NEW YORK STATE | Department of Health

access NY health care

건강 보험

고령자, 장애인 그리고 그 외 특정 대상자용

신청서

안내

기밀 유지 이 신청서에 제공한 모든 정보는 기밀로 유지됩니다. 해당 정보를 열람하는 사람은 귀하(신청자)와 가족 구성원의 적격 여부를 확인하기 위해 해당 정보를 알아야 하는 Assistors와 주/지방 정부 기관 및 의료 보험사뿐입니다. 신청서 작성을 돕는 담당자는 해당 정보가 필요한 감독관 또는 주/지방 정부 기관 또는 의료 보험사를 제외한 누구와도 이 정보를 논할 수 없습니다.

이 신청서의 목적 진료비를 보장받을 수 있는 건강 보험을 원하는 경우 이 신청서를 작성하십시오. 이 신청서는 Medicaid, 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 지역 사회복지부에 전화해 주십시오. 귀하의 어려움을 해결할 수 있는 합리적인 방안을 제공하기 위해 최선의 노력을 다할 것입니다.

읽어보십시오 신청서 작성 전 전체 신청서 팜플렛을 읽어보십시오. 65세 이상, 맹인, 장애 판정을 받거나 자활 능력이 없다는 판정을 받은 상태 및/또는 요양 치료 보장을 신청하는 경우에는 보완 서류 A와 함께 본 신청서를 완전히 작성해야 합니다. 보완 서류 A에는 은행 잔고나 개인 소유 자산 등과 같은 재원에 대한 질문이 포함됩니다. 본 신청서는 또한 임신했거나 19세 미만인 개인이 제공자를 통해 신청할 때도 사용됩니다. 임신한 개인 또는 19세 미만의 미성년자용으로 신청하는 경우, 섹션 A에서 G, I와 J만 작성해야 합니다.

그 외 다른 Medicaid 신청자는 NY State of Health를 통해 신청해야만 합니다. 웹사이트 https://nystateofhealth.ny.gov/를 방문하거나, 또는 전화 1-855-355-5777로 NY State of Health와 연락할 수 있습니다.

신청서에서 **증빙서류 제출** 라는 단어를 볼 때마다 4~6페이지의 "건강 보험 신청 시 필요한 서류" 섹션을 참조하여 허용되는 지원 문서 목록을 조회해 보십시오.

도움을 얻는 방법 공공 건강 보험을 신청할 때에는 면담을 위해 지역 사회복지부 또는 Assistor를 방문할 필요가 없습니다. 그러나 본 신청서를 작성하는 데 도움을 드리기 위해 Assistor에게 연락을 받거나 연락해야 할 수도 있습니다. 이 신청서를 받은 곳에서 또는 1-800-698-4543에 전화하여 Assistor 목록을 받으실 수 있습니다. 1-800-541-2831 번으로 Medicaid 헬프라인에 연락하실 수도 있습니다. 모든 도움은 무료로 제공됩니다.
(청각 장애가 있는 분을 위한 1-877-898-5849 TTY 라인)
본 신청서를 작성한 후에 거주 중인 카운티 내 지역 사회복지부로 우편 제출/반송해 주십시오.
https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

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 보험 카드 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 가족 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. 또한 출생 도시, 주, 카운티도 적어주십시오. 미국 이외 지역에서 태어난 경우에는 출생 국가도 기재해 주십시오. 신청자 모두에 대해 모친의 결혼 전 성명이 필요합니다. 이 정보는 특정 상황에서 신청자의 출생 날짜 증명서를 얻기 위해 필요할 수 있습니다.

- **해당자가 임신 중입니까?** 그렇다면 출산 예정일은 언제입니까? 이 정보는 가족 규모를 알아내는 데 도움이 됩니다. 임신한 사람은 두 명으로 계산됩니다.
- **라인 1에 기재한 사람과의 관계.** 라인 1에 기재한 사람(예, 배우자, 자녀, 의붓 자녀, 형제, 자매, 조카 등)과의 관계가 어떻게 되는지 설명해 주십시오.
- **공공 의료 보장.** 본인이나 동거인 중 누구라도 Medicaid, Family Planning Benefit Program 또는 Supplemental Nutrition Assistance Program(SNAP)과 같은 형식의 공공 지원을 받기 위해 이미 등록한 상태이거나 이전에 등록한 적이 있는 경우, 저희에게 어떤 프로그램인지 알려주셔야 합니다. 또한, New York State 혜택 신분 카드에 기재된 신분 확인 번호도 알려주십시오.
- **소셜 시큐리티 번호.** 신청자 모두의 소셜 시큐리티 번호가 제공되어야 합니다(있을 경우). 소셜 시큐리티 번호가 없는 사람의 경우에는 이 확인란을 비워두십시오.
- **시민권 및 이민 상태.** 건강 보험 신청자만 해당하는 정보입니다. 건강 보험 가입 자격을 얻으려면 19세 이상 성인은 미국 시민이거나 합법적 거주자여야 합니다. 당국에서 미국 시민권 및 신분을 연방 데이터베이스에서 전자적으로 증명할 수 없다면, 미국 시민권 및 신분 서류를 보여주셔야 합니다. 해당 지역 사회복지부에 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.
- **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 가족 소득(받은 돈)

- 이 섹션에서는 섹션 B에 기재한 사람으로부터 받은 모든 종류의 소득(받은 돈) 및 금액을 기재하십시오.
- 세전 소득을 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. 지급하고 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. 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. 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.

다음 3개월 이내에 65세가 되시거나 65세 이상인 경우, Medicare 프로그램을 통해 추가 의료 혜택을 받을 수 있습니다. Medicaid 자격 조건으로 Medicare를 신청해야 합니다. Medicare는 소득과 관계없이 65세 이상 및 장애가 있는 특정 사람들을 위한 연방 건강 보험 프로그램입니다. Medicare와 Medicaid를 모두 이용하고 계시다면, Medicare가 먼저 비용을 지불하고 Medicaid가 다음으로 비용을 지불합니다. 다음에 해당한다면 Medicare를 신청하십시오.

- 만성 신장부전증(말기 신장질환/ESRD) 또는 루게릭병(ALS)을 앓고 있는 경우 **또는**
- 다음 3개월 내에 65세가 되시거나 이미 65세 이상이고 소득이 Medicaid 소득 수준 이하인 경우(가족 규모에 따라 1인 개인 또는 결혼한 부부). 이에 해당한다면 Medicaid 프로그램에서 귀하의 보험료를 지불하거나 Medicare 보험료를 상환해 드릴 수 있습니다. Medicaid 프로그램에서 귀하의 보험료를 지불하거나 보험료 상환을 할 수 있다면, 귀하는 Medicaid 자격 조건으로 Medicare를 신청해야 합니다. 시민 및 합법적 영주권자로 반드시 미국에서 연속 5년 동안 거주했던 사람만 Medicare를 신청해야 합니다. 많은 이민자 및 비시민권자에게는 Medicare를 신청할 의무가 없습니다.

섹션 E 주거비

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

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 청구가 발생한 해당 월을 알려주십시오. 이 신청서에 진료 청구서 사본을 포함시켜 주십시오. 참고: 여기서의 3개월 기간은 지역 사회복지부가 신청서를 받거나 또는 귀하가 신청을 위해 Assistor와 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 미만의 미성년자 자녀가 신청하는 경우 그 **부모**를 가리킵니다. 질문 3은 신청자의 **배우자**를 가리킵니다.
- **신청하는 부모**가 이 정보를 제공할 용의가 없더라도 자녀에게는 여전히 Medicaid에 가입할 자격이 있습니다.

섹션 I 건강 보험 선택

건강 보험이란? Medicaid 자격에 충족된다면 관리 케어(Managed Care) 건강 보험을 통해 의료 서비스 보장을 받아야 할 수 있습니다. 관리 케어 건강 보험은 의료진, 클리닉, 병원 및 약국의 네트워크로 협력하여 대상자들에게 고품질 의료 서비스를 제공합니다. 건강 보험에 가입할 때에는 해당 보험에서 귀하의 일반적인 건강 및 의료적 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 귀하의 플랜의 네트워크에서 PCP를 통해 하나를 소개받게 됩니다.

건강 보험을 선택해야 하는 사람은? 대부분의 Medicaid 가입 자격이 있는 사람들은 Medicaid 혜택을 극대화할 수 있는 건강 보험을 **반드시** 선택해야 합니다. 이에 대한 정보를 얻는 방법에 대해 계속해서 찾아보십시오.

어떤 건강 보험을 선택하고, 가입이 가능한지 알 수 있는 방법은?
Medicaid의 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, 지역 사회복지부로 방문, 또는 전화하십시오. 관리 케어 교육 자료집을 요청하십시오. 건강 보험에 관한 정보는 NYS Department of Health 웹사이트 **www.nyhealth.gov**에도 나와 있습니다. **1-800-505-5678**로 전화하여 등록하실 수도 있습니다.

참고: 귀하 또는 가족 구성원이 Medicaid 자격을 충족하며, 아메리카 원주민/알래스카 원주민이라면 건강 보험에 들 필요가 없습니다. 등록을 원하지 않는다고 적힌 신청서의 칸에 체크 표시하거나 지역 사회복지부에 서면 또는 전화로 등록을 원치 않는다고 알리지 않는 이상 선택한 건강 보험에 **등록될 것**입니다.

섹션 J 서명

이 섹션의 문단을 주의 깊게 읽어보고 **조건, 권리 및 책임** 섹션을 읽어보십시오. 그런 다음 신청에 서명하고 날짜를 기재해야 합니다. 신청서를 귀하가 거주하는 카운티의 local department of social services에 보내야 한다는 점을 기억하십시오.

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 **모두**를 보여줄 필요는 없습니다. 귀하 또는 신청하는 다른 사람에게 적용되는 서류만 필요합니다. 당국에서 미국 시민권 및 신분을 연방 데이터베이스에서 전자적으로 증명할 수 없다면, 미국 시민권 및 신분 서류를 보여주셔야 합니다. 미국 시민권 또는 신분 서류 원본을 우편으로 보내지 마십시오. 자격을 판단하는 데 필요한 다른 서류의 사본은 신청서와 함께 우편으로 송부하실 수 있으며, 또는 local department of social services에 방문하여 제출하셔도 됩니다. 해당 local department of social services에 문의하거나 1-800-698-4543으로 전화하여 이들 서류를 받을 수 있는 곳을 알아보십시오.

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

다음 문서 중 하나를 제시하여 미국 시민권, 신분 및 생년월일 두 가지를 증명할 수 있습니다.

- ☐ 미국 여권/카드
- ☐ 귀화증명서(DHS 서식 N-550 또는 N-570)
- ☐ 미국시민권증명서(DHS 서식 N-560 또는 N-561)
- ☐ NYS 강화형 운전면허증(EDL).
- ☐ 연방정부 공식 부족이 발행한 북아메리카 원주민 증명서

상기 서류 중 가능한 것이 없다면, 미국 시민권 목록에서 하나의 서류, 그리고 신분 목록에서 하나의 서류를 이용해 귀하의 시민권 및/또는 신분을 증명할 수 있습니다.
이 목록은 모든 것을 포괄하는 것은 아닙니다. 이들 서류 중 하나도 없는 경우에는 지침의 "도움을 얻는 방법" 섹션을 참조하십시오.

옆에 *표시가 있는 문서 또한 생년월일 표시

미국 시민권(하나를 제출)

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

및

신분 증명 (하나를 제출)

- ☐ 사진이 있는 주 운전면허증 또는 ID 카드*
- ☐ 연방, 주, 지방 정부 기관에서 발행한 ID 카드
- ☐ 국방 카드나 징병 기록, 또는 미 해안 경비 선원 카드
- ☐ 사진이 있는 학교 ID 카드(생년월일 표시)
- ☐ 사진이 있는 인디언 혈통 또는 기타 아메리카 원주민/알래스카 원주민 증명서
- ☐ 검증된 학교, 탁아, 보육 기록(18세 미만) (생년월일 표시)
- ☐ 병, 의원 또는 진료 기록(18세 미만 미성년자)*

생년월일이 표시된 서류가 하나도 없는 경우에는 다음 중 하나를 다시 제출해야 합니다.

- ☐ 혼인 증명서
- ☐ NYS Benefit Identification Card

***다음 날짜** _____ **까지 요청된 문서를 반송해 주십시오. 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 (USCIS) 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. 반드시 세 가지 모두 증명해야 합니다.
옆에 *표시가 있는 문서 또한 생년월일 표시

이민 상태/신분

- ☐ I-551 영주권("그린카드")*
- ☐ I-688B 또는 I-766 노동 허가증*

이민 상태(추가 신분증명서 필요)

- ☐ I-94 출입국 기록*
- ☐ USCIS 서식 I-797 소송고지

DOB/신분, 추가 이민 상태 서류 필요

- ☐ 비자
- ☐ 미국 여권

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(지난 6개월 이내에 발행된 경우)
- ☐ 주소가 있는 정부 ID 카드
- ☐ 소인이 찍힌 봉투 또는 엽서(사서함으로 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

- ☐ 급여 지급 수표
- ☐ 회사 로고가 새겨진 편지지에 서명하고 날짜를 기재한 고용주로부터의 서한
- ☐ 비즈니스/급여 기록

자영업

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

실업 수당

- ☐ 수여 서한/인증서
- ☐ NYS Department of Labor의 월례 급여(수당)명세서
- ☐ NYS Department of Labor 웹사이트(www.labor.ny.gov)에 게시된 수령인 계좌 정보 인쇄물
- ☐ 인쇄된 직불카드 사본
- ☐ NYS Department of Labor 서신

개인 연금/연금 보험

- ☐ 연금/연금 보험 명세서

소셜 시큐리티

- ☐ 수여 서한/인증서
- ☐ 연례 급여(수당) 명세서
- ☐ Social Security Administration 서신

산재 보험

- ☐ 수여 서한
- ☐ 수표 증빙

자녀 양육/이혼(별거) 수당

- ☐ 양육비 지원자 서한
- ☐ 법원 서한
- ☐ 아동 양육/이혼 수당 수표
- ☐ 인쇄된 NY EPPICard 사본
- ☐ **www.childsupport.ny.gov**에 게시된 자녀 양육 회계 정보 사본
- ☐ 계좌 입금을 표시하는 은행 거래 내역서 사본

재향 군인 수당

- ☐ 수여 서한
- ☐ 수당 보관용 수표
- ☐ 미 재향군인회 서한

군 수당

- ☐ 수여 서한
- ☐ 수표 증빙

임대 또는 민박업 수입

- ☐ 방 이용자, 하숙인, 세입자의 서한
- ☐ 수표 증빙

이자소득/배당소득/인세

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

건강 보험 신청 시 필요한 서류

직장에 나가 있는 시간 동안 자녀나 가족 중 성인에 대한 관리 비용을 지급하는 경우, 다음 중 하나를 제출하십시오.

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

귀하 또는 귀하의 배우자가 법원에서 명령한 양육비를 지급해야 하는 경우 다음을 제출하십시오.

- ☐ 법원 명령

적용되는 건강 보험 증명서 모두를 제출하십시오.

- ☐ 현재 보험 증명서(보험증서, 보험증명서 또는 보험카드)
- ☐ 건강 보험 종료 서한
- ☐ Medicare 카드(레드, 화이트, 블루 카드)
- ☐ Medicare 신청서 확인서
- ☐ Medicare 지급 또는 거절 서신

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

지난 3개월 동안의 의료비에 대한 적격성 판정을 위한 절차입니다.

- ☐ 비용이 발생한 달에 대한 소득 증명서
- ☐ 비용이 발생한 달에 대한 거주지/자택 주소(본 신청서의 섹션 A에서 명시한 주소와 다를 경우)
- ☐ 비용 지급 여부와 관계없이 지난 3개월 동안의 진료 청구서

자산(65세 이상이거나 맹인, 장애 판정을 받고 21세 미만의 함께 사는 자녀가 없는 경우에만 해당):

- ☐ 은행 계좌 명세서: 당좌, 저축, 퇴직(IRA and Keogh)
- ☐ 주식, 채권, 증권 내역서
- ☐ 생명보험증권 사본
- ☐ 상조 또는 장지 증서 또는 장례 계약 사본
- ☐ 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

검정 펜이나 파란 펜으로 분명하게 기재하십시오. 불완전하게 작성한 신청서는 처리되지 않으며 신청 결정을 지연하는 요소가 될 수 있습니다.

섹션 A 신청자 정보 귀하의 신분 및 연락처를 기재해 주십시오.

법적 이름	중간 이니셜	법적 성

기본 전화 번호 ☐ 자택 ☐ 휴대전화 ☐ 직장 ☐ 기타	다른 전화 번호 ☐ 자택 ☐ 휴대전화 ☐ 직장 ☐ 기타	사용 가능한 언어: 말하기 / 읽기

자택 주소(건강 보험 신청자) **증빙서류 제출** ☐ 자택이 없는 경우 여기에 체크하십시오.	**거리**		**아파트 호수**	
	도시	**주**	**우편번호**	**카운티**
우편물 수령 주소(건강 보험 신청자, 주소가 위와 다를 경우)	**거리**		**아파트 호수**	
	도시		**주**	**우편번호**
선택 사항: Medicaid 통지를 받게 하고 싶은 다른 사람이 있는 경우 이 사람의 연락처 정보를 제시하십시오. 해당인에 대한 요청: 해당하는 모두에 체크 표시 ☐ 본인을 대신해 Medicaid를 신청하거나 갱신 ☐ 필요할 경우 본인의 Medicaid 신청 또는 사례 논의 ☐ 공지 및 서신 수신	**성명**		**주**	
	거리		**아파트 호수**	**우편번호**
	도시		**전화 번호**	☐ 자택 ☐ 휴대전화 ☐ 직장 ☐ 기타

중요 통지 사항
시각 장애가 있는 신청자가 이용할 수 있는 옵션

시각 장애가 있고 대안 형식으로 정보가 필요하시면 당국으로부터 받고 싶은 우편 유형에 체크 표시하십시오.

- ☐ 일반 통지서 및 큰 활자 통지서
- ☐ 일반 통지서 및 데이터 CD 통지서
- ☐ 일반 통지서 및 오디오 CD 통지서
- ☐ 일반 통지서 및 점자 통지서(귀하가 다른 대안 형식은 귀하에게 동일한 효과가 없다고 주장하는 경우)

  해당 가구에 살고 계시다면 본인부터 시작하십시오. 해당 가구에 살고 계시지 않다면 살고 있는 다른 성인부터 시작하십시오.

NEW YORK STATE MEDICAID 프로그램(MEDICARE SAVINGS PROGRAM 및 FAMILY PLANNING BENEFIT PROGRAM 포함)에서 집행하는 혜택에 대한 신청서는 큰 활자와 데이터 형식으로 이용 가능합니다. 신청서 오디오 및 점자 버전은 정보 전달 목적으로만 이용 가능합니다.

섹션 B 가족 정보

해당 가구에 살고 계시다면 본인부터 시작하십시오. 해당 가구에 살고 계시지 않다면 살고 있는 다른 성인부터 시작하십시오. Medicaid를 신청하거나 이를 이미 받고 있는 사람의 성명을 기재하고 **Benefit Card 또는 건강 보험 ID 카드의 ID 번호를 기재하십시오. 반드시** 부모, 계부모, 배우자를 포함한 가족 구성원의 정보를 제공해야 합니다. 기타 가정 구성원에 대한 정보를 제시할 수도 있습니다(예: 21세 미만 독립 자녀). **기타 가족 구성원을 기재하면 귀하에게 더 높은 자격 수준을 부여할 수 있습니다. 임신했거나 19세 미만인 신청자는 이민 상태와 상관없이 보험 자격이 있을 수 있습니다.** New York State에서는 귀하의 성별, 성 정체성 또는 표현과 관계없이 주의 혜택에 접근할 수 있는 권리를 보장합니다. 가구 구성원의 현재 신분을 제공하고 싶다면 성 정체성도 선택해 주십시오.

		생년월일 **증빙서류 제출** 성별	*성 정체성 (선택 사항)	해당인이 건강 보험을 신청했습니까?	해당인이 임신 중입니까?	해당인이 신청하는 자녀의 부모입니까?	확인란 1에 기재한 이와 어떤 관계입니까?	해당인이 공공 의료 보장을 받고 있거나 과거에 받은 경우에는 적용되는 항목에 체크하십시오.	소셜 시큐리티 번호 (있는 경우)	귀하의 현재 시민권 또는 이민 신분을 나타내는 확인란에 표시하십시오. **증빙서류 제출**	인종/민족 그룹 (선택 사항)	††IHS로부터의 서비스, 또는 다른 원주민 건강 프로그램을 받았습니까?
1	법적 이름, 중간 이름, 성 결혼 전 성명 (결혼하기 전 출생 시 이름) 도시 출생 주 출생 국가	__/__/____ ☐ 남성 ☐ 여성 ☐ X	☐ 남성 ☐ 여성 ☐ 논바이너리/생물학적 성에 불응 ☐ X ☐ 성전환자 ☐ 다른 정체성 귀하의 정체성을 설명하십시오 (선택 사항).	☐ 예 ☐ 아니요	☐ 예 ☐ 아니요 출산 예정일이 언제입니까? __/__/__	☐ 예 ☐ 아니요	본인	☐ 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	☐ B - 흑인 또는 아프리카계 미국인 ☐ I - 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민 ☐ W - 백인 ☐ U- 알 수 없음 ☐ **A - 아시아인 ☐ **U - 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민 †기타 AAPI _____ 히스패닉계나 라틴계일 경우에도 알려주십시오 ☐ H - 히스패닉 또는 라티노	☐ 예 ☐ 아니요
2	법적 이름, 중간 이름, 성 결혼 전 성명 (결혼하기 전 출생 시 이름) 도시 출생 주 출생 국가	__/__/____ ☐ 남성 ☐ 여성 ☐ X	☐ 남성 ☐ 여성 ☐ 논바이너리/생물학적 성에 불응 ☐ X ☐ 성전환자 ☐ 다른 정체성 귀하의 정체성을 설명하십시오 (선택 사항).	☐ 예 ☐ 아니요	☐ 예 ☐ 아니요 출산 예정일이 언제입니까? __/__/__	☐ 예 ☐ 아니요		☐ 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	☐ B - 흑인 또는 아프리카계 미국인 ☐ I - 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민 ☐ W - 백인 ☐ U- 알 수 없음 ☐ **A - 아시아인 ☐ **U - 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민 †기타 AAPI _____ 히스패닉계나 라틴계일 경우에도 알려주십시오 ☐ H - 히스패닉 또는 라티노	☐ 예 ☐ 아니요

증빙서류 제출 신분, 시민권 또는 이민 상태를 증명하는 서류 목록은 4~6페이지 지침의 "건강 보험 신청 시 필요한 서류"를 참조하십시오.

*성 정체성: 성 정체성은 본인이 자신을 어떻게 인지하고 부르는가를 말합니다. 성 정체성은 출생 시 가지고 있던 성별과 같을 수도, 다를 수도 있습니다.

**A-아시아인, P-하와이 원주민 또는 태평양 섬 주민을 선택한 경우 기타 AAPI에 대한 아래 정보를 참조하십시오.

†기타 아시아계 미국인/태평양 섬 주민(선택 사항) - 본인의 AAPI 하위 그룹을 명시하십시오. 이 커뮤니티에서 하위 그룹은 중국인, 일본인, 필리핀인, 한국인, 베트남인, 캄보디아인, 인도네시아인, 파키스탄인, 스리랑카인, 대만인, 하와이 원주민, 사모아인, 통가인, 괌인 또는 차모로인, 마샬인, 피지인 등을 말합니다.

††Indian Health Service(IHS), Tribal Health Program, Urban Indian Health Program 또는 IHS로부터의 의뢰를 통해 이러한 프로그램을 받은 적이 있습니까?

섹션 B 가족 정보 이전 페이지에서 계속

		생년월일 **증빙서류 제출** 성별	*성 정체성 (선택 사항)	해당인이 건강 보험을 신청했 습니까?	해당인이 임신 중입니까?	해당인이 신청하는 자녀의 부모입 니까?	확인란 1에 기재한 이와 어떤 관계입니까?	해당인이 공공 의료 보장을 받고 있거나 과거에 받은 경우에는 적용되는 항목에 체크하십시오.	소셜 시큐리티 번호 (있는 경우)	귀하의 현재 시민권 또는 이민 신분을 나타내는 확인란에 표시하십시오. **증빙서류 제출**	인종/민족 그룹 (선택 사항)	††IHS로부터의 서비스, 또는 다른 원주민 건강 프로그램을 받았습니까?
3	_____ 법적 이름, 중간 이름, 성 _____ 결혼 전 성명 (결혼하기 전 출생 시 이름) _____ 도시 _____ 출생 주 출생 국가	__/__/____ ☐ 남성 ☐ 여성 ☐ X	☐ 남성 ☐ 여성 ☐ 논바이너리/생물학적 성에 불응 ☐ X ☐ 성전환자 ☐ 다른 정체성 귀하의 정체성을 설명하십시오 (선택 사항). _____	☐ 예 ☐ 아니요	☐ 예 ☐ 아니요 출산 예정일이 언제입니까? __/__/__	☐ 예 ☐ 아니요		☐ 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	☐ B - 흑인 또는 아프리카계 미국인 ☐ I - 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민 ☐ W - 백인 ☐ U- 알 수 없음 ☐ **A - 아시아인 ☐ **U - 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민 †기타 AAPI _____ 히스패닉계나 라틴계일 경우에도 알려주십시오 ☐ H - 히스패닉 또는 라티노	☐ 예 ☐ 아니요
4	_____ 법적 이름, 중간 이름, 성 _____ 결혼 전 성명 (결혼하기 전 출생 시 이름) _____ 도시 _____ 출생 주 출생 국가	__/__/____ ☐ 남성 ☐ 여성 ☐ X	☐ 남성 ☐ 여성 ☐ 논바이너리/생물학적 성에 불응 ☐ X ☐ 성전환자 ☐ 다른 정체성 귀하의 정체성을 설명하십시오 (선택 사항). _____	☐ 예 ☐ 아니요	☐ 예 ☐ 아니요 출산 예정일이 언제입니까? __/__/__	☐ 예 ☐ 아니요		☐ 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	☐ B - 흑인 또는 아프리카계 미국인 ☐ I - 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민 ☐ W - 백인 ☐ U- 알 수 없음 ☐ **A - 아시아인 ☐ **U - 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민 †기타 AAPI _____ 히스패닉계나 라틴계일 경우에도 알려주십시오 ☐ H - 히스패닉 또는 라티노	☐ 예 ☐ 아니요
5	_____ 법적 이름, 중간 이름, 성 _____ 결혼 전 성명 (결혼하기 전 출생 시 이름) _____ 도시 _____ 출생 주 출생 국가	__/__/____ ☐ 남성 ☐ 여성 ☐ X	☐ 남성 ☐ 여성 ☐ 논바이너리/생물학적 성에 불응 ☐ X ☐ 성전환자 ☐ 다른 정체성 귀하의 정체성을 설명하십시오 (선택 사항). _____	☐ 예 ☐ 아니요	☐ 예 ☐ 아니요 출산 예정일이 언제입니까? __/__/__	☐ 예 ☐ 아니요		☐ 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	☐ B - 흑인 또는 아프리카계 미국인 ☐ I - 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민 ☐ W - 백인 ☐ U- 알 수 없음 ☐ **A - 아시아인 ☐ **U - 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민 †기타 AAPI _____ 히스패닉계나 라틴계일 경우에도 알려주십시오 ☐ H - 히스패닉 또는 라티노	☐ 예 ☐ 아니요

가구 내 퇴역 군인이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 있는 경우, 해당자 이름: _____

증빙서류 제출 신분, 시민권 또는 이민 상태를 증명하는 서류 목록은 4~6페이지 지침의 "건강 보험 신청 시 필요한 서류"를 참조하십시오.

*성 정체성: 성 정체성은 본인이 자신을 어떻게 인지하고 부르는가를 말합니다. 성 정체성은 출생 시 가지고 있던 성별과 같을 수도, 다를 수도 있습니다.

**A-아시아인, P-하와이 원주민 또는 태평양 섬 주민을 선택한 경우 기타 AAPI에 대한 아래 정보를 참조하십시오.

†기타 아시아계 미국인/태평양 섬 주민(선택 사항) - 본인의 AAPI 하위 그룹을 명시하십시오. 이 커뮤니티에서 하위 그룹은 중국인, 일본인, 필리핀인, 한국인, 베트남인, 캄보디아인, 인도네시아인, 파키스탄인, 스리랑카인, 대만인, 하와이 원주민, 사모아인, 통가인, 괌인 또는 차모로인, 마샬인, 피지인 등을 말합니다.

††Indian Health Service(IHS), Tribal Health Program, Urban Indian Health Program 또는 IHS로부터의 의뢰를 통해 이러한 프로그램을 받은 적이 있습니까?

섹션 C 가족 소득

섹션 B에 기재한 모든 사람으로부터 받은 돈의 유형 및 금액을 작성한 다음 **증빙서류 제출**

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 Security Benefits, 장애인수당, 실업수당, 이자 및 배당금, 국가유공자 혜택, 산재 보험, 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 상관없이 매달 받는 생활비 지원금 포함). 기부 소득이 없는 경우 여기에 체크하십시오. ☐

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

기타: Temporary (cash) Assistance, Supplemental Security Income(SSI) 지불, 학비 보조금, 또는 대출금. 없는 경우 여기에 체크하십시오. ☐

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

섹션 B에서 귀하 또는 신청하는 성인이 소득이 없을 경우 누구인지 알려주십시오.

1. 위와 같은 소득이 없을 경우, 생계를 어떻게 유지하고 있는지 알려주십시오 (예: 친구 또는 친지와 함께 거주).
2. 귀하 또는 신청자 중 지난 3개월 이내에 직장을 바꾸거나 일을 그만둔 사람이 있습니까? ☐ 아니요 ☐ 예
   해당하는 경우, 마지막 직업: 날짜 / / 직장명:
3. 귀하 또는 신청자 중 직업학교, 학부, 대학원 학생이 있습니까? ☐ 아니요 ☐ 예
   해당하는 경우, ☐ 전일제 ☐ 시간제 ☐ 학부생 ☐ 대학원생 학생 이름: _____
4. 직장에 나가거나 학교에 가기 위해 보육(또는 성인 장애인 간호)를 위해 비용을 지급해야 합니까? ☐ 아니요 ☐ 예

어린이/성인 이름:	소득 규모 $	빈도 (주간, 격주간, 월간)
어린이/성인 이름:	소득 규모 $	빈도 (주간, 격주간, 월간)
어린이/성인 이름:	소득 규모 $	빈도 (주간, 격주간, 월간)

5. Medicaid 적용 대상이 아니더라도 Family Planning Benefit Program 가입 자격이 될 수는 있습니다. Family Planning Services에 대한 보장 내역 수신에만 관심이 있습니까? ☐ 아니요 ☐ 예
6. 귀하 또는 배우자/다른 부모가 법원에서 명령한 양육비를 지급해야 합니까? ☐ 아니요 ☐ 예 해당자 금액은 얼마입니까? $

섹션 D 건강 보험

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

1. 신청자 중 Medicare가 있는 사람이 있습니까? ☐ 아니요 ☐ 예
증빙서류 제출

있는 경우, 각 Medicare 수혜자에 대해 카드(레드, 화이트, 블루 카드) 사본을 포함하십시오. 이 신청서의 나머지 부분을 작성하고 보완 문서 A를 작성하십시오.

아닌 경우, 또 만성 신장부전증(말기 신장질환/ESRD) 또는 루게릭병(ALS)을 앓고 있거나, 65세 이상이거나 3개월 이내에 65세가 되면서 Medicare가 없다면, Medicare를 신청해야 하며 신청 증빙을 제공해야 합니다. 일부 사람들은 Medicaid 자격 조건으로 MEDICARE를 신청해야 합니다.
2페이지 및 3페이지(섹션 D)에서 자격 요건 관련 추가 정보를 참조하십시오.

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

2. 신청자 중 장기 진료 보험을 비롯해 기타 상업 건강 보험이 이미 있는 사람이 있습니까? ☐ 아니요 ☐ 예
증빙서류 제출

있는 경우, 이 신청서와 함께 보험 증서의 앞뒷면 사본을 보내야 합니다.

피보험자 이름(1차):

보장받는 사람:

정책 비용:

곧 종료되는 경우, 보장 종료일 ____/____/____
월 일 년

3. 귀하의 현재 직장에서는 건강 보험을 제공합니까? ☐ 아니요 ☐ 예
당국에서 그에 대한 지급을 도울 수 있습니다.

그러할 경우, 귀하에게 "고용인 후원 건강 보험 정보에 대한 요청"양식이 전달됩니다.

섹션 E 주거비

1. 재산세 등을 비롯하여 임대료나 대출금과 같은 월 주거비 지불(본인 몫) $

2. 수도를 별도로 지불하는 경우, 얼마입니까? $ **증빙서류 제출**

지불 주기가 어떻게 됩니까? ☐ 매월 ☐ 1년에 2번 ☐ 매분기(1년에 4번) ☐ 1년에 1번

3. 급여의 일부로 무료 주택을 받으십니까? ☐ 아니요 ☐ 예

섹션 F 맹인, 장애인, 만성적 질환 또는 요양 치료

아래의 질문들은 신청자에게 어떤 프로그램이 가장 적합한지 판단하는 데 도움을 줍니다.

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

1. 귀하, 또는 귀하와 함께 살면서 신청하는 사람 중 거주형 요양 시설에 있거나 또는 병원, 요양원 또는 기타 의료 시설에서 요양 치료를 받고 있는 사람이 있습니까? ☐ 아니요 ☐ 예

있는 경우, 이 신청서 작성을 완료하고 보완 문서 A를 작성하십시오.

2. 귀하와 함께 사는 사람 중 맹인이거나 장애가 있거나 또는 만성적 질환을 앓고 있는 사람이 있습니까? ☐ 아니요 ☐ 예

있는 경우, 이 신청서 작성을 완료하고 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? Medicaid가 이 청구서를 지급하거나 귀하의 비용을 상환할 수도 있습니다. ☐ 아니요 ☐ 예
   있는 경우, 해당자 이름:
   이전 3개월 중 진료 청구서를 받은 달이 언제입니까?

   증빙서류 제출 **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? ☐ 아니요 ☐ 예

3. 귀하 또는 귀하와 함께 살면서 신청한 신청자 중 지난 3개월 이내에 다른 주 또는 New York State 카운티에서 이 카운티로 이사온 적이 있습니까? ☐ 아니요 ☐ 예
   있는 경우, 누구입니까?
   어느 주입니까?
   어느 카운티입니까?

4. 신청자 중 상해로 인해 소송이 계류 중인 사람이 있습니까? ☐ 아니요 ☐ 예 있는 경우, 누구입니까?

5. 신청자 중 Workers' Compensation 케이스 또는 타인으로 인한 상해, 질병, 장애를 가진 사람이 있습니까(보험 보상이 가능한 경우)? ☐ 아니요 ☐ 예 있는 경우, 누구입니까?

섹션 H 가족과 함께 살지 않거나 사망한 부/모 또는 배우자

임신한 신청자 및 자녀를 위해서만 신청하는 가족들은 본 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 또는 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. 신청하는 해당자의 배우자 또는 부모가 사망했습니까? (배우자 또는 부모가 사망한 경우 질문 3으로 가십시오.) ☐ 아니요 ☐ 예 해당하는 경우, 부모 또는 배우자가 사망한 신청자 이름

2. 신청하는 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 ☐

자녀 이름:	**집에 살지 않는 부모 이름**	**현재 또는 최근의 알고 있는 주소:**
		거리: 도시/주:
	생년월일(알고 있는 경우): / /	SSN(알고 있는 경우):
자녀 이름:	**집에 살지 않는 부모 이름**	**현재 또는 최근의 알고 있는 주소:**
		거리: 도시/주:
	생년월일(알고 있는 경우): / /	SSN(알고 있는 경우):

3. 신청자 중 집에 함께 살지 않는 사람과 여전히 결혼 상태를 유지하고 있는 사람이 있습니까? ☐ 아니요 ☐ 예 해당하는 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:		**현재 또는 최근의 알고 있는 주소:**
		거리: 도시/주:
	생년월일(알고 있는 경우): / /	SSN(알고 있는 경우):

섹션 I 건강 보험 선택

아래의 질문들은 신청자에게 어떤 프로그램이 가장 적합한지 판단하는 데 도움을 줍니다

Medicare를 받고 있는 경우에는 중지 이 섹션을 넘어가십시오.

중요: Medicaid에 가입한 대부분은 건강 보험을 선택해야 합니다. 건강 보험을 선택하지 않을 경우, 면제 판정을 받지 않는 한 자동으로 하나에 등록됩니다. 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. local department of social services에 전화하거나 방문하셔도 됩니다. 어떤 보험을 원하는지 이미 알고 계신 경우, 보험 선택을 위해 본 섹션을 이용하십시오.

참고: 귀하 또는 가족 구성원이 Medicaid 가입 자격이 있는 것으로 밝혀질 경우에는 귀하가 선택한 건강 보험으로 등록됩니다. 귀하가 아메리카 원주민/알래스카 원주민인 경우, 건강 보험에 가입하지 않아도 됩니다. 지역 사회복지부에 전화를 걸거나 서면을 작성하여, 또는 이 확인란에 체크 표시하여 건강 보험 가입을 원하지 않음을 알릴 수 있습니다 ☐.

법적 성	법적 이름	생년월일	Social Security 번호	등록된 건강 보험 이름	선호하는 의사 또는 의료 센터(선택 사항) 현재 제공자가 있는 경우 체크	OB/GYN(선택 사항)
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	

섹션 J 서명

본인은 본 신청서와 연간 갱신 관련 서류에 기재된 정보를 Medicaid, 섹션 I에 언급된 건강 보험, local department of social services와 신청 지원을 제공하는 기관 사이에서 공유한다는 것에 동의합니다. 이 정보를 신청자에게 서비스를 제공하는 학교 기반 의료 센터와 공유한다는 점에도 동의합니다. 본인은 본 정보가 Medicaid를 신청하는 개인의 적격성 여부를 판별하거나, 이들 프로그램의 성공 정도를 평가하기 위한 목적으로만 공유된다는 사실을 이해합니다. 신청하는 각 개인은 아래 공간의 이 신청서에 서명해야 합니다.

본인은 다음 페이지의 신청 자료집에 포함된 조건, 권리 및 책임을 읽고 이해했습니다. 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 본인이 아는 한도 내에서 본 신청서의 내용은 모두 진실임을 증명합니다.

날짜	성인 신청자 또는 신청자의 승인 대리인의 서명
날짜	성인 신청자 또는 신청자의 승인 대리인의 서명

건강 관리 위임장

New York Health Care Proxy Law에 따라, 본인이 직접 의사 결정을 할 수 없을 경우 믿을 수 있는 사람을 선택하여 나를 대신해 의료 관련 의사 결정을 내리도록 할 수 있습니다. 이러한 사람을 건강 관리 대리인이라고 합니다.

New York State Health Care Proxy Law에 관해 자세히 알아보고 건강 관리 대리인 양식(위임 양식)을 받으려면 New York State Department of Health 웹사이트 www.health.ny.gov/professionals/patients/health_care_proxy를 방문하십시오.

양식을 우편으로 받아보시려면 New York State Medicaid Help Line(1-800-541-2831)으로 전화하십시오.

조건, 권리 및 책임

본 신청서를 작성하고 서명함으로써 Medicaid에 가입을 신청합니다. 본인은 이 신청서 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, 본 신청서의 정보에 변화가 생길 시 이를 즉각 보고한다는 점에 동의합니다.

- 본인은 각 프로그램에 대한 적격성을 증명하기 위해 필요한 정보를 제공해야 한다는 점을 이해합니다. Medicaid를 위해 이 정보를 얻을 수 없을 경우, 지역 사회복지부에 이를 알릴 것입니다. 지역 사회복지부는 정보를 구하기 위해 도움을 줄 수 있습니다.
- 지역 사회복지부 이외의 장소에서 신청하고, 자녀가 이 신청서를 사용하는 Medicaid에 가입 자격이 되지 않는다고 밝혀질 경우, 본인은 지역 사회복지부에 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.
- 본인은 Medicaid에서 보험이나 다른 사람이 지급하기로 되어 있는 의료 비용을 지급하지 않는다는 점, 그리고 Medicaid를 신청할 경우, 배우자 또는 21세 미만 미성년의 부모로부터 의료 지원을 구하고 이를 받을 권리, 그리고 혜택을 받는 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.
- 본인은 Medicaid에 대한 적격성에 인종, 피부색 또는 출신 국가 등이 아무런 영향을 미치지 않는다는 사실을 이해합니다. 또한 프로그램의 요건에 따라, 나이, 장애 여부 또는 시민권 상태가 적격성 여부를 결정할 요인이 된다는 점도 이해합니다.
- 본인의 자녀가 Medicaid에 가입된 경우, 이 자녀가 Child/Teen Health Program을 통해 모든 필요한 치료 등 종합적인 1차 및 예방 진료를 받을 수 있음을 이해합니다. local department of social services로부터 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 Finance는 이 서식의 소득 정보를 검토할 권리가 있습니다.

소셜 시큐리티 번호(SSN)

자격이 없는 비시민이 아니라면 모든 신청자에 대해 SSN이 필요합니다. 이는 연방법 42 U.S.C. 1320b-7 (a) 및 Medicaid 규정 42 CFR 435.910에서 요구하는 것임을 이해합니다. 혜택을 신청하지 않는 가족 구성원의 경우에는 SSN이 필요하지 않습니다. 배우자의 자산 금액이 본인의 적격성에 영향을 미치는 경우, 배우자의 SSN이 제공된다면 자산이 증명될 수 있습니다. 사회보장번호는 New York 및 기타 관할지역의 지역 사회복지부(DSS) 내에서, 또한 DSS와 연방, 주, 지역 기관 간에 여러 방식으로 사용됩니다. SSN의 용도를 몇 가지 예로 들면 다음과 같습니다. 신분 확인, 근로 소득 및 불로 소득 파악, 양육권이 없는 부모가 자녀 대신 건강 보험을 받을 수 있는지 확인, 신청자가 의료 지원을 받을 수 있는지 확인, 신청자가 금전 또는 기타 도움을 받을 수 있는지 확인하고 신청자 및 신청하지 않은 배우자의 자산 정도를 확인하는 것 등입니다. SSN은 중앙 정부 Medicaid 기관 내, 또한 기관 간에 수급자의 신분 파악에 사용하여 수급자에게 적절한 서비스가 제공되었는지 확인할 수도 있습니다.

Medicaid 신청자에 한함

- 학력 기록 공개
  본인은 지역 사회복지부와 New York State가 건강 관련 교육 서비스에 대한 Medicaid 환급 청구에 필요한, 이 문서에 이름이 명시된 본인 자녀의 학력 기록에 관련된 모든 정보를 획득할 권한과, 해당 연방정부 기관이 감사 목적만을 위해 이 정보를 이용할 권한을 부여합니다.
- 조기 중재 프로그램
  본인의 자녀가 New York State Early Intervention Program을 위한 평가를 받거나 이에 참가할 경우, 지역 사회복지부 및 New York주가 Medicaid 청구 목적으로 카운티의 Early Intervention Program과 자녀의 Medicaid 자격 정보를 공유할 수 있도록 허락합니다.
- 의료비 상환
  Medicaid 신청의 일환으로, 또는 나중에 신청한 달 이전 3개월 동안 받은 진료, 의료 서비스 및 의약용품이 보장 대상인 경우 이에 대해 지급한 비용의 상환을 요청할 권리가 있음을 이해합니다. 신청서 날짜 및 해당 날짜가 끝난 이후 본인은 Medicaid benefit card (Common Benefit Identification Card(CBIC))를 받고, 의료적 필요로 보장되는 진료, 의료 서비스 및 의약용품의 환급을 **오직** Medicaid 등록 제공자로부터만 이용할 수 있으며, 더 많은 금액을 지불했다 해도 해당 환급은 서비스가 제공된 시점의 Medicaid 요율 또는 요금으로 제한된다는 점을 이해합니다. 본인은 Medicaid (CBIC) benefit card를 받고 나면, 보장되는 치료 및 서비스를 받기 위해 반드시 본인의 Medicaid 관리 케어 보험의 Medicaid 등록 제공자 또는 네트워크 제공자에게만 방문해야 하며, 본인의 제공자는 반드시 Medicaid 또는 본인의 Medicaid 관리 케어 보험에 청구를 제출하여 의료적 필요 서비스의 지불을 받도록 하여 날짜 이후 발생한 비용에 대해서는 환급이 없으며 직접 지불해야 한다는 사실을 이해합니다.

Medicaid 관리 케어

본인은 속한 카운티에서 어떤 Medicaid 관리 케어 건강 보험을 본인이 이용할 수 있는지 알아보는 방법을 읽었습니다. 신청하는 본인 자신 및 모든 가족 구성원이 Medicaid에 자격 요건이 되며 관리 케어 건강 보험에 들어야 한다는 것을 알고, 신청한 본인 및 자격이 되는 가족 모두가 본인이 선택한 건강 보험에 등록하게 된다는 사실을 이해합니다.

관리 케어 건강 보험 회원으로서 갖게 될 권리와 혜택 및 관리 케어 가입자의 혜택 제한에 대해 알아보는 방법을 읽었습니다. Medicaid 관리 케어에서는 본인이 Primary Care Provider(PCP)를 선택해야 한다는 사실을 이해하며, 본인의 건강 보험에 속한 최소 세 개의 PCP 중에서 선택권이 주어진다는 사실을 이해합니다. 일단 건강 보험에 가입하면, 몇몇 특수한 상황을 제외하고는 본인의 건강 보험에 속한 본인의 PCP 및 기타 제공자를 이용해야 한다는 점을 이해합니다.

본인은 Medicaid 관리 케어 건강 보험에 가입한 상태에서 자녀가 태어나는 경우, 본인의 자녀 또한 같은 건강 보험에 등록된다는 점을 이해합니다.

정보 공개

본인은 본인 및 본인이 대신하여 동의할 수 있는 가족 구성원에 대한 의료 정보 공개에 대해 다음 사항을 동의합니다.

- 본인의 PCP, 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 약국 및 기타 의료 청구 정보가 포함될 수 있습니다.
- 본인의 건강 보험 및 기타 모든 의료 서비스 제공자가 NYSDOH를 비롯한 기타 공인된 연방, 주 및 지역별 기관에 Medicaid 운영 목적으로 정보를 공개하는 경우.
- 본인의 건강 보험에서 타인 또는 다른 조직에 치료, 지급, 또는 의료 서비스 운영을 수행하기 위해 합리적으로 필요한 경우에만 공개.

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 알코올 및 약물 남용 정보가 포함될 수 있다는 점에도 동의합니다.

가족 중 두 명 이상의 성인이 Medicaid 건강 보험에 가입하는 경우, 정보 공개 동의서에 각 성인 신청자가 모두 서명해야 합니다.

비차별 정책 공지

New York Medicaid 프로그램은 해당하는 연방 시민법 및 주법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 신념/종교, 성별, 나이, 결혼 여부/가족 상태, 신체적/정신적 장애, 체포 기록, 전과, 성적 정체성, 성적 지향, 소인성 유전적 특징, 군 복무 여부, 가정 폭력 피해 여부 및/또는 보복을 이유로 차별하지 않습니다.

만약 New York Medicaid 프로그램에서 차별받았다고 느끼신다면 다음을 통해 불만을 제기할 수 있습니다. http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/ 또는, Diversity Management Office의 이메일 주소 DMO@health.ny.gov으로 이메일을 보낼 수 있습니다.

시민권에 관한 민원은 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights에 https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf을 통해 온라인으로 문의하시거나, U.S. Department of Health and Human Services에 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201으로 우편으로 보내거나, 800-368-1019(TTY 800-537-7697)번으로 전화를 걸어 문의하실 수도 있습니다. 불만 제기 양식은 https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html에서 이용 가능합니다.

편의 시설

New York Medicaid 프로그램과 효과적인 소통을 위해 장애를 가진 분께는 무료 지원과 서비스를 제공합니다.
예를 들면 다음과 같습니다.

- NY Relay Service를 통한 TTY
- 맹인이거나 시각 장애가 있고 대체 형식(큰 글자, 오디오 또는 데이터 CD 또는 점자)으로 된 통지 또는 기타 서면 자료가 필요한 경우, 또 New York City 바깥의 카운티에 거주하시는 경우, 귀하의 local department of social services로 전화해 주십시오. New York City 5개 자치구 내에서 거주하신다면 212-331-4640번으로 Human Resources Administration's Office of Constituent Services에 전화 주십시오. 또는 본 신청서의 1 페이지 섹션 A에서 알려주셔도 됩니다.

NY Medicaid 프로그램은 다음과 같이 모국어가 영어가 아닌 분들께 무료 언어 지원 서비스도 제공합니다.

- 자질 있는 통역사
- 다른 언어로 된 지면 정보

이러한 서비스 또는 합리적 편의에 대해 더 자세한 정보를 원하신다면, 또 New York City 바깥의 카운티에서 거주하신다면, 귀하의 지역 사회복지부로 전화 주십시오. New York City 5개 자치구 내에서 거주하신다면 212-331-4640번으로 Human Resources Administration의 주민 서비스 사무소(Office of Constituent Services)에 전화 주십시오.

사무국 기재 전용

신청 도우미가 작성				
자격 정보를 획득한 사람의 서명: X		근무처: (하나만 체크) ☐ 건강 보험 ☐ 지역 사회복지부 ☐ 제공 기관 ☐ 유자격 기관 고용주 이름:		
지역 사회 복지 지구에서 사용				
자격 판정:		일자:	자격 승인:	일자:
사무국:		신청일:	부서 ID:	담당자 ID:
케이스 이름:	지구:	케이스 유형:		케이스 번호:
효력 발생일:	MA 배치 이유 코드 ☐부인 코드 ☐ 철회 코드	위임장: ☐ 아니요 ☐ 예	등록 번호:	버전: