다고 명시하는 서류가 필요합니다.

- 현재 임대계약서
- 현재 운전면허증
- 현재 유권자 등록증
- 메디케이드에서 받은 현재 결정 통지문
- 난방/유틸리티 청구서(최근 90일)
- 전화 요금 청구서(최근 90일)
- 임대료 영수증(최근 90일)
- 지원자의 이름과 주소가 명시된 급여명세서 또는 은행 거래 내역서(최근 90일)

성별/인종/민족/언어

성별, 인종, 민족, 선호 언어에 체크해 주십시오.

B. 거주지

가구 구성원

가구 구성원을 모두 기재하십시오. 법적으로 지원자가 책임지고 있거나 또는 지원자를 책임지고 있는 사람이 가구 구성원으로 간주됩니다. 배우자, 21세 미만 자녀 또는 귀하가 21세 미만일 경우 부모 및 형제 자매가 여기에 포함됩니다.

C. 소득

재정 적격성

재정 적격성은 연방정부 빈곤선(FPL)의 435%를 기준으로 합니다. FPL은 가구 규모에 따라 다르고 매년 변동됩니다. 재정 적격성은 메디케어, 소셜 시큐리티 원천 징수액, 지원자가 납부하는 건강 보험료를 제외한 가구 총소득을 기준으로 계산됩니다.

소득원

지원자와 전체 가구 구성원의 소득원을 모두 체크하십시오. 지원자가 법적 책임 관계를 갖고 있는 가구 구성원에만 해당되는 소득입니다(예: 배우자 또는 자녀는 해당, 삼촌, 조카, 동거인은 해당되지 않음). 각 소득원에 대해 총 금액, 소득 수령 빈도, 지원자의 소득인지 아니면 가구 구성원의 소득인지의 여부를 표시해 주십시오.

소득 증빙이 필요합니다. 체크한 소득의 각 소득원에 대해 소득 증빙을 빠짐없이 제출해 주십시오.

임금을 받는 사람의 경우

소득은 최근 30일의 급여명세서 사본으로 증명되어야 합니다. 급여명세서에는 연초부터 현재일까지의 소득, 근무 시간, 전체 공제액, 급여명세서 해당 기간이 반드시 명시되어야 합니다. 급여명세서를 수령하지 않는다면 최근 30일 동안의 총 급여가 명시된 고용주의 편지를 공증 받은 후 최근 소득세 환급 사본과 함께 보내주십시오. (편지는 프로그램 제출용이 아니어도 됩니다. 수신인이 "관련자"로 되어 있어도 괜찮습니다.)

자영업자

업종, 총소득, 순소득, 최근 소득세 환급 등이 명시된 지원 전 3개월 D0H-2794ko (2/12) 안내 사항 페이지 2/2

동안의 사업 기록을 제출하십시오. 본인의 예상 현재 연소득을 공증 받은 후에 함께 제출하십시오.

임대소득

자산 임대를 통해 발생한 소득은 거주자와의 임대 계약서 사본과 최근 소득세 환급 사본으로 증빙될 수 있습니다.

그 외 기타 소득

최근 30일 동안의 SSD/SSI 부여 안내문, 실업 수당, 소셜 시큐리티 수당, 연금 수당 등이 기타 소득 증빙으로 제출되어야 합니다.

무소득, 다른 사람이 부양

소득이 없고 친구나 가족 구성원에 의해 부양을 받고 있는 상태라면, 부양 방법이 명시된 친구 또는 가족 구성원의 편지를 제출해 주십시오.

D. 유동 자산

가구는 \$25,000를 초과하는 유동 자산을 소유할 수 없습니다. 유동 자산에는 현금, 저축, 주식, 채권 등이 있습니다. 차, 집, 연방정부 인정 퇴직 계좌는 해당되지 않습니다.

자산 출처

지원자와 전체 가구 구성원의 자산 출처를 모두 체크해 주십시오. 지원자가 법적 책임 관계를 갖고 있는 가구 구성원에만 해당됩니다(예: 배우자 또는 자녀는 해당, 삼촌, 조카, 동거인은 해당되지 않음). 체크한 각 출처에 대해 현재 잔액/가치와 해당 자산이 지원자의 자산인지 아니면 가구 구성원의 자산인지를 표시해 주십시오.

자산 증빙이 필요합니다. 유동 자산을 보유한 개인은 현금 가치와 수령한 이자/배당금 액수가 명시된 최근의 명세서 사본을 제출해야 합니다.

E. 의료 보장

프로그램은 기타 건강 보험에 가입되어 있지만 공제액, 공동부담액, 메디케이드 스펠드다운/서플러스 또는 기타 본인부담액을 지급하는데 어려움이 있는 사람에게 도움이 될 수 있습니다. 기타 모든 건강 보험증의 앞뒤면 사본을 제출하십시오.

메디케이드/패밀리 헬스 플러스

지원자의 메디케이드 상태나 패밀리 헬스 플러스에 지원했는지 여부를 표시해 주십시오. 메디케이드 스펠드다운/서플러스가 있을 경우 해당 공란에 액수를 기입해 주십시오.

메디케어

메디케어 가입 여부를 표시하시고 가입되어 있을 경우, A, B, C, D 중 어떠한 유형인지 기재하십시오.

건강 보험

건강 보험과 관련된 모든 질문에 답해 주십시오. 건강 보험 납입금을 지급하는 데 문제가 있는 경우 1.800.542.2437로 전화하거나, <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm>에 있는 APIC 지원서(양식 번호 D0H 2794c)를 작성해 주십시오.

F. 대안 연락처 및 서명

프로그램 직원이 지원자를 대신하여 지원에 관해 다른 사람에게 연락할 수 있도록 여기에 기재해 주십시오. 지원과 등록에 관해 프로그램 측에서 연락을 드릴 수 있는 사람을 설명해 놓은 기밀준수 성명서를 읽어 주십시오.

인증 성명서를 자세히 읽은 후 지원서에 서명하고 날짜를 기재해 주십시오. 서명이 없는 지원서는 처리되지 않습니다. 지원서와 기록 증빙을 모두 복사하십시오.

문제 또는 문의

지원서 작성에 문제가 있거나 HIV 비보험 진료 프로그램 또는 필요한 서류에 관한 문의가 있을 경우 수신자 부담 전화 1-800-542-2437로 전화하거나, <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm>에 있는 "Frequently Asked Questions" 문서를 확인해 주십시오.

HIV 비보험 진료 프로그램 지원

이 지원서는 에이즈 의약품 지원 프로그램(ADAP), ADAP 플러스(1차 의료), HIV 홈케어 및 ADAP 플러스 보험 지속(APIC)의 적격성 판단을 위해 사용됩니다. 홈케어와 APIC에 대해서는 추가 서류가 필요합니다. 프로그램 또는 지원서 작성에 문의 사항이 있으실 경우 기밀 핫라인 1-800-542-2437로 연락해 주십시오.

지원서를 빠짐없이 정자로 읽기 쉽게 기재하십시오.

A. 지원자 정보

성: _____ 이름: _____ 중간 이름 이니셜: _____ 생년월일: ____ / ____ / ____
 다른 이름: _____ 사회보장번호: _____ - _____ - _____

주소(거주 증빙 필요)

번지: _____ 아파트 호수: _____ 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____
 이 주소로 프로그램 정보를 보내도 되겠습니까? 예 아니오 아니오일 경우 다른 주소와 함께 사유를 기재해 주십시오.

전화번호 기본: (_____) _____ - _____ 보조: (_____) _____ - _____ 메시지를 남겨도 되겠습니까? 예 아니오

성별 남자 여자 성전환자

인종 백인 흑인/아프리카계 미국인 아시아인 하와이 / 태평양 섬주민 아메리카 원주민 / 알래스카인 혼혈
 기타 _____

민족 히스패닉 비히스패닉

선호 언어 영어 스페인어 기타 _____

혼인 여부 미혼, 사별, 이혼 기혼, 동거 기혼, 별거

B. 생활 여부

독거 다른 사람과 거주(아래를 작성하십시오) 노숙자/쉼터 교정 석방

가구 구성원의 이름*	성별	생년월일	관계	지원자와 함께 거주
1. _____	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 성전환	____ / ____ / ____	_____	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
2. _____	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 성전환	____ / ____ / ____	_____	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
3. _____	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 성전환	____ / ____ / ____	_____	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
4. _____	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 성전환	____ / ____ / ____	_____	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

* 프로그램 측에서 위에 기재된 가구 구성원에게 연락하기를 희망하실 경우, 2페이지에 다른 연락처로 해당 구성원의 이름을 추가해 주십시오.

C. 소득 - 지원자 및 가구 구성원(소득 증빙 필요)

소득원(해당 사항에 모두 체크):

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 봉급/임금: □정규직 □시간직 | <input type="checkbox"/> 공공 보조 | <input type="checkbox"/> 재향군인 혜택 | <input type="checkbox"/> 무소득, 다른 사람이 부양 |
| <input type="checkbox"/> 뉴욕시 공무원 | <input type="checkbox"/> SSI(보완 시큐리티 소득) | <input type="checkbox"/> 위자료 / 자녀 양육비 | <input type="checkbox"/> 무소득, 저축으로 생활 |
| <input type="checkbox"/> 자영업 | <input type="checkbox"/> SSD(소셜 시큐리티 장애) | <input type="checkbox"/> 이자 / 배당금 / 로열티 | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |
| <input type="checkbox"/> 실업 | <input type="checkbox"/> 소셜 시큐리티 퇴직 | <input type="checkbox"/> 자산 임대 | |
| <input type="checkbox"/> 근로자 보상 | <input type="checkbox"/> 연금 | | |

체크한 모든 사항에 대해 표시해 주십시오.

소득원	총 금액	빈도	수령자	시작일
1. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 주 1회 <input type="checkbox"/> 2주 1회 <input type="checkbox"/> 월 1회 <input type="checkbox"/> 년 1회	<input type="checkbox"/> 지원자 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 가구 구성원	____ / ____ / ____
2. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 주 1회 <input type="checkbox"/> 2주 1회 <input type="checkbox"/> 월 1회 <input type="checkbox"/> 년 1회	<input type="checkbox"/> 지원자 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 가구 구성원	____ / ____ / ____
3. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 주 1회 <input type="checkbox"/> 2주 1회 <input type="checkbox"/> 월 1회 <input type="checkbox"/> 년 1회	<input type="checkbox"/> 지원자 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 가구 구성원	____ / ____ / ____

D. 유동 자산(유동 자산 증빙 필요)

자산 출처(해당 사항에 모두 체크)

보통 예금 계좌 저축 계좌 CD 주식/채권/유추일 펀드 연금 또는 신탁 이자

위에 체크된 모든 사항에 대해 표시해 주십시오.

자산 출처	잔존액/가치	수령자
1. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 지원자 <input type="checkbox"/> 가구 구성원 <input type="checkbox"/> 공동
2. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 지원자 <input type="checkbox"/> 가구 구성원 <input type="checkbox"/> 공동
3. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 지원자 <input type="checkbox"/> 가구 구성원 <input type="checkbox"/> 공동

E. 의료 보장

다른 의료 보장이 있습니까? (민간 보험, HMO, 노조, 퇴직, 기타 건강 플랜) 예 아니오

건강 보험료를 납부하십니까? 예 아니오

둘 중 하나가 예일 경우, 납입금의 액수가 얼마입니까? \$ _____ 얼마나 자주 납입하십니까? _____

위의 질문에 아니오일 경우, 건강 보험이 직장/고용주를 통해 제공됩니까? 예 아니오

ADAP가 귀하의 건강 보험 납입금에 어떻게 도움이 되는지 알아보려면 프로그램(1-800-542-2437)으로 전화해 주십시오.

건강 보험이 있을 경우, 보험증 앞뒷면을 복사하여 보내주시고, 아래를 기입해 주십시오.

건강 보험사 이름: _____ 보험증서 발효일: _____ / _____ / _____
주소: _____ 보험증서 번호: _____
시: _____ 주: _____ 우편번호: _____ 그룹 번호: _____
가입자 서비스 연락처(알고 있을 경우): _____ 가입자 서비스 전화: (_____) _____ - _____

메디케이드/패밀리 헬스 플러스

지원하십니까? 예 아니오

예일 경우, 결과는 무엇이었습니다? 처리 중 승인 받음 - 메디케이드 번호: _____

스펙트다운(해당될 경우) - 금액: \$ _____ 거부됨 - 사유: _____

메디케어

메디케어에 가입되어 있습니까? 예 아니오

예일 경우, 종류가 무엇입니까? A-입원 B-1차 의료 C-메디케어 어드밴티지 플랜 D-처방전 의약품

본인이 메디케어 파트 D의 납입금을 납부하십니까? 예 아니오

메디케이드 파트 D를 위해 “추가적인 도움”을 받고 계십니까? 예 아니오

“아니오” 일 경우, 추가적 도움에 대해 자세히 알아보려면 핫라인으로 전화해 주십시오.

F. 다른 연락처 및 서명

본인은 지원서에 서명함으로써 비보험 진료 프로그램이 본인의 지원에 관해 다음의 사람들(예: 사회복지사, 케이스 매니저, 가족 구성원)에게 연락할 수 있도록 허가합니다.

이름	기관	관계	전화번호
_____	_____	_____	(_____) _____ - _____
_____	_____	_____	(_____) _____ - _____
_____	_____	_____	(_____) _____ - _____

인증 성명서

본인은 지원서의 모든 내용이 진실이고 정확하며 본인이 뉴욕주 거주민임을 인증합니다. 본인은

뉴욕주의 연방정부 지원금 수령과 관련하여 이 정보가 주어지고 있다는 점을 이해합니다. 프로그램 담당자들은 양식상의 정보를 확인할 것입니다. 프로그램 담당자들은 주기적으로 본인의 메디케이드 상태를 확인하고, 필요할 경우 메디케이드에 청구할 수 있습니다. 본인이 고의로 지원서의 정보를 허위로 기재했을 경우, 본인에게 제공된 급부금을 반환해야 하고, 해당 주 및 연방 법률에 의거 기소될 수 있습니다.

본인은 이와 같이 비보험 진료 프로그램에 의거한 혜택을 위해 지원하고, 본인의 정보가 필요에 따라 치료 목적으로 건강 의료 서비스 비용 지급, 건강 보험 납입금 지급, 프로그램의 헬스케어 운영 등을 위해 사용 및 공개될 수 있다는 점에 동의합니다.

양식 서명 및 날짜 기입

지원자(지원자가 미성년자일 경우 법적 후견인)의 서명

날짜

기록을 위해 양식을 복사하여 보관한 후 원본 양식과 서류를 다음으로 우송해 주십시오.

Uninsured Care Programs, Empire Station, PO Box 2052, Albany, NY 12220-0052