

# Uninsured Care 프로그램(보험 미가입 의료 프로그램)용 신청 및 안내

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH  
AIDS Institute  
Uninsured Care Programs  
Empire Station, P.O. Box 2052  
Albany, NY 12220  
1-800-542-2437 또는 1-844-682-4058

의약품(ADAP)

ADAP Plus(일차 치료)

Home Care 프로그램(가정 의료 프로그램)

ADAP Plus Insurance Continuation(ADAP 보험 유지 프로그램, APIC)

Pre-Exposure Prophylaxis Assistance 프로그램(사전 노출 예방 지원 프로그램, PrEP-AP)

## 일반 정보

NYS Department of Health, AIDS Institute에서는 뉴욕주에 거주하는 보험 미가입자 또는 부분 보험 가입자를 위하여 다섯 가지 건강 의료 프로그램(ADAP, Primary Care, Home Care, APIC, PrEP-AP)을 제공합니다. Home Care 및 APIC에 필요한 것과 동일한 신청서 양식 및 등록 절차, 추가 양식을 사용합니다.

**ADAP** 프로그램은 HIV/AIDS와 기회 감염의 치료에 쓰이는 의약품 비용을 지불합니다. ADAP는 보험이 없거나 부분적 보험 또는 Medicaid 스펀드다운/잉여, Medicare Part D를 가진 대상자에게 도움을 제공할 수 있습니다.

**ADAP Plus(일차 치료)**는 클리닉, 병원, 실험 제공 기관, 개인 개업의에 받는 외래 일차 치료 서비스 비용을 부담합니다.

해당 **Home Care 프로그램(가정 의료 프로그램)**은 만성 질환자에게 의사가 처방한 가정 의료 서비스 비용을 부담합니다. 프로그램에서는 가정 건강 의료 에이전시를 통해서 서비스를 관리합니다.

**ADAP Plus Insurance Continuation(APIC) 프로그램**은 자격을 갖춘 대상자에게 비용 효율적인 건강 보험료를 지불합니다.

**Pre-Exposure Prophylaxis Assistance 프로그램(PrEP-AP)**은 자격을 갖춘 대상자에게 HIV 감염 예방 PrEP 프로그램에 필요한 의료 및 모니터링 외래 서비스 비용을 부담합니다.

## Uninsured Care 프로그램 기밀 유지 서약

New York State Law(뉴욕주법)에 의거하여 Uninsured Care 프로그램에 제공된 HIV 관련 정보는 엄격히 기밀로 보호됩니다. 해당 정보(예: 참여자라는 사실)는 프로그램의 적법한 관리를 위해 필요한 경우 해당 기관에 제공됩니다. 프로그램 당국이 귀하의 신청 및/또는 참여를 논의하는 데 필요한 개인 및 기관입니다. 적격 여부, 프로그램에서 지원하는 서비스 및 의약품 비용 또는 자금 사용의 적절한 회계를 결정하기 위함입니다. 프로그램 담당자는 귀하가 해당 정보의 기밀성과 개인 정보를 보호하기를 원한다는 사실을 이해하고 있으며, 철저히 프로그램 관리에 필요한 경우에만 해당 개인 정보를 공개할 것입니다.

기밀 유지 및 프로그램 참여 조건의 이해를 돕기 위하여 다음의 예시가 제공됩니다.

- 프로그램 당국은 **고용주** 또는 임대주, 가족, 친구, 이웃 등에 귀하의 직접적인 허락 없이 연락하지 않습니다. 프로그램 신청 또는 참여와 직접 연관되거나 되지 않거나 상관없이 그렇게 합니다.
- 프로그램에서는 귀하의 의사 또는 건강 의료 제공자에 추가 정보나 Medical Eligibility Form(의료 자격 양식)에 필요한 명확한 정보를 얻기 위해 연락을 취할 수 있습니다.
- 프로그램에서는 성명 및 ID 번호가 표기된 귀하의 프로그램 카드가 약국 또는 건강 의료 제공자에 제시된 경우 귀하에 제공된 서비스 또는 의약품을 등록했는지 그리고 비용을 지불했는지의 여부를 상기 서비스 제공자에 연락하여 검증합니다.

- 프로그램에서는 재소자의 신청을 프로그램 등록에 필요한 대로 가석방 또는 교정 공식 담당자와 논의합니다.

귀하는 프로그램 당국에 직접 연락이 닿지 않는 경우 대신 연락할 사람을 서면으로 알릴 수 있습니다(예: 프로그램 신청을 보조하는 사회복지사 또는 신뢰할 수 있는 친구나 가족).

Uninsured Care 프로그램은 최후의 수단이며 건강 보험 회사 또는 ADAP 프로그램 하에 제공된 의약품 비용을 상환할 제삼자 지불자에 연락합니다. 프로그램을 확장하고 새로운 의약품/서비스를 더 많은 사람에게 제공하기 위한 ADAP 자금을 회복하기 위하여 필요한 절차입니다.

이러한 조건은 프로그램에서 제공한 의약품 또는 서비스 비용에 대한 제삼자 상환 절차를 완료하는 데 필요한 기간을 포함하여 신청일로부터 프로그램 종료일까지 지속됩니다. 언제든지 서면으로 프로그램 등록을 종료할 수 있습니다.

프로그램 개인정보 서약서의 사본은 여기에서 확인할 수 있습니다.

<https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>

질문 사항이 있으면 **1-800-542-2437** 또는 **1-844-682-4058**로 연락 주시기 바랍니다.

프로그램에 제공한 모든 정보는  
철저히 기밀로 유지됩니다.

## 신청 안내

자격 조건은 재정 및 의료 필요에 따릅니다. 신청을 완료하려면 거주지 및 소득 증명 서류가 필요합니다. 별도의 임상 의사가 작성한 의료 신청서도 반드시 제출해야 합니다.

신청이 승인되면 자격증 카드 및 카드 이용 방법 안내서를 받습니다. 제공되는 의약품은 무료로 받으려면 지원 약국에 해당 카드 및 처방전을 제시해야 합니다. 지원 건강 의료 제공자에 카드를 제시하면 제공되는 의료 서비스를 무료로 받습니다. 필요한 경우, 가정 의료 서비스를 등록된 가정 의료 기관에서 무료로 받을 수 있습니다(평생 최대 혜택 3만불).

### A. 신청자 정보

#### 성명

성명, 사회 보장 번호, 생년월일을 작성합니다. 다른 이름을 사용하는 경우 이용할 수 있는 공간에 쓰고 카드에 프린트하기를 원하는 이름을 알려주십시오. 원하는 이름이 임상 의사가 작성하는 처방전의 이름과 동일한지 확인하십시오.

#### 주소

New York State 거주지 증빙이 필요합니다. 거주지는 다음 중 하나의 사본으로 증명할 수 있습니다(성명과 주소 표기). 우편을 받는 P.O. 박스가 있으면 New York State 거주지 증빙 서류에 실제 주소를 기록한 정보를 포함해야 합니다.

- 성명이 기재된 급여 명세서 또는 은행 거래 내역서 및 주소(최근 90일 이내)
- Medicaid 최근 결정 통지서
- 연료비/공과금 고지서(최근 90일 이내)
- 통신비 고지서(최근 90일 이내)
- 월세 영수증(최근 90일 이내)

동거인이 있으며 상기 목록의 모든 서류가 귀하의 이름으로 되어 있지 않다면 동거인의 거주지 증빙 서류 및 같이 살고 있는 것을 증명하는 편지가 필요합니다.

#### 성별/인종/민족/언어

선호하는 성별, 인종, 민족, 언어에 표시해 주십시오.

### B. 건강 의료 보장

해당 프로그램에서는 다른 건강 보장을 갖고 있고 공제액 또는 코페이, Medicaid 스펠드다운/잉여, 기타 개인 경비 비용을 내는 데 어려움을 겪는 주민에 도움을 드릴 수 있습니다. 다른 모든 건강 보장 카드의 앞면과 뒷면을 포함하십시오.

#### Medicaid

Medicaid 상태 또는 Medicaid에 신청했는지 여부를 표기하십시오. Medicaid 스펠드다운/잉여를 보유하고 있다면 금액을 제공된 공간에 기록하십시오.

#### Medicare

Medicare가 있는지의 여부와 만약 있다면 A, B, C, D 유형 중 어떤 것인지 쓰십시오.

#### 건강 보험

건강 보험과 관련한 모든 질문에 답변해야 합니다. 건강 보험료 지불에 어려움이 있다면 **1-800-542-2437** 또는 **1-844-682-4058**에 연락하거나 다음의 주소에서 찾을 수 있는 APIC 신청서(양식 번호 DOH-2794c)를 작성하십시오.

<https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>

### C. 신청자 및 가구 구성원의 소득

#### 주거 형태

귀하의 현재 주거 상태에 해당하는 상자에 표시하십시오.

#### 가구 구성원

가구 구성원 모두를 기재하십시오. 가구 구성원으로 생각되고 서로에 대한 법적 책임이 있는 모두가 해당됩니다. 여기에는 다음 사항이 포함됩니다. 배우자, 만 21세 이하 자녀 또는 귀하가 만 21세 이하일 경우 부모, 형제 자매.

#### 재정적 자격

재정적 자격은 Federal Poverty Level(연방 빈곤선, FPL)의 500%가 기준입니다. FPL은 가구의 크기에 따라 달라지며 매년 업데이트됩니다. 재정적 자격은 총 소득에서 신청자가 지불한 Medicare 및 사회 보장 원천 징수 및 건강 의료 보장 비용을 제외한 가구 이용 가능 금액으로 책정합니다.

#### 소득원

귀하 및 모든 가구 구성원의 소득원을 기재하십시오. 법적으로 책임을 지는 관계의 가구 구성원(예: 배우자 또는 자녀 해당, 삼촌, 사촌, 룸메이트 제외)의 소득입니다. 각각의 소득원에 총 금액(세전)과 소득 지급 빈도, 누구의 소득(귀하 또는 구성원)인지 기입하십시오. 모든 구성원이 소득이 없다면 소득 섹션에 이를 표기하십시오. 소득 증빙 서류가 필요합니다. 기재한 각각의 소득원에 대한 소득 증명 서류 일체를 제출하십시오. 소득원 유형은 다음을 포함합니다. 월급/임금(전일제 또는 파트타임), 자영업, 실업, 산재 보상, 공공 지원금, SSI(생활보조금), SSD(장애 사회 보장), 은퇴 사회 보장, 연금, 퇴역 군인 혜택, 위자료/자녀 양육비, 이자/배당금/로열티, 부동산 임대, 기타(자세히 기재), 소득 없음 및 적금으로 생활

#### 임금 소득자

소득은 최근 30일 동안의 급여 명세서 사본으로 증명해야 합니다. 급여 명세서는 연월일에 따른 소득, 근로 시간, 모든 공제액, 명세서에 해당하는 날짜를 표시해야 합니다. 급여 명세서를 받을 수 없으면 고용주에서 총 연수입액을 증명하는 편지와 최근 소득세 환급 사본을 제출하십시오. (프로그램 당 국 주소 앞으로 보낼 필요는 없습니다. "관계자에게 보냅니다"가 기재된 편지면 충분합니다.)

### **자영업 개인/임대 소득**

최근 소득세 환급 사본과 예상되는 현재 연소득액을 제출하십시오.

### **모든 기타 소득**

현재 장애 사회 보장/생활보조금 지급 편지 또는 체크, 실업 체크, 연금 체크 등의 사본은 다른 유형의 소득 증명으로 제출해야 합니다.

### **소득 없음**

소득이 없고 친구나 가족 구성원에게 재정적으로 지원받고 있다면 지원 방법을 기술한 친구나 가족의 편지를 제시하십시오.

### **적금으로 생활**

적금 계좌 내역서 사본을 보내십시오.

## **E. 기타 연락처**

프로그램 담당자가 귀하의 신청에 대해 문의하기 위해 연락처를 여기에 기재해야 합니다. 귀하의 신청과 등록에 관해 연락할 수 있는 관계자에 대해서는 기밀 유지 서약을 읽어 보시기 바랍니다.

## **F. 증명서 및 서명**

증명서를 주의깊게 읽고 사인 및 신청 날짜를 작성하십시오. 사인하지 않은 신청서를 처리할 수 없습니다. 기록을 위해 신청서 및 모든 문서 사본을 만들어 두십시오.

### **문제 또는 질문**

신청서를 작성하는 데 어려움이 있거나 Uninsured Care 프로그램 또는 필요 서류에 대한 질문이 있으면 수신자부담 전화 **1-800-542-2437** 또는 **1-844-682-4058**에 연락하거나 아래 주소에서 찾을 수 있는 “자주 묻는 질문” 문서를 검토할 수 있습니다.

<https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/>

해당 신청서는 AIDS Drug Assistance 프로그램(ADAP), ADAP Plus(일차 치료), HIV Home Care, ADAP Plus Insurance Continuation (APIC), Pre-Exposure Prophylaxis Assistance 프로그램(PrEP-AP)의 자격 여부를 결정하는 데 사용됩니다. Homecare와 ADAP Plus Insurance Continuation에는 추가 서류작업이 필요합니다. 프로그램이나 신청서를 작성하는 데 질문이 있으면 비밀 보장 핫라인 1-800-542-2437 또는 1-844-682-4058로 연락 주시기 바랍니다.

이 신청서를 빠짐없이 정자체로 잘 보이게 작성하십시오.

### A. 신청자 정보

성 \_\_\_\_\_ 이름 \_\_\_\_\_ 중간이름 이니셜 \_\_\_\_\_

사용하는 다른 이름 \_\_\_\_\_

생년월일(월/일/년) \_\_\_\_\_ 사회 보장 번호 \_\_\_\_\_

주소 거주지 증빙 서류가 필요합니다.

거리 \_\_\_\_\_ 아파트 호수 \_\_\_\_\_

시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

프로그램 정보를 기재된 주소로 보내도 괜찮습니까?  예  아니요 *아니요라면 설명과 함께 대체할 주소를 기재하십시오.*

### 전화

전화번호1 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 전화번호2 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

음성 메시지를 남겨도 괜찮습니까?  예  아니요

성별 해당하는 내용에 모두 선택하십시오.  여성  남성  트랜스젠더  성별 둘 다 아님

인종  백인  흑인/아프리카계 미국인  원주민/알래스카인

아시아계:  인도인  중국인  필리핀인  일본인  한국인  베트남인  기타 아시아인

하와이 원주민/태평양 섬 원주민:  하와이 원주민  괌 또는 차모르 사람  사모아인  기타 태평양 섬 원주민

하나의 인종 이상  기타 \_\_\_\_\_

민족  비히스패닉

히스패닉/라틴계:  멕시코인, 멕시코계 미국인, 차카노(a)  푸에르토리코인  쿠바인  기타 히스패닉 또는 스페인계

선호 언어  영어  스페인어  기타 \_\_\_\_\_

언어 지원 서비스가 필요하십니까?  예  아니요

결혼 여부  미혼  기혼, 배우자와 동거 중  기혼, 배우자와 별거 중

### B. 건강 의료 보장

다른 건강 의료 보장이 있습니까? (개인 정책, HMO, 조합, 은퇴, Medicare 또는 기타 건강 보험)  예  아니요

Medicare라면 무슨 유형입니까?  A: 병원  B: 일차 치료  C: Medicare 혜택 플랜  D: 처방약

건강 보험료를 납부하십니까?  예  아니요

건강 보험이 있다면 카드의 앞면과 뒷면의 사본을 보내주십시오.

건강 보험료 납부에 대한 도움 방법을 확인하려면 1-800-542-2437 또는 1-844-682-4058로 프로그램 당국에 연락해 주십시오.

### Medicaid

Medicaid 스펠드다운이 있다면 금액을 입력해 주십시오. \$ \_\_\_\_\_

Medicaid 가입을 거부당했다면 이유를 알려주십시오. \_\_\_\_\_

**C. 신청자 및 가구 구성원의 소득 소득 증빙 서류가 필요합니다.**

1인 가구  구성원과 동거  홈리스/보호소  교정 석방

신청자 및 모든 가구 구성원의 모든 소득원을 각각 기재하십시오.

가구 구성원 성명*	생년월일	관계 <b>본인</b>
소득원	총 소득액	빈도 <input type="checkbox"/> 주급 <input type="checkbox"/> 2주에 한 번씩 <input type="checkbox"/> 월급 <input type="checkbox"/> 1년에 한 번씩
가구 구성원 성명*	생년월일	관계
소득원	총 소득액	빈도 <input type="checkbox"/> 주급 <input type="checkbox"/> 2주에 한 번씩 <input type="checkbox"/> 월급 <input type="checkbox"/> 1년에 한 번씩
가구 구성원 성명*	생년월일	관계
소득원	총 소득액	빈도 <input type="checkbox"/> 주급 <input type="checkbox"/> 2주에 한 번씩 <input type="checkbox"/> 월급 <input type="checkbox"/> 1년에 한 번씩
가구 구성원 성명*	생년월일	관계
소득원	총 소득액	빈도 <input type="checkbox"/> 주급 <input type="checkbox"/> 2주에 한 번씩 <input type="checkbox"/> 월급 <input type="checkbox"/> 1년에 한 번씩

\*기재된 가구 구성원이 프로그램 당국과 대화하기를 원하시면, 아래 D 섹션에 기타 연락처로 이름을 남겨주십시오.

**D. 기타 연락처**

이 신청서에 서명함으로써 본인은 Uninsured Care 프로그램이 본인의 신청서와 관련하여 다음 사람과 대화할 권한을 부여합니다 (예: 사회복지사, 케이스 매니저, 가족).

이름	기관	관계	전화번호
_____	_____	_____	(____) _____
_____	_____	_____	(____) _____
_____	_____	_____	(____) _____

**E. 증명서 및 서명**

본인은 이 신청서의 모든 정보가 사실이고 정확하며 본인이 New York State 거주자임을 확인합니다. 본인은 다음 사항을 이해합니다.

이 정보는 State of New York 연방 기금을 수급하는 것과 관련이 있습니다. 프로그램 담당자는 이 양식에 대한 정보를 검증합니다. 프로그램 담당자는 주기적으로 본인의 Medicaid 상태와 Medicaid 명세서를 검사할 수 있습니다.

**이 신청서에 본인이 의도적으로 정보를 잘못 기재했다면 본인에 지급된 혜택 금액을 환불하고 뉴욕주 및 연방 법령에 따라 기소를 받을 수 있습니다.**

본인은 Uninsured Care 프로그램에 따른 혜택을 신청하며 본인의 치료 목적, 건강 보험 서비스 지불, 건강 보험료 지불 및 프로그램 건강 관리 운영에 필요한 정보를 사용하고 공개하는 데 동의합니다.

신청자 서명(또는 신청자가 미성년자인 경우 법적 보호자)

날짜

기록을 위해 양식의 사본을 보관하고 원본과 모든 서류는 다음의 주소로 송부하십시오.  
UNINSURED CARE PROGRAMS, EMPIRE STATION, P.O. BOX 2052, ALBANY, NY 12220-0052