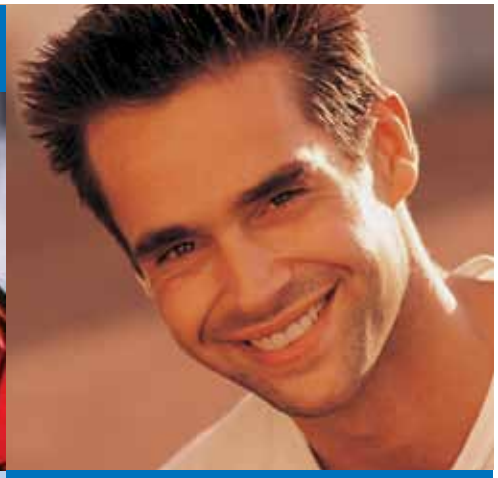

건강 보험 신청서

access NY health care

어린이, 성인, 가족을 위한

Medicaid

Child Health Plus

family health plus

지침

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 Program**에 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 Services**에 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 Services**나 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 이와의 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 Stamps**와 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 성인은 미국 시민이거나 자격 있는 이민자 범주에 들어가 있어야 합니다. 미국 시민권 및 신분증 원본이나 이들 서류의 인증 사본을 확인해야 합니다. 해당 **Department of Social Services**에 문의하거나 **1-800-698-4543**으로 전화하여 이들 서류를 받을 수 있는 곳을 알아보십시오. **Medicare**에 가입되어 있거나, 또는 **Social Security Disability**를 받고 있지만 **Medicare**에 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 Program**에 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 설명해주십시오.
- 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 Plus**에 가입하기 전에 대기 기간이 있을 수 있습니다. 이는 가계 소득 및 자녀가 직장 기반 보장을 손실하게 된 이유에 따라 다릅니다.

참고: **State Health Benefits Plans**는 **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 Benefits**에 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 계류 중인지에 대해 물어볼 수도 있습니다.

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 **부모**와 관련 있습니다. 질문 3은 신청자의 **배우자**와 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.

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 1-800-505-5678**로 전화하거나, 사회복지 지역 사업부로 방문, 또는 전화하십시오. 관리 케어 교육 자료집을 요청하십시오. 건강 보험에 관한 정보는 뉴욕 주 보건복지부 웹사이트 **health.ny.gov**에도 나와 있습니다. **1-800-505-5678**로 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.

Medicaid

Child Health Plus

family health plus

State of New York
Department of Health

건강 보험 신청 시 필요한 서류

신청자 이름 _____ **신청일** _____

*** 필요한 모든 항목을 받을 때까지 등록을 완료할 수 없습니다.** ***이들 항목 중 어느 것이든 받는 데 도움이 필요할 경우에는 알려주십시오.***

이들 문서 모두를 보여줄 필요는 없습니다. 귀하 또는 신청하는 다른 사람에게 적용되는 서류만 필요합니다. 신분 및 미국 시민권을 위한 서류 원본 또는 인증 사본을 보여야 합니다. 사회복지 지역 사업부에 문의하거나 1-800-698-4543으로 전화하여 신분증 및 미국 시민권 서류를 가져올 수 있는 곳을 찾으십시오. 여러 사회복지 지역 사업부 및 Child Health Plus 건강 보험은 우편으로 보낸 원본 서류를 수락하지 않으니 이들 서류를 우편으로 보내고자 할 경우에는 확인해 보십시오. 기타 서류 사본은 신청서와 함께 우편으로 보낼 수 있습니다.

신분증, 미국 시민권 및/또는 이민 상태, 생년월일을 제시해야 합니다.

2010년 7월 1일부로, **Child Health Plus** 자격이 될 경우 **Social Security**번호를 제시하는 어린이 시민은 신분 또는 시민권 서류를 제시할 필요가 없습니다.
다음 문서 중 하나를 제시하여 미국 시민권, 신분 및 생년월일 두 가지를 증명할 수 있습니다.

- ☐ 미국 여권 **또는**
- ☐ 귀화증명서(DHS 서식 N-550 또는 N-570) **또는**
- ☐ 미국시민권증명서(DHS 서식 N-560 또는 N-561) **또는**
- ☐ NYS 강화된 운전면허증.

위 서류 중 하나도 없을 때는 아래 각 목록에서 서류 하나를 사용하여 시민권 및/또는 신분을 증명할 수 있습니다. 이 목록은 모든 것을 포괄하는 것은 아닙니다. 이들 서류 중 하나도 없는 경우에는 지침의 "도움받는 방법" 섹션을 참조하십시오.

옆에 * 표시가 있는 문서 또한 생년월일 표시

미국 시민권

- ☐ 미국 출생증명서*
- ☐ 미 국무부 발행 출생증명서 (서식 FS-545 또는 DS-1350)*
- ☐ 해외출생증명서(FS-240)
- ☐ 미국 전자주민증(서식 I-197 또는 I-179)
- ☐ 북아메리카 원주민 증명서*
- ☐ 종교/학교 기록*
- ☐ 미국 출생지를 나타내는 군 복무 기록
- ☐ 최종 입양 판결
- ☐ 2000년 자녀 시민권법에 의거한 미 시민권 자격 증명

신분

- ☐ 사진이 있는 주 운전면허증 또는 ID 카드*
- ☐ 연방, 주, 지방 정부 기관에서 발행한 ID 카드
- ☐ 미 국방카드나 징병 기록, 또는 미 해안 경비 선원 카드
- ☐ 사진이 있는 학교 ID 카드(생년월일 표시 가능성 있음)
- ☐ 사진이 있는 인디언 혈통 또는 기타 북아메리카 원주민/알래스카 원주민 증명서
- ☐ 검증된 학교, 탁아, 보육 기록(16세 미만)(생년월일 표시 가능성 있음)
- ☐ 병, 의원 또는 진료 기록(16세 미만)*

생년월일이 표시된 서류 중 하나도 사용하지 않는 경우에는 다음 중 하나를 다시 제출해야 합니다.

- ☐ 결혼증명서
- ☐ NYS Benefit Identification Card

***모든 필수 항목은 다음 날짜까지 돌려주십시오.** _____ **그렇지 않으면 신청이 거부됩니다.**

건강 보험 신청 시 필요한 서류

미국 시민이 아닌 경우

아래 목록에는 이민 상태를 나타내기 위해 사용되는 가장 일반적인 **United States Citizenship and Immigration Services** 양식이 담겨 있습니다.
이 목록은 모든 것을 포괄하는 것은 아닙니다. 이들 서류 중 하나도 없는 경우에는 지침의 "도움을 얻는 방법" 섹션을 참조하십시오.

다음 문서 중 **하나**를 검토하여 이민 상태, 신분 및 생년월일 두 가지를 증명할 수 있습니다.
옆에 * 표시가 있는 문서 또한 생년월일 표시

이민 상태/신분

- ☐ I-551 영주권("그린 카드")*
- ☐ I-688B 또는 I-766 노동허가증*

이민 상태(추가 신분증명서 필요)

- ☐ I-94 입국/출국 기록*
- ☐ USCIS 서식 I-797 소송고지
- ☐ 1972년 1월 1일 이전에도 계속해서 미국에 거주하고 있었다는 증거

자택 주소: 이 주소는 신청서의 섹션 A에 기재한 자택 주소와 일치해야 합니다. 증명서는 신청서에 서명한 날 이전 6개월 이내의 날짜가 기재되어 있어야 합니다.

- ☐ 자택 주소가 있는 임대주의 임대차 계약/서한/임대 영수증
- ☐ 공과금 청구서(가스, 전기, 전화, 케이블, 연료, 수도 등)
- ☐ 재산 세금 기록 또는 대출 내역서
- ☐ 운전면허증(6개월 이내에 발행된 경우)
- ☐ 주소가 있는 정부 ID 카드
- ☐ 소인이 찍힌 봉투 또는 엽서(사서함에 전송될 경우 사용 불가)

현재 소득, 또는 실업 수당이나 소송과 같이 향후에 받게 될 소득에 대한 증명서: 소득을 제공하는 고용주, 사람 또는 기관으로부터 서한, 서면 명세서, 또는 수표나 보관용 수표 사본을 제시해야 합니다. 이 문서 전부를 보여줄 필요는 없으며, 귀하 및 함께 사는 사람에게 적용되는 문서만 제시하면 됩니다. 귀하가 가진 각각의 소득 유형에 대해 하나의 증명서가 필요합니다. 가장 최근의 세전 및 기타 공제 전 소득 증명서를 제시하십시오. 증명서에는 날짜가 기재되어 있어야 하고, 피고용자의 이름이 기재되어 있어야 하며, 지급 기간에 대한 총소득이 표시되어야 합니다. 증명서는 급여가 주급이든, 격주급이든, 월급이든 지난 4주 동안에 대한 것이어야 합니다. 최근의 것이어야 한다는 점이 중요합니다.

임금 및 급여

- ☐ 보관용 급여 수표
- ☐ 회사 로고가 새겨진 편지지에 서명하고 날짜를 기재한 고용주로부터의 서한
- ☐ 서명하여 날짜를 기재한 현 소득세 신고서 및 모든 일정**
- ☐ 비즈니스/급여 기록

자영업

- ☐ 서명하여 날짜를 기재한 현 소득세 신고서 및 모든 일정**
- ☐ 소득 및 비용 기록/비즈니스 기록

실업 수당

- ☐ 수상 서한/증명서
- ☐ **NYS Department of Labor**의 월례 급여(수당)명세서
- ☐ **NYS Department of Labor** 웹사이트 (**www.labor.state.ny.us**)에 게시된 수령인 계좌 정보 인쇄물
- ☐ 인쇄된 **Direct Payment Card** 사본
- ☐ 뉴욕 주 노동부 서신

개인 연금/연금 보험

- ☐ 연금/연금 보험 명세서

**자영업 이외에 대한 소득세 신고서는 다음 해 4월 1일 이전 신청에 대해 사용할 수 있습니다.

Social Security

- ☐ 수상 서한/증명서
- ☐ 연례 급여(수당) 명세서
- ☐ 사회보장국 서신

Workers' Compensation

- ☐ 수상 서한
- ☐ 보관용 수표

자녀 양육/이혼(별거) 수당

- ☐ 양육비 지원자 서한
- ☐ 법원 서한
- ☐ 자녀 양육/이혼(별거) 수당 보관용 수표
- ☐ 인쇄된 **NY Epicard** 사본
- ☐ **www.newyorkchildsupport.com**에 게시된 **자녀 양육 회계 정보 사본**
- ☐ 계좌 입금을 표시하는 은행 거래 내역서 사본

퇴역 군인 수당

- ☐ 수상 서한
- ☐ 수당 보관용 수표
- ☐ **Veterans Affairs** 서한

군 수당

- ☐ 수상 서한
- ☐ 보관용 수표

임대 또는 민박업 수입

- ☐ 임차인, 하숙인, 세입자 서한
- ☐ 보관용 수표

이자소득/배당소득/인세

- ☐ 은행, 신용협동조합 또는 금융 기관의 최신 명세서
- ☐ 중개인 서한
- ☐ 대리인 서한
- ☐ **1099** 또는 세금 환급(기타 아무런 서류가 없는 경우)

건강 보험 신청 시 필요한 서류

직장에 나가 있는 시간 동안 자녀나 부모에 대한 관리 비용을 지급하는 경우, 다음 중 하나를 제시하십시오.

- ☐ 데이케어 센터 또는 기타 어린이/성인 의료 서비스 제공자의 서면 진술서
- ☐ 지급 내역을 보여 주는 무효화된 수표 또는 영수증

적용되는 건강 보험 증명서 모두를 제시하십시오.

- ☐ 현재 보험 증명서(보험증서, 보험증명서 또는 보험카드)
- ☐ 건강 보험 종료 서한
- ☐ **Medicare** 카드(레드, 화이트, 블루 카드)

임신한 여성에만 해당: 임신 증명은 다음 중 하나를 제시하십시오.

- ☐ 임신 여성에 대한 **Presumptive Eligibility Screening Worksheet**(분만예정일에 대해 알려주는 제공자가 작성)
- ☐ 분만예정일이 기재된 전문 의료인(의사 또는 간호사) 진술서
- ☐ 분만예정일이 담긴 **WIC Medical Referral Form**

지난 3개월 동안 진료 청구서가 있는 경우 다음 모두를 제시하십시오.

지난 3개월 동안의 의료비에 대한 적격성 판정을 위한 절차입니다.

- ☐ 비용이 발생한 달에 대한 소득 증명서
- ☐ 비용이 발생한 달에 대한 거주지/자택 주소
- ☐ 비용 지급 여부와 관계없이 지난 3개월 동안의 진료 청구서

지원 내용(65세 이상이거나 장애가 있고 21세 미만의 함께 사는 자녀가 없는 경우에만 해당):

- ☐ 은행 계좌 거래 내역서: 당좌, 저축, 연금(**IRA** 및 **Keogh**)
- ☐ 주식, 채권, 증권 내역서
- ☐ 생명보험증권 사본
- ☐ 상조 또는 장지 증서 또는 장례 계약 사본
- ☐ 주거 이외 부동산에 대한 증서

고용된 경우 대학생을 위한 학생 증명서:

- ☐ 일정표 사본
- ☐ 대학 또는 대학교 진술서
- ☐ 학생임을 나타내는 대학 측의 기타 서신

ACCESS NY HEALTH CARE Medicaid / Family Health Plus / Child Health Plus

작성하기 전에 신청서 및 지침 전체를 잘 읽어보십시오. 검정 펜이나 파란 펜으로 분명하게 기재하십시오. 불완전하게 작성한 신청서는 처리되지 않으며 신청 결정을 지연하는 요소가 될 수 있습니다.

섹션 A 신청자 정보

귀하의 신원 및 연락처를 기재해 주십시오.

이름	가운데 이름 머릿글자	성

자주 쓰는 전화번호
☐ 자택 ☐ 휴대전화 ☐ 직장 ☐ 기타

다른 전화번호
☐ 자택 ☐ 휴대전화 ☐ 직장 ☐ 기타

사용하는 언어
말하기 _____ 읽기 _____

자택 주소 보내십시오
(건강 보험 신청자)
☐ 자택이 없는 경우 여기에 체크하십시오.

도로명 | 아파트 호수
도시 | 주 | 우편번호 | 카운티

우편물 수령 주소
(건강 보험 신청자, 주소가 위와 다를 경우)

도로명 | 아파트 호수
도시 | 주 | 우편번호

선택 사항: Medicaid 공지를 받게 하고 싶은 다른 사람이 있는 경우 이 사람의 연락처 정보를 제시하십시오. 해당인에 대한 요청:

해당 사항 모두 체크
☐ 본인을 대신해 Medicaid를 신청하거나 갱신
☐ 필요할 경우 본인의 Medicaid 신청 또는 사례 논의
☐ 공지 및 서신 수신

이름 | 주
도로명 | 아파트 호수 | 우편번호
도시 | 전화번호
☐ 자택 ☐ 휴대전화 ☐ 직장 ☐ 기타

섹션 B 가정 정보

가정에 살고 있는 경우 본인부터 시작하십시오. 가정에 살고 있지 않은 경우 가정에 살고 있는 다른 성인부터 시작하십시오. Medicaid, Family Health Plus 또는 Child Health Plus에 신청하거나 이를 이미 받고 있는 사람의 성명을 기재하고 **복지 카드 또는 건강 보험 ID 카드의 ID 번호를 기재하십시오.** 다음을 포함한 가족 구성원에 대한 정보를 제시해야 **합니다**. 부모, 계부모, 배우자. 기타 가정 구성원에 대한 정보를 제시할 수 있습니다(예: 21세 미만 독립 자녀). **기타 가정 구성원을 기재하면 귀하에게 더 높은 자격 수준을 부여할 수 있습니다. 임신 여성 및 19세 미만 자녀는 이민 상태에 관계없이 건강 보험 가입 자격이 될 수 있습니다.**

	이름, 중간 이름, 성	생년 월일 보내십시오	해당인이 건강 보험을 신청했습니까?	해당인이 임신 중입니까? 보내십시오	해당인이 신청한 자녀의 부모입니까?	확인란 1에 기재한 이와 어떤 관계입니까?	해당인이 공공 의료 보장을받고 있거나 과거에 받은 경우에는 적용되는 항목에 체크하십시오.	Social Security 번호 (있는 경우)	귀하의 현재 시민권 또는 이민 상태를 나타내는 확인란에 표시하십시오. 임신한 여성은 해당 사항 없음 보내십시오	*인종/민족 그룹
01	_____ 결혼 전 성명 출생 도시 출생 주 출생 국가 해당인 어머니의 결혼 전 성명	/ / ☐ 남성 ☐ 여성	☐ 예 ☐ 아니오	☐ 예 ☐ 아니오 만기일이 언제입니까? / /	☐ 예 ☐ 아니오	본인과의 관계	☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus 복지 카드/보험 카드 ID 번호(알고 있는 경우):		☐ 미국 시민권 ☐ 이민자/비시민 이민 상태를 받은 날짜 입력 _____/_____/_____ 월 일 연도 ☐ 비시민(비자 보유자) ☐ 위 해당 사항 없음	
02	_____ 결혼 전 성명 출생 도시 출생 주 출생 국가 해당인 어머니의 결혼 전 성명	/ / ☐ 남성 ☐ 여성	☐ 예 ☐ 아니오	☐ 예 ☐ 아니오 만기일이 언제입니까? / /	☐ 예 ☐ 아니오		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus 복지 카드/보험 카드 ID 번호(알고 있는 경우):		☐ 미국 시민권 ☐ 이민자/비시민 이민 상태를 받은 날짜 입력 _____/_____/_____ 월 일 연도 ☐ 비시민(비자 보유자) ☐ 위 해당 사항 없음	

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

보내십시오 **신분, 시민권 또는 이민 상태를 증명하는 서류 목록은 1~3페이지 지침의 "건강 보험 신청 시 필요한 서류", "건강 보험을 위한 서류 확인표"를 참조하십시오.**

***인종/민족 코드(선택 사항):** A-아시아계, B-흑인 또는 아프리카계 미국인I- 북아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민, P- 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 원주민, W-백인, U-모름. 히스패닉계나 라틴계-H

NYS DOH (2페이지에 계속)

섹션 B 가정 정보 (이전 페이지에서 계속)

	이름, 중간 이름, 성	생년 월일 보내십시오	해당인이 건강 보험을 신청했습니까?	해당인이 임신 중입니까? 보내십시오	해당인이 신청한 자녀의 부모입니까?	확인란 1에 기재한 이와 어떤 관계입니까?	해당인이 공공 의료 보장을받고 있거나 과거에 받은 경우에는 적용되는 항목에 체크하십시오.	Social Security 번호 (있는 경우)	귀하의 현재 시민권 또는 이민 상태를 나타내는 확인란에 표시하십시오. 임신한 여성은 해당 사항 없음 보내십시오	*인종/민족 그룹
03	_____ _____ 결혼 전 성명 _____ 출생 도시 출생 주 출생 국가 _____ 해당인 어머니의 결혼 전 성명	/ / ☐ 남성 ☐ 여성	☐ 예 ☐ 아니오	☐ 예 ☐ 아니오 만기일이 언제입니까? / /	☐ 예 ☐ 아니오		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus 복지 카드/보험 카드 ID 번호(알고 있는 경우):		☐ 미국 시민권 ☐ 이민자/비시민 이민 상태를 받은 날짜 입력 _____/_____/_____ 월 일 연도 ☐ 비시민(비자 보유자) ☐ 위 해당 사항 없음	
04	_____ _____ 결혼 전 성명 _____ 출생 도시 출생 주 출생 국가 _____ 해당인 어머니의 결혼 전 성명	/ / ☐ 남성 ☐ 여성	☐ 예 ☐ 아니오	☐ 예 ☐ 아니오 만기일이 언제입니까? / /	☐ 예 ☐ 아니오		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus 복지 카드/보험 카드 ID 번호(알고 있는 경우):		☐ 미국 시민권 ☐ 이민자/비시민 이민 상태를 받은 날짜 입력 _____/_____/_____ 월 일 연도 ☐ 비시민(비자 보유자) ☐ 위 해당 사항 없음	
05	_____ _____ 결혼 전 성명 _____ 출생 도시 출생 주 출생 국가 _____ 해당인 어머니의 결혼 전 성명	/ / ☐ 남성 ☐ 여성	☐ 예 ☐ 아니오	☐ 예 ☐ 아니오 만기일이 언제입니까? / /	☐ 예 ☐ 아니오		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus 복지 카드/보험 카드 ID 번호(알고 있는 경우):		☐ 미국 시민권 ☐ 이민자/비시민 이민 상태를 받은 날짜 입력 _____/_____/_____ 월 일 연도 ☐ 비시민(비자 보유자) ☐ 위 해당 사항 없음	
06	_____ _____ 결혼 전 성명 _____ 출생 도시 출생 주 출생 국가 _____ 해당인 어머니의 결혼 전 성명	/ / ☐ 남성 ☐ 여성	☐ 예 ☐ 아니오	☐ 예 ☐ 아니오 만기일이 언제입니까? / /	☐ 예 ☐ 아니오		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus 복지 카드/보험 카드 ID 번호(알고 있는 경우):		☐ 미국 시민권 ☐ 이민자/비시민 이민 상태를 받은 날짜 입력 _____/_____/_____ 월 일 연도 ☐ 비시민(비자 보유자) ☐ 위 해당 사항 없음	
07	_____ _____ 결혼 전 성명 _____ 출생 도시 출생 주 출생 국가 _____ 해당인 어머니의 결혼 전 성명	/ / ☐ 남성 ☐ 여성	☐ 예 ☐ 아니오	☐ 예 ☐ 아니오 만기일이 언제입니까? / /	☐ 예 ☐ 아니오		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus 복지 카드/보험 카드 ID 번호(알고 있는 경우):		☐ 미국 시민권 ☐ 이민자/비시민 이민 상태를 받은 날짜 입력 _____/_____/_____ 월 일 연도 ☐ 비시민(비자 보유자) ☐ 위 해당 사항 없음	

가족 중 국가유공자가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 있는 경우, 해당자 이름: _____

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

보내십시오 **신분, 시민권 또는 이민 상태를 증명하는 서류 목록은 1~3페이지 지침의 "건강 보험 신청 시 필요한 서류", "건강 보험을 위한 서류 확인표"를 참조하십시오.**

***인종/민족 코드(선택 사항):** A-아시아계, B-흑인 또는 아프리카계 미국인I- 북아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민, P- 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 원주민, W-백인, U-모름. 히스패닉계나 라틴계-H

섹션 C 가계 소득 섹션 B에 기재한 모든 사람으로부터 받은 돈의 유형 및 금액을 작성한 다음 보내십시오

근로 소득: 임금, 급여, 수수료, 팁, 초과 근무 수당, 자영업 소득. 자영업에 종사하는 경우, 여기에 체크하십시오. ☐ 근로 소득이 없는 경우 여기에 체크하십시오. ☐

이름	소득 유형/직장명	소득 규모 (세전)	빈도 (주 단위, 월 단위)

불로 소득: Social Security연금, 장애인수당, 실업수당, 이자 및 배당금, 국가유공자 혜택, Worker's Compensation, 양육비/이혼(별거) 수당, 임대수익, 생활보조금, 연금, 신탁소득 포함.
불로 소득이 없는 경우 여기에 체크하십시오. ☐

이름	소득 유형/출처	소득 규모 (세전)	빈도 (주 단위, 월 단위)

기부: 친척이나 친구, 임차인 또는 세입자로부터 나오는 돈(출처에 상관 없이 매달 받는 생활비 지원금 포함). 기부금이 없는 경우 여기에 체크하십시오. ☐

이름	소득 유형/출처	소득 규모 (세전)	빈도 (주 단위, 월 단위)

기타: 일회성 지원(현금), Supplemental Security Income (SSI), 학비 보조금, 또는 대출금. 아무 것도 해당되지 않는 경우 여기에 체크하십시오. ☐

이름	소득 유형/출처	소득 규모 (세전)	빈도 (주 단위, 월 단위)

1. 귀하 또는 섹션 B의 신청 성인 중 소득이 없는 사람이 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 예 해당자 _____

2. 위와 같은 소득이 없을 경우, 생계를 어떻게 유지하고 있는지 알려주십시오.
(예: 친구 또는 친지와 함께 거주)

3. 귀하 또는 신청자 중 지난 3개월 내에 직장을 바꾸거나 일을 그만둔 사람이 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 예
있는 경우: 마지막 직업: 날짜 _____/_____/_____ 직장명:

4. 귀하 또는 신청자 중 직업학교, 학부, 대학원 학생이 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 예
있는 경우: ☐ 정규 학생 ☐ 시간제 등록생 ☐ 학부생 ☐ 대학원생 학생 이름:

5. 직장에 나가거나 학교에 가기 위해 탁아(또는 성인 장애인 간호)를 위해 비용을 지급해야 합니까? ☐ 아니오 ☐ 예

어린이/성인 이름:	소득 규모 $	빈도 (주 1회, 2주에 1회, 월 1회)
어린이/성인 이름:	소득 규모 $	빈도 (주 1회, 2주에 1회, 월 1회)
어린이/성인 이름:	소득 규모 $	빈도 (주 1회, 2주에 1회, 월 1회)

6. Medicaid 또는 Family Health Plus 보장 자격이 되지 않을 경우에도 Family Planning Benefit Program 가입 자격은 될 수 있습니다. Family Planning Services에 대한 보장 내역 수신에만 관심이 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 예

섹션 D 건강 보험

귀하에게 다른 보험이 있더라도 귀하 및 가족이 여전히 가입 자격이 있을 수 있습니다.

1. 신청자 중 **Medicare**가 있는 사람이 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 예 **있는 경우, 각 Medicare 수혜자에 대해 카드(레드, 화이트, 블루 카드) 사본을 포함하십시오.** 보내십시오 **이 신청서의 나머지 부분을 작성하고 보완 문서 A를 작성하십시오.**

2. 신청자 중 장기 진료 보험을 비롯해 기타 상업 건강 보험이 이미 있는 사람이 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 예 **있는 경우 이 신청서와 함께 보험 증서의 앞뒷면 사본을 보내야 합니다.** 보내십시오

피보험자(1차) 이름 _____ 보장받는 사람 _____ 보험증권 비용 _____ 곧 종료되는 경우, 보장 종료일 _____/_____/_____ (월/일/연도)

참고: **Medicare Savings Program (MSP)**만을 신청하는 경우에는 섹션 G로 가십시오. 보완 문서 A를 작성할 필요가 없습니다.

3. 신청 자녀의 부모/계부모 중 주 의료 혜택 보험을 통해 가족 보장을 받을 수 있는 공직자가 있습니까? (지침 참조) ☐ 아니오 ☐ 예
있는 경우 해당자가 근무하는 공공 기관에서 건강 보험 비용 전부 또는 일부를 지급합니까? ☐ 아니오 ☐ 예

4. 지난 6개월 동안 어떤 유형이든 고용인을 통해 제공된 건강 보험을 상실 또는 취소한 사람이 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 예 있는 경우, 보장을 상실한 날짜가 언제입니까? _____/_____/_____ (월/일/연도)
(없는 경우, 질문 5로 넘어가십시오.)

이 질문에 대한 귀하의 답변은 사람들이 건강 보험을 변경하는 이유를 파악할 수 있도록 도와줄 것입니다.

사람들이 더 이상 건강 보험을 갖지 않는 이유는 무엇입니까? (하나만 선택)

☐ 1. 보험을 가졌던 사람이 해당 보험을 제공한 고용인을 위해 더 이상 일하지 않음.
☐ 2. 고용인의 건강 보험 제공 중단.
☐ 3. 고용인이 자녀를 위한 건강 보험 제공을 중단했거나 또는 자녀를 위한 건강 보험 지급을 중단했지만 해당 근로 부모에 대해서는 계속해서 보장.
☐ 4. 건강 보험 비용이 올라 더 이상 감당할 수 없음.
☐ 5. **Child Health Plus** 또는 **Family Health Plus**가 이제까지 가지고 있던 보험보다 비용이 적음.
☐ 6. **Child Health Plus** 또는 **Family Health Plus** 비용이 이제까지 가지고 있던 보험보다 더 많은 혜택 제공.

5. 귀하의 현재 직장에서는 건강 보험을 제공합니까? **당사에서 그에 대한 지급을 도울 수 있습니다.** ☐ 아니오 ☐ 예 그러할 경우, 귀하에게 "고용인 후원 건강 보험 정보에 대한 요청"양식이 전달됩니다.

섹션 E 주거비

1. **재산세 등을 비롯하여 임대료나 대출금과 같은** 월 주거비 지급(본인 몫). $_____

2. 수도를 별도로 지급하는 경우, 얼마입니까? $_____ 보내십시오 지급 주기가 어떻게 됩니까? ☐ 매월 ☐ 연 2회 ☐ 분기(연 4회) ☐ 연 1회

3. 급여의 일부로 **무료** 주거 지원을 받습니까? ☐ 아니오 ☐ 예

섹션 F 맹인, 장애, 만성적 질환 또는 요양 치료

이러한 질문은 신청자에게 꼭 맞는 프로그램을 결정하는 데 도움이 됩니다.

신청자 중 맹인, 장애인, 만성 질환 환자나 요양 시설에 있는 사람이 없는 경우에는 섹션 G로 가십시오. 멈춤

1. 귀하, 또는 귀하와 함께 살면서 신청하는 사람 중 거주형 요양 시설에 있거나 또는 병원, 요양원 또는 기타 의료 시설에서 **요양 치료**를 받고 있는 사람이 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 예
있는 경우 이 신청서 작성을 완료하**고** 보완 문서 A를 작성하십시오.

2. 귀하와 함께 사는 사람 중 맹인이거나 장애가 있거나 또는 만성적 질환을 앓고 있는 사람이 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 예 있는 경우 이 신청서 작성을 완료하**고** 보완 문서 A를 작성하십시오.
참고: **Medicare Savings Program (MSP)**만을 신청하는 경우에는 섹션 G로 가십시오. 보완 문서 A를 작성할 필요가 없습니다.

섹션 G 추가 건강 관련 질문

1. 신청자 중 이번 달 또는 이전 3개월 동안 지급 또는 미지급한 진료 또는 처방 청구서가 있는 사람이 있습니까? **Medicaid**가 이 청구서를 지급하거나 귀하의 비용을 상환할 수도 있습니다.
☐ 아니오 ☐ 예 있는 경우: 이름: _____ 이전 3개월 중 진료 청구서를 받은 달이 언제입니까? _____

보내십시오 **3개월 중 청구서를 받은 달에 대한 소득금액증명. 이미 지급한 진료 청구서에 대한 상환을 구하고 있는 경우에는 사본 및 지급증명서를 제출해야 합니다.**

2. 귀하 또는 신청자 중 이전 3개월보다 더 오래된 미지급 진료 또는 처방 청구서가 있는 사람이 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 예

3. 귀하 또는 귀하와 함께 살면서 신청한 신청자 중 지난 3개월 이내에 다른 주 또는 뉴욕 주 카운티에서 이 카운티로 이사온 적이 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 예
있는 경우, 해당되는 자 _____ 주 _____ 카운티 _____

4. 신청자 중 상해로 인해 소송이 계류 중인 사람이 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 예 있는 경우, 해당되는 자: _____

5. 신청자 중 **Workers' Compensation** 사례 또는 타인으로 인한 상해, 질병, 장애를 가진 사람이 있습니까(보험 보상이 가능한 경우)? ☐ 아니오 ☐ 예
있는 경우, 해당되는 자 _____

섹션 H 집에 함께 살지 않거나 사망한 부모 또는 배우자

자녀와 임신한 여성을 위해 신청하는 가족은 이 섹션을 작성할 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. 부모가 이 정보를 제공할 뜻이 없는 경우라도 자녀는 가입 자격이 될 수 있습니다. 집에 함께 살지 않는 부모 또는 배우자에 관한 정보 제공의 결과로 신체적 감정적 피해가 우려될 경우에는 이 같은 정보 제공을 면제받을 수 있습니다. 이와 같은 경우를 **합당한 이유**라고 부릅니다. 우려에 대한 합당한 이유가 있다는 점을 보여달라는 요청을 받을 수 있습니다.

1. 신청한 배우자 또는 부모가 사망했습니까? ☐ 아니오 ☐ 예
그럴 경우, 부모 또는 배우자가 사망한 신청자 이름 : _____ (배우자 또는 부모가 사망한 경우 질문 3으로 가십시오.)

2. 신청한 자녀 중 부모와 집에 함께 살지 않는 사람이 있습니까? (없는 경우, 질문 3으로 넘어가십시오.) ☐ 아니오 ☐ 예

집에 함께 살지 않는 부모에 관한 정보 제공과 관련하여 신체적 또는 감정적 피해를 우려하는 경우에는 이 확인란에 체크하십시오. ☐

자녀 이름:	**집에 살지 않는 부모 이름** _____ 생년월일(알고 있는 경우): _____/_____/_____	**현재 또는 최근의 알고 있는 주소:** 도로명:_____ 도시/주: _____ **Social Security**번호(알고 있는 경우): _____
자녀 이름:	**집에 살지 않는 부모 이름** _____ 생년월일(알고 있는 경우): _____/_____/_____	**현재 또는 최근의 알고 있는 주소:** 도로명:_____ 도시/주: _____ **Social Security**번호(알고 있는 경우): _____

3. 신청자 중 집에 함께 살지 않는 사람과 여전히 결혼 상태를 유지하고 있는 사람이 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 예 있는 경우, 여전히 결혼 상태를 유지하고 있는 신청자 이름: _____
집에 함께 살지 않는 배우자에 관한 정보 제공과 관련한 신체적 또는 감정적 피해를 우려하는 경우에는 이 확인란에 체크하십시오. ☐

집에 함께 살지 않는 배우자 성명:	**생년월일(알고 있는 경우):** _____/_____/_____	**현재 또는 최근의 알고 있는 주소:** 도로명:_____ 도시/주: _____ **Social Security**번호(알고 있는 경우):

섹션 I 건강 보험 선택

Medicare를 받고 있는 경우에는 멈춤 이 섹션을 넘어가십시오.

중요: Family Health Plus 및 Child Health Plus에 가입한 사람은 보건 서비스를 받기 위한 건강 보험을 선택해야 **합니다**. Medicaid에 가입한 대부분은 건강 보험을 선택해야 **합니다**. 건강 보험을 선택하지 않을 경우, 면제 판정을 받지 않는 한 자동으로 하나에 가입됩니다. **Medicaid, 또는 Family Health Plus:** 귀하가 있는 카운티에서 이용할 수 있는 건강 보험, 귀하의 의사가 속해 있는 건강 보험, 가입해야 하는지 여부 등에 관한 정보가 필요할 경우 **New York Medicaid CHOICE** 전화번호 1-800-505-5678로 전화하십시오. Department of Social Services에 전화 또는 방문하실 수도 있습니다. Child Health Plus 보험에 관한 정보는 1-800-698-4543으로 전화하십시오. 어떠한 건강 보험을 원하는지 이미 알고 있는 경우에는 이 섹션을 사용하여 선택하십시오.

참고: 귀하 또는 가족 구성원이 Medicaid 가입 자격이 있는 것으로 밝혀질 경우에는 귀하가 선택한 건강 보험이 Medicaid를 제공할 경우 이에 가입됩니다. Medicaid 가입자가 건강 보험에 가입하지 않아도 되는 카운티에 거주하는 경우에는 Department of Social Services에 전화를 걸거나 서면을 작성하여, 또는 이 확인란에 체크 표시하여 건강 보험 가입을 원하지 않음을 알릴 수 있습니다.☐

성	이름	생년월일	Social Security번호	가입된 건강 보험 이름	선호하는 의사 또는 보건 센터(선택 사항) 현재 제공자가 있는 경우 체크	OB/GYN(선택 사항)
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	

섹션 J 서명

이 신청서 및 연례 갱신 상의 정보를 **Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus**, 섹션 I에 나온 건강 보험, 사회복지 지역 사업부, 그리고 신청 지원을 제공하는 등록 촉진 기관에서만 공유할 것을 동의합니다. 이 정보를 신청자에게 서비스를 제공하는 학교 기반 보건 센터와 공유한다는 점에도 동의합니다. 이 정보는 **Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus**에 신청하는 개인의 자격 판정 목적을 위해, 또는 이들 프로그램의 성공 여부를 평가하기 위해서만 공유된다는 점을 이해합니다. 신청하는 각 개인은 아래 공간의 이 신청서에 서명해야 합니다. 이 신청서에 서명함으로써 본인은 **Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus**에 신청하는 각 개인이 자격이 있을 경우 적절한 프로그램에 가입된다는 점을 이해합니다. **본인은 다음 페이지의 신청 자료집에 포함된 약관, 권리 및 책임을 읽고 이해했습니다.** 본인은 위증죄에 따라 이 신청서의 모든 내용이 본인이 알고 있는 한 사실이라는 점을 인증합니다.

날짜 _____ 성인 신청자 또는 위임받은 신청자 대리인 서명 _____

날짜 _____ 성인 신청자 또는 위임받은 신청자 대리인 서명 _____

약관, 권리 및 책임

이 신청서를 작성해 서명함으로써 본인은 **Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus**를 신청합니다. 이 신청서, 공지 및 기타 지원 정보가 본인이 신청하고자 하는 프로그램에 제공된다는 점을 이해하며, 이 신청서의 개인 신상 및 재정 정보와 이 프로그램의 적격성을 판단하기 위해 필요한 기타 정보의 공개에 대해 동의합니다. 또한 세부 정보에 대한 질문을 받을 수 있다는 점을 이해하며, 이 신청서의 정보에 변화가 생길 시 이를 즉각 보고한다는 점에 동의합니다.

- 본인은 각 프로그램에 대한 적격성을 증명하기 위해 필요한 정보를 제공해야 한다는 점을 이해합니다. **Medicaid** 또는 **Family Health Plus**에 대한 정보를 받지 못한 경우, 사회복지 지구에 이를 알리겠습니다. 사회복지 지구는 정보를 획득하는 데 도움이 될 수도 있습니다.
- 사회복지 지역 사업부 이외의 장소에서 신청하고, 자녀가 이 신청서를 사용하는 **Medicaid**에 가입 자격이 되지 않는다고 밝혀질 경우, 본인은 사회복지 지역 사업부에 문의하여 다른 기준으로 본인의 자녀가 **Medicaid** 가입 자격이 되는지 여부를 알아볼 수 있습니다.
- 가족 또는 본인이 신청한 프로그램의 직원이 본 신청을 위해 본인이 제공한 정보를 확인할 수 있다는 점을 이해합니다. 이 프로그램을 운영하는 기관은 42 U.S.C. 1396a (a) (7) 및 42 CFR 431.300-431.307, 그리고 연방 및 주의 법률 및 규제에 따라 이 정보를 비밀로 유지합니다.
- **Child Health Plus**에 지원함으로써 본인은 뉴욕 주에서 지급하지 않는 해당 보험료를 지급한다는 점에 동의합니다.
- 본인은 **Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus**에서 보험이나 다른 사람이 지급하기로 되어 있는 의료 비용을 지급하지 않는다는 점, 그리고 **Medicaid**나 **Family Health Plus**를 신청할 경우, 배우자 또는 21세 미만 미성년의 부모로부터 의료 지원을 구하고 이를 받을 권리, 그리고 혜택을 받는 전 기간 동안 제3자 지급을 구하고 이를 받을 권리를 모두 해당 기관에 부여한다는 점을 이해합니다.
- 본인은 건강 또는 상해 보험 혜택이나 본인이 자격이 되는 기타 자원에 대해 보상을 청구할 것입니다. 건강 보험을 사용하는 것이 본인의 건강이나 안전, 또는 본인이 법적으로 책임을 지는 누군가의 건강과 안전에 해를 유발할 수 있는 경우, 그 사용에 협조하지 않을 충분한 이유를 주장할 권리가 본인에게 있다는 점을 이해합니다.
- 이 프로그램에 대한 본인의 적격성 여부가 인종, 피부색, 또는 출신 국가의 영향을 받지 않는다는 점을 이해합니다. 또한 이들 개별 프로그램의 요건에 따라 본인의 나이, 성별, 장애 또는 시민권 상태가 적격성 여부를 판단하는 요인이 될 수도 있음을 이해합니다.
- 본인의 자녀가 **Medicaid** 또는 **Family Health Plus**에 가입되어 있는 경우에는 **Child/Teen Health Program**을 통한 모든 필수 치료를 포함, 종합적인 일차 진료 및 예방 치료를 받을 수 있다는 점을 이해합니다. 사회복지 지역 사업부로부터 이 프로그램에 대한 자세한 정보를 얻을 수 있습니다.
- 본인은 이 프로그램의 서비스를 받기 위해 알면서도 거짓말을 하거나 진실을 감추는 자는 범법 행위로 연방 및 주의 처벌 대상이 되며 받은 혜택 금액을 상환하고 민사 벌금형을 받을 수 있다는 점을 이해합니다. **New York State Department of Tax and Finance**는 이 서식의 수입 정보를 검토할 권리가 있습니다.

SOCIAL SECURITY번호

Child Health Plus: Child Health Plus 가입에는 **Social Security** 번호가 필요하지 않습니다. **Social Security**번호가 있다면 **Child Health Plus**에 신청하는 자녀들을 위해 포함할 것입니다. **Medicaid** 또는 **Family Health Plus**: 신청자가 임신 중이거나 자격이 없는 외국인 체류자가 아니라면 모든 신청자에 대해 **Social Security**번호가 필요합니다. 혜택을 신청하지 않는 가족 구성원의 경우에는 **Social Security**번호가 필요하지 않습니다. 이는 연방법 42 U.S.C. 1320b-7 (a) 및 **Medicaid** 규정 42 CFR 435.910에서 요구하는 것임을 이해합니다. **Social Security**번호는 뉴욕 및 기타 관할지역의 사회복지부(**DSS**) 내에서, 또한 사회복지부와 연방, 주, 지역 기관 간에 여러 방식으로 사용됩니다. **Social Security**번호의 사용 목적은 다음 사항이 포함됩니다. 신원 파악, 근로 소득 및 불로 소득 파악 및 확인, 양육권이 없는 부모가 신청자에 대한 건강 보험을 받을 수 있는지 확인, 신청자가 의료 지원을 받을 수 있는지 확인, 신청자가 금전 또는 기타 도움을 받을 수 있는지 확인. **Social Security**번호는 중앙 정부 **Medicaid** 기관 내, 또한 기관 간에 수급자의 신원 파악에 사용하여 수급자에게 적절한 서비스가 제공되었는지 확인할 수도 있습니다. 또한 이 공동 신청을 통해 기타 프로그램에 신청할 경우, 해당 프로그램이 본인의 **Social Security**번호에 대한 접근권을 갖고 프로그램의 관리에 이를 이용할 수 있습니다.

MEDICAID 신청자에 한함

- 교육 기록 공개
  본인은 사회복지 지역 사업부 및 뉴욕 주가 건강 관련 교육 서비스를 위한 **Medicaid** 상환 청구에 필요한 이 문서에 언급된 자녀(들)의 교육 기록에 관한 정보를 얻고, 감사의 목적에 한해 적절한 연방 정부 기관에 이 정보에 대한 접근권을 제공할 수 있도록 허락합니다.
- Early Intervention Program
  본인의 자녀가 **New York State Early Intervention Program**을 위한 평가를 받거나 이에 참가할 경우, 사회복지 지역 사업부 및 뉴욕 주가 **Medicaid** 구축 목적으로 카운티의 **Early Intervention Program**과 자녀의 **Medicaid** 자격 정보를 공유할 수 있도록 허락합니다.
- 의료비 상환
  Medicaid 신청의 일환으로, 또는 나중에 신청한 달 이전 3 개월 동안 받은 진료, 의료 서비스 및 의약용품이 보장 대상인 경우 이에 대해 지급한 비용의 상환을 요청할 권리가 있음을 이해합니다. 신청한 날짜 이후에는, 보장받는 진료, 의료 서비스 및 의약용품을 **Medicaid** 등록 제공자로부터 받은 경우에 한해 이를 상환받을 수 있습니다.

FAMILY HEALTH PLUS AND MEDICAID MANAGED CARE

Family Health Plus 혜택을 받으려면 관리 케어 건강 보험에 가입해야 한다는 점을 이해합니다. 일부 국가에서는 **Medicaid**를 받으려면 건강 보험 가입이 필요할 수 있다는 점도 알고 있습니다. 본인의 국가에서 건강 보험에 가입하려면 **Medicaid** 가입자가 필요한지 여부를 알아내는 방법, **Family Health Plus** 및 **Medicaid** 관리 케어에서 본인이 어떠한 건강 보험을 이용할 수 있는지 알아내는 방법에 대해 읽었습니다. **Family Health Plus** 가입 자격이 있다고 판단될 경우, 본인이 선택한 **Family Health Plus** 보험에 가입된다는 점을 이해합니다. **Family Health Plus** 대신 **Medicaid** 가입 자격이 있는 것으로 판단되고, **Medicaid**에 가입하려면 관리 케어 건강 보험에 가입되어 있어야 하는 국가에 있는 경우, 본인은(우리는) 건강 보험이 **Medicaid** 관리 케어에 참여하고 있다면 본인이(우리가) 선택한 건강 보험에 가입됩니다.

약관, 권리 및 책임

가입자가 **Medicaid** 관리 케어 건강 보험에 가입되어 있지 않아도 되는 국가에 있는 경우, 지역 사회복지 사업부에 서면으로 통보하거나, 섹션 I의 확인란에 해당 보험에 가입하고 싶지 않다고 체크하지 않는 한 본인이(우리가) 선택한 건강 보험에 계속해서 가입되어 있게 됩니다.

관리 케어 건강 보험 회원으로서 갖게 될 권리와 혜택 및 관리 케어 가입자의 혜택 제한에 대해 알아내는 방법을 읽었습니다. 본인은 **Family Health Plus** 및 **Medicaid** 관리 케어에서 1차 진료 제공자**(PCP)**를 선택해야 하며, 본인의 건강 보험에 속한 최소 세 진료 제공자 중에서 선택하게 된다는 점을 이해합니다. 일단 건강 보험에 가입하면, 몇몇 특수한 상황을 제외하고는 본인의 건강 보험에 속한 본인의 1차 진료 제공자 및 기타 제공자를 이용해야 한다는 점을 이해합니다.

Medicaid 관리 케어 건강 보험의 가입자로 있는 동안 자녀가 태어날 경우, 본인의 자녀 또한 본인과 동일한 건강 보험에 가입된다는 점을 이해합니다. **Medicaid** 관리 케어에 참여하고 있기도 한 **Family Health Plus** 보험의 가입자로 있는 동안 자녀가 태어날 경우, 본인의 자녀 또한 본인과 동일한 건강 보험에 가입된다는 점을 이해합니다.

- 의료 정보 공개
  본인은 본인 및 본인이 대신하여 동의할 수 있는 가족 구성원에 대한 의료 정보 공개에 대해 다음 사항을 동의합니다.
  - 본인의 1차 진료 제공자, 기타 의료 서비스 제공자 또는 **New York State Department of Health (NYSDOH)**에서 본인 또는 본인 가족에 대한 건강 관리에 관여하고 있는 건강 보험 및 의료 서비스 제공자에게 공개하는 것, 단, 건강 보험 또는 제공자가 치료, 지급, 또는 의료 서비스 운영을 수행하기 위해 합리적으로 필요한 경우. 여기에는 본인의 치료 관리를 위해 필요한 기타 약국 및 의료 청구가 포함될 수 있습니다.
  - 본인의 건강 보험 및 의료 서비스 제공자가 **Medicaid, Child Health Plus, Family Health Plus** 프로그램 운영 목적으로 **New York State Department of Health (NYSDOH)** 및 기타 승인된 연방, 주, 지역 기관에 공개하는 것.
  - 본인의 건강 보험에서 타인 또는 다른 조직에 공개하는 것, 단, 건강 보험이 치료, 지급, 또는 의료 서비스 운영을 수행하기 위해 합리적으로 필요한 경우.

본인은 치료, 지급 및 의료 서비스 운영을 위해 공개되는 정보에는 본인이 동의를 취소할 때까지 본인 및 법에서 허용하는 가족 구성원에 대한 HIV, 정신 건강 상태 또는 술 및 약물 남용 정보가 포함될 수 있다는 점에도 동의합니다.

가족 내 2명 이상의 성인이 **Family Health Plus** 또는 **Medicaid** 건강 보험에 가입하고 있는 경우, 정보 공개에 대한 동의를 위해서는 신청한 성인 각각의 서명이 필요합니다.

- 의료비 상환
  Family Health Plus 가입 자격이 있다고 판단될 경우 본인의 가입은 작성한 신청서 제출일로부터 90일 이내에 효력을 갖게 됩니다. 가입 오류 또는 지연의 경우, **Medicaid**는 그러한 오류나 지연의 결과로 본인이 지급한 합리적인 의료비를 상환해 줄 수 있습니다. **Medicaid**는 해당 제공자가 **Medicaid** 등록 제공자인 경우, 지급되지 않은 비용에 대해 본인의 제공자에게 지급할 수 있습니다.

관계자 사용 전용

신청 도우미가 작성

자격 정보를 획득한 사람의 서명: X _____	근무처: (하나만 선택) ☐ 지역사회 기반 등록 촉진 기관 ☐ 건강 보험 ☐ 사회복지 지구 ☐ 제공 기관 ☐ 유자격 기관 소속 기관 이름: _____

등록 촉진 기관에서 작성

등록 촉진 기관:		주요 기관/건강 보험 이름:		주요 조직/건강 보험 **ID**:
신청 지원에 사용된 언어:	신청 시작일:	신청 일련 번호:	신청 완료일:	신청 자녀 코드 입력: **Medicaid** _____ **CHPlus** _____

지역 사회보장 지구에서 사용

자격 판정:	날짜:	자격 승인:		날짜:
사무국:	신청일:	부서 ID:		근로자 ID:
사례명:	지구:	사례 유형:		사례 번호:
효력 발생일:	**MA** 결정 이유 코드: ☐ 부인 코드 ☐ 제거	위임장: ☐ 예 ☐ 아니오	등록 번호:	버전:

Child Health Plus 건강 보험에서 사용

CHPlus 결정: ☐ 승인됨 ☐ 부인됨	부인 코드:	효력 발생일:	등록한 자녀 수: