



EPIC란?

Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage(EPIC) 프로그램은 New York State Department of Health 에서 관리하는 프로그램입니다. 노령자에게 Medicare Part D가 보장하는 처방약에 대해 **Part D 공제액을 제외한 공동부담금**을 지원합니다. EPIC는 또한 Medicare Part D에서 제외된 의약품도 다수 보장합니다.

- **부담금 플랜** 가입자는 소득에 따라 EPIC에 연간 부담금을 납부합니다. EPIC 공동부담금은 의약품 비용에 따라 \$3 ~ \$20입니다. Medicare에서 최대 추가 지원을 받고 있는 경우 EPIC 부담금이 면제됩니다.
- **공제액 플랜** 가입자는 의약품에 대한 EPIC 공동부담금을 납부하기 전에 자신의 소득에 따라 연간 최종본인부담 공제액을 제외해야 합니다.

EPIC는 또한 연 소득이 \$23,000(미혼인 경우) 또는 \$29,000(기혼인 경우) 미만인 가입자에 대해 최대 기본 플랜 금액까지 Medicare Part D 플랜 보험료를 지급합니다.

소득이 더 높은 가입자는 Part D 플랜 보험료를 본인이 부담해야 합니다.

- 이러한 가입자의 부담을 줄여주기 위해 EPIC 공제액은 Medicare Part D 기본 플랜의 연비용만큼 인하됩니다.
- 공제액 플랜 일람표의 음영 부분에 있는 소득에 대한 EPIC 공제액은 제시된 금액보다 적습니다.

가입 대상

- 65세 이상의 New York State 거주자로서 연소득이 \$75,000(미혼) 또는 \$100,000(기혼) 이하인 경우
- Medicaid 초과 소득 프로그램 가입이 가능한 노령자로 Medicaid 전액 혜택을 받지 않는 경우

Medicare Part D 등록

EPIC 혜택을 받기 위해 모든 EPIC 가입자는 Part D가 있어야 합니다. EPIC는 적절한 주 정부 의약 처방 지원 프로그램이기 때문에 가입자는 EPIC에 가입한 연도에 Part D 플랜에 등록할 수 있습니다. 또한 1년 중 한 번 Medicare Part D 플랜을 변경할 수 있습니다.

‘추가 지원’으로 비용을 절약할 수 있습니다.

EPIC는 소득 기준에 부합하는 경우 노령자를 대신하여 추가 지원을 신청하기 위해 이 신청서의 정보를 사용하며 EPIC 가입 여부를 결정하기 위해 1-3번의 정보만을 사용합니다.

- 기존에 추가 지원을 받고 있는 고령자는 사회보장국에서 발행한 양식의 결정문 복사본을 보낼 수 있습니다.
- 추가 지원이 승인되면 고령자는 적은 금액의 공동부담금을 부담하게 되며 Medicare Part D 보장 갭의 적용을 받지 않습니다. Medicare와 EPIC가 Part D 플랜 보험료의 전액 또는 대부분을 지불합니다.

신청 방법

- 신청서를 작성하여 서명한 후 다음 주소로 우편 발송해 주십시오.
- 동거하고 있는 본인과 배우자의 총소득을 기입해야 하며(둘 중 한 명만 신청하는 경우라도) 두 명 모두 신청서에 서명해야 합니다.
- 배우자와 별거 중이든 동거 중이든 동일한 양식을 사용할 수 있습니다. 독신, 이혼, 사별, 별거 중인 경우(예: 요양원 거주 등) ‘미혼’에 체크해 주십시오. 배우자가 같은 곳에 거주하는 경우 ‘기혼’에 체크해 주십시오.

상세한 정보는 EPIC 헬프라인 수신자부담 전화 1-800-332-3742(TTY 1-800-290-9138)번으로 전화해 주시기 바랍니다.

다음 주소에서 신청서 다운로드: http://health.ny.gov/health_care/epic/application_contact.htm
언어 버전을 선택하시거나

다음으로 신청서를 보내십시오; EPIC

P.O. Box 15018

Albany, New York 12212-5018

전년도 소득

1-3번은 EPIC 결정을 위한 목적으로만 사용됩니다. 기혼이고 배우자와 동거 중이라면 두 사람 모두의 정보를 기입하십시오. 이 페이지 뒷면의 EPIC 요율 일람표와 3번 금액을 대조하여 소득, 연간 부담금 또는 연간 공제액을 기준으로 플랜을 결정해 주십시오.

추가 지원 대상

이미 Medicare Savings Program에 가입되어 있는 고령자는 자동으로 추가 지원을 받을 수 있습니다. 결정문을 1부 보내주십시오. 대상인 경우 4~22번을 생략할 수 있습니다.

현재 월간 소득

- 4-9번. 사회보장연금, 재향 군인 수당 등 유형별로 공제 전 현재 월간 소득을 기입해 주십시오. 매월 금액이 변경되는 경우 각 번호에 지난 12개월 동안의 평균 월간 소득을 추정해 기입해 주십시오. 임금 및 자영업, 이자 소득, 배당금, 공공 보조금, 의료비 상환 또는 위탁 양육 수당은 포함하지 마십시오. 해당 번호에 기입할 소득이 없는 경우 \$0을 기입해 주십시오.
- 8A번. 본인 또는 배우자가 5번에 기입한 기타 소득 유형(예: 위자료, 당기 임대소득, 산재보험, 개인 또는 국가 장애급여 등)을 지정해 주십시오.
- 10번. 지난 2년 동안 4-8번에 기입했던 금액이 감소했는지 여부를 기입해 주십시오.

자산

- 11-14번. 본인과 배우자(기혼이며 동거하는 경우) 또는 둘 모두 소유하고 있는 은행 계좌, 투자 자본 또는 현금의 현재 잔액(또는 추정치)을 기입해 주십시오. 본인과 다른 사람과 함께 소유하고 있는 현금 또는 투자 자본을 포함해 주십시오. **집, 차량, 매장지, 개인 소유물 또는 사회 보장 또는 사회 보장 수당(SSI)의 체납액은 포함하지 마십시오. 해당되지 않는 경우 각 번호에 \$0을 기입해 주십시오.**

기타 비용과 수익

미혼인 경우 소득과 자산을 기준으로 질문(12-14번)에 답해 주십시오. 기혼이고 배우자와 동거 중이며 해당되는 경우 합산 소득과 자산을 기준으로 질문(12-14번)에 답해 주십시오.

- 15번. 자산 항목의 (8-10)번 질문에 기입한 투자 자본에서 얻은 현금이 본인 또는 배우자의 장례 비용 또는 매장 비용으로 사용될 것으로 예상되는 경우 예에 체크해 주십시오. 그렇지 않으면 아니요에 체크해 주십시오.
- 16번. 본인 또는 배우자가 본인의 집 이외의 부동산 (예: 여름 별장, 임대 부동산 또는 집과 분리된 미개발 토지)을 소유하고 있는 경우 예에 체크해 주십시오. 그렇지 않으면 아니요에 체크해 주십시오.
- 17번. 동거 중인 가족 중 본인 또는 배우자가 생활에 필요한 금액의 최소 절반을 지원해야 하는 사람 수를 기입해 주십시오. 동거 중인 가족에는 혈연, 결혼 또는 입양을 통해 본인과 관련된 모든 사람이 포함될 수 있습니다. 이 질문에 해당되지 않는 경우 0을 입력해 주십시오.

본인과 배우자(동거 중인 경우)가 지난 2년 동안 일한 경우에만 질문 18-22번에 답변해 주십시오. 해당되지 않는 경우 질문 18-22번을 비워 두십시오.

- 18번. 이번 연도의 본인 또는 배우자의 **세금 및 공제 전 급여**로 예상되는 금액을 기입해 주십시오.
- 19번. 자영업자인 경우 이번 연도의 본인 또는 배우자의 순 소득 또는 손실로 예상되는 금액을 기입해 주십시오. 손실이 예상되는 경우 음수를 기입해 주십시오.
- 20번. 지난 2년 동안 18번 또는 19번에 기입했던 금액이 줄었다면 예에 체크해 주십시오. 그렇지 않으면 아니요에 체크해 주십시오.
- 21번. 일을 그만두었거나 그만둘 계획이 있는 경우 해당 월과 연도(MM/YYYY)를 기입해 주십시오. 본인 또는 배우자가 계속 일할 계획이라면 비워 두십시오.
- 22번. 본인 또는 배우자가 배우자가 일하는 데 드는 비용을 지불하는 경우에는 예, 아닌 경우에는 아니요에 체크해 주십시오. 여기서 지불 비용이란 다음을 말합니다. 휠체어, 질병 치료 및 약 비용, 개인 보조 서비스, 차량 개조 또는 기타 이송 서비스, 업무 관련 보조 기술, 안내견 비용, 감각 및 시각 보조 장치, 점자 번역 미혼 또는 배우자가 65세 이상인 경우 해당 사항 없음에 체크해 주십시오.
- 23번. 이미 '추가 지원' 혜택을 받고 있는 경우 결정문 1부를 첨부해 주십시오.

‘추가 지원’ 결정: 총 현재 월 소득을 기입해 주십시오.

EPIC는 본인을 대신하여 연방 혜택인 ‘추가 지원’을 신청하기 위해 4-22번의 답변을 사용합니다. 법률상 EPIC 혜택을 받는데 필수인 사항입니다. 이미 ‘추가 지원’ 혜택을 받으셨다면 4-22번을 건너뛰고 23번으로 진행하여 결정문을 제출할 것임을 표시하십시오.

현재 월간 금액	본인 소득	배우자 소득
(소득이 없는 경우 \$0 기입)		
4. 월간 공제 전 사회보장연금	\$ _____	\$ _____
5. 월간 공제 전 철도노후연금	\$ _____	\$ _____
6. 월간 공제 전 재향 군인 수당	\$ _____	\$ _____
7. 월간 금액 – 공제 전 기타 생활보조금 및 연금 (아래 자산 섹션에 기입된 금액은 포함하지 않음)	\$ _____	\$ _____
8. 월간 금액 – 위에 열거되지 않은 기타 소득 (위자료, 당기 임대소득, 산재보험, 개인 또는 국가 장애급여 포함)	\$ _____	\$ _____
8A. 기타 소득의 유형 지정(8번):	_____	_____
9. 총 월간 소득(위 4번 및 8번합계)	\$ _____	\$ _____

본인의 수입이 신청 중인 해당 연도의 ‘추가 지원’ 한도를 초과한다면

(http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm의 EPIC 웹사이트 또는 <http://www.ssa.gov>의 사회보장국 웹사이트 참조) 10-22번을 건너뛰어 진행해 주십시오. 인터넷을 이용할 수 없는 경우 다음 번호로 EPIC 헬프라인에 문의해 주십시오. 1-800-332-3742 (TTY 1-800-290-9138).

10. 지난 2년 동안 4-8번에 기입했던 금액이 줄었습니까? 예 아니요
11. 은행 계좌 – 현재 총 잔고(당좌 예금, 저축, 단기금융시장, 예금 증서) \$ _____
12. 주식, 채권, 저축 채권, 뮤추얼 펀드 개별 퇴직 계좌 또는 기타 유사한 투자 \$ _____
13. 집 또는 다른 곳에 보관한 현금 \$ _____
14. 총 자산(11-13번 추가) \$ _____

본인의 자산이 신청 중인 해당 연도의 ‘추가 지원’ 한도를 초과한다면

(http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm의 EPIC 웹사이트 또는 CMS 웹사이트에서 유사 정보 참조) 15-22번을 건너뛰어 진행해 주십시오.

15. 자산은 매장이거나 장례비로 사용될 예정입니까? 예 아니요
16. 집 말고도 부동산을 소유하고 있습니까? 예 아니요
17. 동거 중인 가족 중 본인 또는 배우자가 생활에 필요한 금액의 최소 절반을 지원해야 하는 사람은 몇 명입니까? (본인과 배우자는 포함하지 마십시오) _____
18. 이번 연도의 세금 및 공제 전 급여는 얼마라고 예상하십니까? 본인: \$ _____ 배우자: \$ _____
19. 자영업자인 경우 이번 연도의 순 소득 또는 손실은 얼마라고 예상하십니까? 본인: \$ _____ 배우자: \$ _____
20. 지난 2년 동안 18번 또는 19번에 기입했던 금액이 줄었습니까? 예 아니요
21. 최근에 일을 그만두었거나 일을 그만둘 계획이라면 월과 연도를 기입해 주십시오.(예: 09/2018) 본인: _____ / 20 _____ 배우자: _____ / 20 _____

22. 본인의 배우자가 65세 미만이고 시각 장애인이거나 장애가 있는 경우

본인 또는 배우자가 배우자가 일하는 데 필요한 비용을 지불합니까? 예 아니요 해당 사항 없음

23. 이미 Medicare Savings Program에 가입되어 있고 ‘추가 지원’

혜택을 받고 있는 경우 결정문 1부를 첨부했습니까? 예 아니요 해당 사항 없음

이 신청서 작성에 도움을 준 사람이 있는 경우 그 사람의 이름, 주소, 전화 번호를 기입해 주십시오.

이름(정자체)

전화번호(지역 번호 포함)

()

우편 주소

시/주/우편번호

다음 내용을 자세히 읽고 아래에 서명해 주십시오.

본인은 본 신청서에 기입된 정보가 정확함을 보증합니다. 본인은 New York State에 거주하고 있으며 현재 Medicaid 전액 혜택을 받고 있지 않습니다. 본인은 본인의 연령, 소득, 거주지, Medicare 상태 및 Medicare Part D 의약품 플랜(해당되는 경우)의 증빙을 제출해야 한다는 것을 알고 있습니다. 본인은 또한 EPIC에 가입하기 위해서는 Medicare Part D 의약품 플랜에 등록해야 한다는 것을 알고 있습니다. 본인은 Part D 플랜 또는 Medicare 보조금(추가 지원)(대상인 경우) 등록에 필요한 식별 정보를 제출하지 않으면 EPIC 보장이 종료될 수 있음을 이해하고 있습니다. 본인은 EPIC, Social Security Administration(사회보장국), Medicare, NYS Medicaid 프로그램, NYS Tax Department(NYS 세무당국), Medicare Part D 의약품 플랜 및 기타 관련 기관이 본인이 대상인지 확인하는 데 필요한 모든 정보를 교환하는 것에 동의합니다. EPIC에 의한 중복 또는 초과 지급 시, 본인은 Part D 또는 정부 플랜에 따라 본인이 받게 되는 모든 의약품 혜택을 EPIC에게 양도합니다. 본인은 본인의 담당 의료기관에게 지급, 감사 또는 관련 의료 행위에 사용할 목적으로 처방 및/또는 진단과 관련된 본인의 의료 정보를 EPIC 프로그램에 공개할 권한을 부여합니다.

본인(그리고 동거 중인 경우 배우자)은 아래에 서명해야 합니다.

본인 서명(법정 대리인)

날짜

배우자 서명(법정 대리인)

날짜

주의: 만약 ‘추가 지원’을 받을 수 있는 대상이며 4-22번을 작성하지 않았거나 사회보장국에서 발행한 결정문 1부를 제출하지 않았다면 신청서를 제출하지 않은 것으로 간주합니다.

작성된 양식을 다음 주소로
우편 발송해 주십시오.

EPIC
P.O. Box 15018
Albany, NY 12212-5018



Department
of Health

EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

또는 팩스를 다음 번호로 보내주십시오. (518) 452-3576

EPIC 요율 일람표

부담금 플랜 일람표

연 소득	연간 부담금
최대 \$ 6,000	\$8
\$ 6,001 - \$ 7,000	\$16
\$ 7,001 - \$ 8,000	\$22
\$ 8,001 - \$ 9,000	\$28
\$ 9,001 - \$10,000	\$36
\$10,001 - \$11,000	\$40
\$11,001 - \$12,000	\$46
\$12,001 - \$13,000	\$54
\$13,001 - \$14,000	\$60
\$14,001 - \$15,000	\$80
\$15,001 - \$16,000	\$110
\$16,001 - \$17,000	\$140
\$17,001 - \$18,000	\$170
\$18,001 - \$19,000	\$200
\$19,001 - \$20,000	\$230
\$20,000 초과	공제액 플랜 참조

합산 연 소득	연간 부담금 (개별)
최대 \$ 6,000	\$8
\$ 6,001 - \$ 7,000	\$12
\$ 7,001 - \$ 8,000	\$16
\$ 8,001 - \$ 9,000	\$20
\$ 9,001 - \$10,000	\$24
\$10,001 - \$11,000	\$28
\$11,001 - \$12,000	\$32
\$12,001 - \$13,000	\$36
\$13,001 - \$14,000	\$40
\$14,001 - \$15,000	\$40
\$15,001 - \$16,000	\$84
\$16,001 - \$17,000	\$106
\$17,001 - \$18,000	\$126
\$18,001 - \$19,000	\$150
\$19,001 - \$20,000	\$172
\$20,001 - \$21,000	\$194
\$21,001 - \$22,000	\$216
\$22,001 - \$23,000	\$238
\$23,001 - \$24,000	\$260
\$24,001 - \$25,000	\$275
\$25,001 - \$26,000	\$300
\$26,000 초과	공제액 참조

미
원

기
원



Department
of Health

EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

EPIC 요율 일람표

공제액 플랜 일람표

음영 부분 - 본인의 EPIC 공제액은 표시된 금액 이하입니다.

연 소득		연간 공제액	합산 연 소득		연간 공제액 (개별)	합산 연 소득		연간 공제액 (개별)
\$20,000 이하	부담금 플랜 참조		\$26,000 이하	부담금 플랜 참조		\$60,001 - \$61,000	\$2,045	
\$20,001 - \$21,000	\$530		\$26,001 - \$27,000	\$650	\$61,001 - \$62,000	\$2,075		
\$21,001 - \$22,000	\$550		\$27,001 - \$28,000	\$675	\$62,001 - \$63,000	\$2,105		
\$22,001 - \$23,000	\$580		\$28,001 - \$29,000	\$700	\$63,001 - \$64,000	\$2,135		
\$23,001 - \$24,000	\$720		\$29,001 - \$30,000	\$725	\$64,001 - \$65,000	\$2,165		
\$24,001 - \$25,000	\$750		\$30,001 - \$31,000	\$900	\$65,001 - \$66,000	\$2,195		
\$25,001 - \$26,000	\$780		\$31,001 - \$32,000	\$930	\$66,001 - \$67,000	\$2,225		
\$26,001 - \$27,000	\$810		\$32,001 - \$33,000	\$960	\$67,001 - \$68,000	\$2,255		
\$27,001 - \$28,000	\$840		\$33,001 - \$34,000	\$990	\$68,001 - \$69,000	\$2,285		
\$28,001 - \$29,000	\$870		\$34,001 - \$35,000	\$1,020	\$69,001 - \$70,000	\$2,315		
\$29,001 - \$30,000	\$900		\$35,001 - \$36,000	\$1,050	\$70,001 - \$71,000	\$2,345		
\$30,001 - \$31,000	\$930		\$36,001 - \$37,000	\$1,080	\$71,001 - \$72,000	\$2,375		
\$31,001 - \$32,000	\$960		\$37,001 - \$38,000	\$1,110	\$72,001 - \$73,000	\$2,405		
\$32,001 - \$33,000	\$1,160		\$38,001 - \$39,000	\$1,140	\$73,001 - \$74,000	\$2,435		
\$33,001 - \$34,000	\$1,190		\$39,001 - \$40,000	\$1,170	\$74,001 - \$75,000	\$2,465		
\$34,001 - \$35,000	\$1,230		\$40,001 - \$41,000	\$1,200	\$75,001 - \$76,000	\$2,495		
\$35,001 - \$36,000	\$1,260		\$41,001 - \$42,000	\$1,230	\$76,001 - \$77,000	\$2,525		
\$36,001 - \$37,000	\$1,290		\$42,001 - \$43,000	\$1,260	\$77,001 - \$78,000	\$2,555		
\$37,001 - \$38,000	\$1,320		\$43,001 - \$44,000	\$1,290	\$78,001 - \$79,000	\$2,585		
\$38,001 - \$39,000	\$1,350		\$44,001 - \$45,000	\$1,320	\$79,001 - \$80,000	\$2,615		
\$39,001 - \$40,000	\$1,380		\$45,001 - \$46,000	\$1,575	\$80,001 - \$81,000	\$2,645		
\$40,001 - \$41,000	\$1,410		\$46,001 - \$47,000	\$1,610	\$81,001 - \$82,000	\$2,675		
\$41,001 - \$42,000	\$1,440		\$47,001 - \$48,000	\$1,645	\$82,001 - \$83,000	\$2,705		
\$42,001 - \$43,000	\$1,470		\$48,001 - \$49,000	\$1,680	\$83,001 - \$84,000	\$2,735		
\$43,001 - \$44,000	\$1,500		\$49,001 - \$50,000	\$1,715	\$84,001 - \$85,000	\$2,765		
\$44,001 - \$45,000	\$1,530		\$50,001 - \$51,000	\$1,745	\$85,001 - \$86,000	\$2,795		
\$45,001 - \$46,000	\$1,560		\$51,001 - \$52,000	\$1,775	\$86,001 - \$87,000	\$2,825		
\$46,001 - \$47,000	\$1,590		\$52,001 - \$53,000	\$1,805	\$87,001 - \$88,000	\$2,855		
\$47,001 - \$48,000	\$1,620		\$53,001 - \$54,000	\$1,835	\$88,001 - \$89,000	\$2,885		
\$48,001 - \$49,000	\$1,650		\$54,001 - \$55,000	\$1,865	\$89,001 - \$90,000	\$2,915		
\$49,001 - \$50,000	\$1,680		\$55,001 - \$56,000	\$1,895	\$90,001 - \$91,000	\$2,945		
\$50,001 - \$51,000	\$1,710		\$56,001 - \$57,000	\$1,925	\$91,001 - \$92,000	\$2,975		
\$51,001 - \$52,000	\$1,740		\$57,001 - \$58,000	\$1,955	\$92,001 - \$93,000	\$3,005		
\$52,001 - \$53,000	\$1,770		\$58,001 - \$59,000	\$1,985	\$93,001 - \$94,000	\$3,035		
\$53,001 - \$54,000	\$1,800		\$59,001 - \$60,000	\$2,015	\$94,001 - \$95,000	\$3,065		
\$54,001 - \$55,000	\$1,830				\$95,001 - \$96,000	\$3,095		
\$55,001 - \$56,000	\$1,860				\$96,001 - \$97,000	\$3,125		
\$56,001 - \$57,000	\$1,890				\$97,001 - \$98,000	\$3,155		
\$57,001 - \$58,000	\$1,920				\$98,001 - \$99,000	\$3,185		
\$58,001 - \$59,000	\$1,950				\$99,001 - \$100,000	\$3,215		
\$59,001 - \$60,000	\$1,980				\$100,000 초과	자격 없음		
\$60,001 - \$61,000	\$2,010							
\$61,001 - \$62,000	\$2,040							
\$62,001 - \$63,000	\$2,070							
\$63,001 - \$64,000	\$2,100							
\$64,001 - \$65,000	\$2,130							
\$65,001 - \$66,000	\$2,160							
\$66,001 - \$67,000	\$2,190							
\$67,001 - \$68,000	\$2,220							
\$68,001 - \$69,000	\$2,250							
\$69,001 - \$70,000	\$2,280							
\$70,001 - \$71,000	\$2,310							
\$71,001 - \$72,000	\$2,340							
\$72,001 - \$73,000	\$2,370							
\$73,001 - \$74,000	\$2,400							
\$74,001 - \$75,000	\$2,430							
\$75,000 초과	자격 없음							

미혼

기혼