

섹션 H

집에 함께 살지 않거나 사망한 부모 또는 배우자

- 신청자에게 함께 살지 않거나 사망한 배우자 또는 부모가 있는 경우에는 귀하 또는 귀하의 자녀에 대한 의료 지원을 이용할 수 있는지 알아볼 수 있도록 이 섹션을 작성해야 합니다.
- 임신한 여성은 출산 후 60일까지 이 질문에 답변할 필요가 없습니다. 21세 이상의 기타 모든 신청자는 합당한 이유가 없는 한 미성년자 신청자의 부모 또는 집에 함께 살지 않는 배우자에 관한 정보를 기꺼이 제공해 건강 보험 가입 자격을 얻어야 합니다. 귀하 또는 가족에 대한 신체적 또는 감정적 피해에 대한 우려 등이 "합당한 이유"가 될 수 있습니다. 질문 2는 21세 미만 신청 자녀의 부모와 관련 있습니다. 질문 3은 신청자의 배우자와 관련 있습니다.
- 부모가 이 정보를 제시하지 않으려고 할 경우에도 신청하는 자녀는 Medicaid 또는 Child Health Plus 가입 자격이 될 수 있습니다.

섹션 I

건강 보험 선택

건강 보험이란? Access NY Health Care를 통한 건강 보험을 신청하면 관리 케어 계획을 통한 의료 서비스 보장을 받을 수 있습니다. 건강 보험에 가입할 때에는 해당 보험에서 귀하의 일반적인 필요를 돌볼 수 있는 의사 한 명(1차 진료 제공자 또는 PCP)을 선택합니다. 원래 진료를 받는 의사에게 계속해서 진료를 받고자 할 경우에는 해당 의사가 소속된 보험을 선택해야 합니다. 관리 케어 건강 보험은 작은 문제가 큰 문제로 커지지 않도록 예방 치료에 초점을 맞추고 있습니다. 전문가가 필요할 경우 1차 진료 제공자를 통해 하나를 소개받게 됩니다.

건강 보험을 선택해야 하는 사람은? Family Health Plus 및 Child Health Plus 가입 자격이 되는 사람은 진료를 받기 위한 건강 보험을 선택해야 합니다. Medicaid 가입 자격이 있는 대부분은 Medicaid 혜택을 극대화할 수 있는 건강 보험을 선택해야 합니다. 이에 대한 정보를 얻는 방법에 대해 계속해서 찾아보십시오.



State of New York
Department of Health

어떤 건강 보험을 선택하고, 가입이 가능한지 알 수 있는 방법은? Medicaid 및 Family Health Plus의 경우, 관리 케어 건강 보험 운영 방식, 가입해야 하는지 여부, 건강 보험 선택 방법에 대해 자세히 알고 싶다면 Medicaid CHOICE 1-800-505-5678로 전화하거나, 사회복지 지역 사업부로 방문, 또는 전화하십시오. 관리 케어 교육 자료집을 요청하십시오. 건강 보험에 관한 정보는 뉴욕 주 보건복지부 웹사이트 health.ny.gov에도 나와 있습니다. 1-800-505-5678로 전화하여 등록하실 수도 있습니다.

참고: 귀하 또는 가족이 Medicaid 가입 자격이 되고, Medicaid 가입자가 건강 보험에 가입하지 않아도 되는 카운티에 거주할 경우에는 가입하지 않기를 원한다고 확인란에 체크하거나 사회복지 지역 사업부에 전화나 서면으로 가입을 원치 않는다고 말하지 않는 한, 건강 보험이 Medicaid를 제공할 경우, 여전히 해당 건강 보험에 가입되어 있게 됩니다.

Child Health Plus:

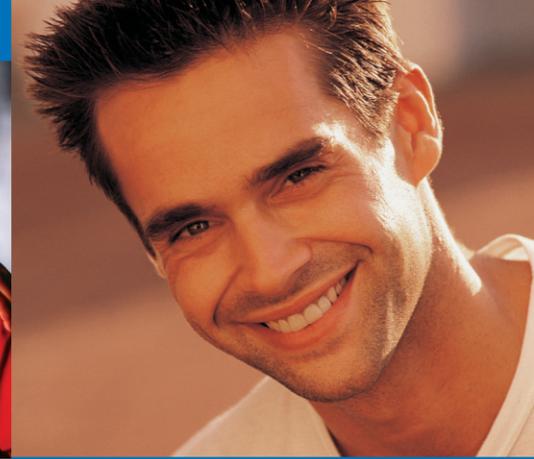
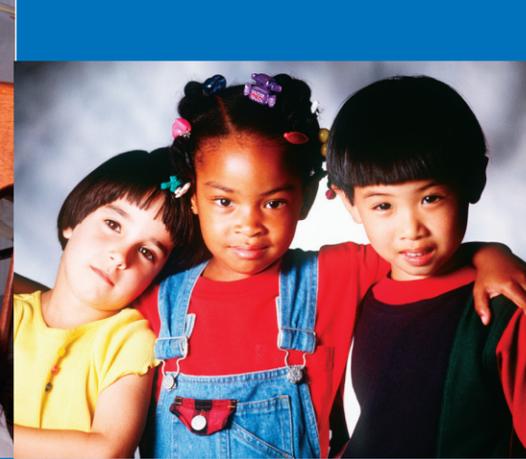
Child Health Plus 보험에 대한 정보는 1-800-698-4543

Child Health Plus 보험료

Medicaid 또는 Family Health Plus에는 보험료가 없습니다. Child Health Plus에는 매월 보험료가 있을 수 있습니다. 동봉된 차트를 사용하여 월 소득에 기초해 보험료를 지급해야 하는지 여부를 결정하십시오. 작성한 신청서에 첫 달 보험료를 포함시켜야 하며 그렇지 않을 경우 귀하의 자녀는 가입되지 않습니다.

섹션 J 서명

이 섹션의 문단을 주의 깊게 읽어보고 **조건, 권리 및 책임** 섹션을 읽어보십시오. 그런 다음 신청에 서명하고 날짜를 기재해야 합니다.



건강 보험 신청서

access NY health care

어린이,
성인, 가족을
위한



비밀 보장 이 신청서에 제공한 모든 정보는 비밀로 유지됩니다. 등록 촉진기관 및 주 또는 지역 기관, 또는 신청자 및 가족 구성원이 자격이 되는지 결정하기 위해 이 정보를 알아야 하는 보험 당국만이 이 정보를 보게 됩니다. 이 신청에 도움을 주는 사람은 감독이나 주 또는 지역 기관, 또는 이 정보가 필요한 보험 당국을 제외하고는 어느 누구와도 정보에 대해 논의할 수 없습니다.

이 신청서의 목적 진료비를 보장받을 수 있는 건강 보험을 원하는 경우 이 신청서를 작성하십시오. 이 신청서는 Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, Family Planning Benefit Program에 신청하거나 건강 보험료 지급 지원 신청에 사용할 수 있습니다. 본인 자신 및/또는 함께 사는 직계 가족 구성원을 위해 신청할 수 있습니다.

장애로 인해 이 신청서 작성에 도움이 필요할 경우 Department of Social Services에 전화해 주십시오. 귀하의 어려움을 해결할 수 있는 합리적인 방안을 제공하기 위해 최선의 노력을 다할 것입니다.

읽어보십시오 신청서 작성 전 전체 신청서 팜플렛, 자녀를 위해서만 신청하거나 본인이 단독으로 신청하는 임신 여성인 경우, **섹션 A에서 G, 섹션 I와 J**만 작성해야 합니다. 다른 신청자는 모든 섹션을 작성해야 합니다.

65세 이상에 맹인, 장애 판정을 받거나 자활 능력이 없다는 판정을 받은 상태에서 요양 치료 보장을 신청하는 경우에는 **보완 서류 A도 작성해야 합니다.** 보완 서류에는 은행 잔고나 개인 소유 자산 등과 같은 재원에 대한 질문이 포함됩니다.

신청서에서 **보내십시오** 라는 단어를 볼 때마다 “건강 보험 신청 시 필요한 서류” 섹션을 참조하여 허용되는 지원 문서 목록을 조회해 보십시오.

도움받는 방법 공공 건강 보험 신청 시에는 Department of Social Services나 등록 촉진기관을 방문해 면담할 필요는 없지만 신청서 작성 도움을 받기 위해 등록 촉진기관에 방문하거나 연락해야 할 수 있습니다. **이 신청서를 받은 등록 촉진기관 목록을 받거나 1-800-698-4543에 전화하실 수 있습니다. 모든 도움은 무료입니다. (청각 장애가 있는 분을 위한 1-877-898-5849 TTY 라인)**

섹션 A 신청자 정보

건강 보험 신청자와 연락이 가능해야 합니다. 자택 주소는 건강 보험 신청자가 거주하는 곳입니다. 우편물 수령 주소는, 자택 주소가 일치하지 않을 경우, 건강 보험증 및 귀하의 사례에 대한 고지서를 수신하고자 하는 곳입니다. 다른 누군가가 귀하의 사례에 대해 알거나 귀하의 사례에 대해 논의할 수 있도록 하고자 할 경우에는 알려주실 수 있습니다.

섹션 B 가정 정보

동거인이 건강 보험을 신청하지 않더라도 동거인 모두에 대한 정보를 기재해 주십시오. 정확한 자격 심사를 위해 동거인 모두를 기재하는 것이 중요합니다. 해당될 경우 결혼 전 성명을 포함하십시오. 출생 도시, 주, 카운티도 적어주십시오. 미국 이외 지역에서 태어난 경우에는 출생 국가도 기재해 주십시오. 신청자 모두에 대해 대해 모친의 결혼 전 성명도 필요합니다. 이 정보는 특정 상황에서 신청자의 출생 날짜 증명서를 얻기 위해 필요할 수 있습니다.

- **해당인이 임신 중입니까?** 그렇다면 출산 예정일은 언제입니까? 이 정보는 가족 규모를 알아내는 데 도움이 됩니다. 임신한 여성은 두 명으로 계산됩니다.
- **1선에 기재한 이와외의 관계.** 1선에 기재한 사람(예, 배우자, 자녀, 의붓자식, 형제, 자매, 조카 등)과의 관계가 어떻게 되는지 설명해 주십시오.

- **공공 의료 보장.** 귀하 또는 동거인 중 Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, Family Planning Benefit Program 또는 Food Stamps와 같은 기타 공공 지원 형식에 가입되어 있거나 과거에 가입한 적이 있는 경우에는 알려주십시오. 또한 New York State Benefit Identification Card 또는 Child Health Plus 보험 신분증명서의 ID 번호를 알려주십시오.
- **Social Security 번호.** Social Security 번호는 신청자 모두에게 제공되어야 합니다(있을 경우). Social Security 번호가 없는 사람의 경우에는 이 확인란을 비워두십시오.
- **시민권 및 이민 상태.** 건강 보험 신청자만 해당하는 정보입니다. 임신한 여성은 이 질문을 작성할 필요가 없습니다. 건강 보험 가입 자격을 얻으려면 19세 이상 성인인 미국 시민이거나 자격 있는 이민자 범주에 들어가 있어야 합니다. 미국 시민권 및 신분증 원본이나 이들 서류의 인증 사본을 확인해야 합니다. 해당 Department of Social Services에 문의하거나 1-800-698-4543으로 전화하여 이들 서류를 받을 수 있는 곳을 알아보십시오. Medicare에 가입되어 있거나, 또는 Social Security Disability를 받고 있지만 Medicare에 가입되어 있지 않은 경우에는 시민권 또는 신분 증명 서류가 필요하지 않습니다.

2010년 7월 1일부로, Child Health Plus 자격이 될 경우 Social Security 번호를 제시하는 어린이 시민은 신분 또는 시민권 서류를 제시할 필요가 없습니다.

뉴욕 주 거주자이며 다른 건강 보험이 없는 자녀는 이민 상태에 관계없이 가입 자격이 됩니다.

공공 보조 정보

The United States Citizenship and Immigration Services (USCIS)에는 Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus 또는 Family Planning Benefit Program에 가입되어 있는 것이 영주권을 받거나, 시민, 배우자, 가족이 되거나, 국외를 여행할 수 있는 능력에 영향을 주지 않는다고 명시했습니다. 이는 Medicaid에서 요양원 또는 정신병원과 같은 장소에서의 장기적인 치료를 지급하는 경우, 사실이 아닙니다.

주 당국은 이 신청서의 어떠한 정보도 미국 시민권 및 이민 서비스에 보고하지 않습니다.

- **인종/민족** 이 정보는 선택 사항으로 모든 사람이 프로그램에 접근할 수 있도록 하는 데 도움이 됩니다. 이 정보를 작성할 경우, 신청서에서 각 사람의 인종 또는 민족적 배경을 가장 잘 설명하는 코드를 사용하십시오. 하나 이상을 선택할 수 있습니다.

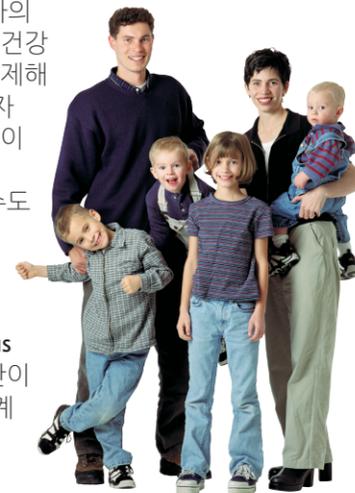
섹션 C 가계 소득(받은 돈)

- 이 섹션에서는 섹션 B에 기재한 사람으로부터 받은 모든 종류의 소득(받은 돈) 및 금액을 기재하십시오.
- 세전 급여를 알려주십시오.
- 가계 소득이 전혀 없는 경우, 식비와 주거비와 같은 생계비를 어떻게 충당하는지 설명해 주십시오.
- 직장을 바꿨는지, 또는 현재 학생인지 알아야 합니다.
- 직장 또는 학교에 있는 동안 자녀 또는 장애가 있는 배우자나 부모를 돌보기 위해 데이케어 센터와 같이 다른 사람 또는 기관에 돈을 지급하고 있는지 또한 알아야 합니다. 지급 하고 있는 경우, 얼마를 지급하는지 알아야 합니다. 귀하의 소득으로 계산하고 있는 금액에서 이들 비용에 대한 금액 일부를 공제할 수도 있습니다.

섹션 D 건강 보험

신청자 중 다른 누군가의 건강 보험으로 보장을 받고 있거나 보장을 받을 수 있는 사람이 있는지 알려주는 것이 중요합니다. 이 정보는 보장 자격에 영향을 줄 수 있습니다. 일부 신청자의 경우, 신청자의 소득으로 계산한 금액에서 건강 보험에 지급하는 금액을 공제해 줄 수 있습니다. 또는 신청자 건강 보험료를 지급하는 것이 비용 대비 효율적이라고 판단할 경우 이를 지급할 수도 있습니다.

과거 6개월 이내에 직장 기반 건강 보험에 들었던 일부 자녀는 Child Health Plus에 가입하기 전에 대기 기간이 있을 수 있습니다. 이는 가계 소득 및 자녀가 직장 기반 보장을 손실하게 된 이유에 따라 다릅니다.



참고: State Health Benefits Plans는 New York State Health Insurance Program 프로그램(NYSHIP)을 통해 건강 보험 보장을 제공합니다. 보장은 뉴욕 주 정부, 주 의회 및 단일 법원 체계 직원/퇴직자에게 제공됩니다. 일부 지역 정부 기관 및 학교 지구 또한 뉴욕 주 건강 보험 프로그램 참여를 선택하고 있습니다. 확실하지 않을 경우, 직장에 확인해 보십시오. 자녀가 뉴욕 주 건강 보험 프로그램을 통해 State Health Insurance Benefits에 접근할 수 있는 경우에는 Child Health Plus 보장을 받을 자격이 없습니다.



직장을 통해 보험을 갖고 있거나 가질 수 있는 경우, 건강 보험료를 지급하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. 보험에 대한 자세한 정보를 수집해야 하며, 귀하께 보험 설문지를 우편으로 보내드리겠습니다.

섹션 E 주거비

매월 주거 비용을 기재하십시오. 여기에는 임차료, 대출금 또는 기타 주거 비용이 포함됩니다. 대출이 있을 경우, 기재하는 총 금액에 재산세를 포함하십시오. 주거 비용을 공동 부담하거나 임차료를 보조받는 경우에는 귀하의 임차료 또는 대출금으로 얼마를 지급하는지에 대해서만 알려주십시오. 수도세를 지급하는 경우, 금액과 빈도를 알려주십시오.

섹션 F 맹인, 장애인, 만성적 질환 또는 요양 치료

이들 질문은 각 신청자에게 어떠한 프로그램이 필요하며, 어떠한 서비스가 필요한지 결정하는 데 도움이 됩니다. 장애, 심각한 질병 또는 높은 진료비 청구서를 받는 사람은 더 많은 보건 서비스를 받을 수도 있습니다. 질병, 또는 최소 12개월 동안 지속되었거나 지속될 것으로 예상되는 상태로 인해 일상 활동에 제한이 있는 경우 장애가 있는 것일 수 있습니다. 맹인이거나, 장애가 있거나, 만성 질병을 겪고 있거나 요양 치료가 필요한 경우에는 보완 서류 A를 작성해야 합니다. 귀하 또는 신청자 누구도 맹인이거나, 장애가 있거나, 만성 질병을 겪고 있거나 요양 치료가 필요한 경우가 아니라면 섹션 G로 가십시오.

섹션 G 추가 건강 관련 질문

지난 3개월 동안 지급하거나 미지급한 진료 청구서가 있는 경우, Medicaid에서 이 비용을 지급할 수도 있습니다. 이 청구서의 진료 해당자와 해당 월을 알려주십시오. 이 신청서에 진료 청구서 사본을 포함시켜 주십시오. 참고: 여기서의 3개월 기간은 사회복지 지역 사업부가 신청서를 받거나 또는 등록 촉진기관과 만난 때부터 시작합니다. 진료 청구서를 받은 월에 해당하는 소득을 알려주어야 귀하가 해당 기간 동안 가입 자격이 되는지 알 수 있습니다. 과거 3개월의 청구서에 대한 당사의 지급 능력에 영향을 줄 수 있으므로 과거 거주한 장소에 대해 물어볼 수도 있습니다. 다른 누군가가 귀하의 의료 비용의 일부를 지급해야 하는지 알 수 있도록 다른 누군가에 의해 유발된 소송 또는 의료 문제가 계속 중인지에 대해 물어볼 수도 있습니다.