

## 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 알려드립니다. 사회복지 지구는 정보를 획득하는 데 도움이 될 수도 있습니다.

사회복지 지역 사업부 이외의 장소에서 신청하고, 자녀가 이 신청서에 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 되는 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 알려서도 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 볼로 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 의약품이 보장 대상인 경우 이에 대해 지급한 비용의 상환을 요청할 권리가 있음을 이해합니다. 신청한 날차 이후에는, 보장받는 진료, 의료 서비스 및 의약품들을 **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 1의 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.

## 건강 보험 신청 시 필요한 서류

### 신청자 이름

**\* 필요한 모든 항목을 받을 때까지 등록을 완료할 수 없습니다. 이들 항목 중 어느 것이든 받는 데 도움이 필요할 경우에는 알려주세요. 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 임양 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, 타아, 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 날까지 돌려주세요.**

## 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 하나를 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-6888 또는 I-766 노동허가증\*

### 이민 상태(추가 신분증명서 필요)

- I-94 입국/출국 기록\*
- USCIS 서식 I-797 소송고지

**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

**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 보여 줄 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 고용 주로부터의 서한
- 서명하여 날짜를 기재한 현 소득세 신고서 및 모든 일장\*\*
- 비즈니스/급여 기록

### 차영입

- 서명하여 날짜를 기재한 현 소득세 신고서 및 모든 일장\*\*
- 소득 및 비용 기록/비즈니스 기록

### 실업 수당

- 수상 서한/증명서
- NYS Department of Labor의 월례 급여(수당)명세서
- NYS Department of Labor 웹사이트 ([www.laborstate.ny.us](http://www.laborstate.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

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

DOH-42208 ko (5/13) page 2 of 3

## 섹션 G 추가 건강 관련 질문

- 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.
  - 아니요
  - 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 상황을 구하고 있는 경우에는 사본 및 지급증명서를 제출해야 합니다.**

- 귀하 또는 신청자 중 이전 3개월보다 더 오래된 미지급 진료 또는 처방 청구서가 있는 사람이 있습니까?  아니요  예

- 귀하 또는 귀하와 함께 살면서 신청한 신청자 중 지난 3개월 이내에 다른 주 또는 뉴욕 주 카운티에서 이 카운티로 이사온 적이 있습니까?  아니요  예

있는 경우, 해당되는 자 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 카운티 \_\_\_\_\_

- 신청자 중 상해로 인해 소득이 계속 중단 사람이 있습니까?  아니요  예 있는 경우, 해당되는 자: \_\_\_\_\_

- 신청자 중 **Workers' Compensation** 사례 또는 타인으로 인한 상해, 질병, 장애를 가진 사람이 있습니까(보험 보상이 가능한 경우)?  아니요  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 신장자는 합당한 이유가 없는 한 미성년자 신청자의 부모 또는 집에 함께 살지 않는 배우자에 관한 정보를 기꺼이 제공할 건강 보험 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.

- 신청한 배우자 또는 부모가 사망했습니까?  아니요  예

그렇 경우, 부모 또는 배우자가 사망한 신청자 이름: \_\_\_\_\_ (배우자 또는 부모가 사망한 경우 질문 3으로 가십시오.)

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

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

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

- 신청자 중 집에 함께 살지 않는 사람과 여전히 결혼 상태를 유지하고 있는 사람이 있습니까?  아니요  예 있는 경우, 여전히 결혼 상태를 유지하고 있는 신청자 이름: \_\_\_\_\_

집에 함께 살지 않는 배우자에 관한 정보 제공과 관련된 신체적 또는 감정적 피해를 우려하는 경우에는 이 확인란에 체크하십시오.

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

DOH-4220 ko (5/13) page 5 of 8

NYS.DOH

## 섹션 I 건강 보험 선택

**Medicare**를 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 관정을 받지 않는 한 자력으로 하네에 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 필요 할 경우 **New York Medicaid CHOICE** 전화번호 1-800-505-5678로 전화하십시오. **Department of Social Services**에 전화 또는 방문하실 수도 있습니다. Child Health Plus 보험에 관한 정보는 1-800-698-4543으로 전화하십시오. 이 또한 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	신호하는 의사 또는 보건 센터(선택 사항) 현재 제공자가 있는 경우 체크	OB/GYN(선택 사항)
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 섹션 J 서명

이 신청서 및 연례 갱신 상의 정보를 **Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus**, 섹션 E에 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 공유하는 경우도 동의합니다. 이 정보는 **Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus**에 신청하는 개인의 자격 판정 목적을 위해, 또는 이를 포로그램의 성공 여부를 평가하기 위해서만 공유된다는 점을 이해합니다. 신청하는 각 개인은 아래 공간의 이 신청서에 서명해야 합니다. 이 신청서에 서 명함으로써 본인은 Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus에 신청하는 각 개인이 자격이 있을 경우 적절한 포로그램에 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 인정합니다.

날짜		성인 신청자 또는 위임받은 신청자 대리인 서명
날짜		성인 신청자 또는 위임받은 신청자 대리인 서명

DOH-4220 ko (5/13) page 6 of 8

NYS.DOH