

## QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARY (QMB), SPECIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY (SLMB), AND QUALIFYING INDIVIDUALS (QI-1) APPLICATION

### (유자격 MEDICARE 수혜자(QMB), 특정된 저소득 MEDICARE 수혜자(SLMB), 그리고 자격 있는 개인들(QI-1) 신청)

성명	Social Security 번호	Medicare 번호		날짜
전화번호 ( )	출생일	성별 <input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 여자	혼인 여부 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 미혼	<input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 사별
주소(번지, 도로명)	도시명	주 이름	우편 번호	

이 정보는 Qualified Medicare Beneficiary (QMB) (유자격 Medicare 수혜자), Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB) (특정된 저소득 Medicare 수혜자), Qualifying Individuals (QI-1) (또는 자격 있는 개인들-1) 프로그램 신청을 돕기 위한 것입니다. 주 정부는 QMB 프로그램에 자격이 있는 분들을 위해 Medicare Parts A 및 B 보험료, 본인부담금(디덕터블), 본인부담금(코인슈런스)을 지불합니다. 주 정부는 SLMB 또는 QI-1의 자격이 있는 분들을 위해 Medicare Part B 보험료를 지불합니다. 귀하는 이 양식을 작성하여 귀하의 카운티 소셜 서비스 기관에 우편으로 보내 QMB, SLMB, 또는 QI-1을 신청하실 수 있습니다.

QMB, SLMB, 또는 QI-1의 자격이 있으려면 아래의 조건이 필요합니다

- Medicare Part A (병원 보험)를 받을 수 있는 자격.
- Medicare Part B (진료 보험)를 받을 수 있는 자격.
- 다음의 수입 요건 충족
  - QMB:** Federal Poverty Level (FPL)의 100% 이하의 순가산소득 (독신 개인의 경우 \$973\* 이하 또는 부부의 경우 \$1,311\* 이하).
  - SLMB:** FPL의 120% 미만의 순가산소득 (독신 개인의 경우 \$1,167\* 미만 또는 부부의 경우 \$1,573\* 미만).
  - QI-1:** FPL의 135% 미만의 순가산소득 (독신 개인의 경우 \$1,313\* 미만 또는 부부의 경우 \$1,770\* 미만).

\*자녀와 함께 살고 있는 경우, 이러한 금액은 더 많을 수 있습니다. 이들 금액은 매년 4월에 인상되기로 예정되어 있습니다. 1월에 귀하가 Title II Social Security 생활비 조정을 받으셨다면, 그 금액은 4월까지 산정되지 않습니다.

- 독신 개인의 경우 비면세 재산이 \$7,160 이하거나, 부부의 경우 \$10,750 이하일 것.
- 가령, California 거주자인 경우와 같이 일정한 요건 및 조건이 충족될 것.

#### 중요

귀하는 푸드 스탬프 또는 월간 스펀다운(비용 분담) Medi-Cal과 같은 QMB 프로그램 및 SLMB 프로그램에  네  아니요 추가하여 다른 Medi-Cal 프로그램 자격이 있을 수 있습니다. 또한, 귀하가 QMB, SLMB, QI-1 프로그램의 수입 제한을 **넘어선다면** 월간 비용분담부 Medi-Cal의 자격이 있을 수 있습니다. 이 보장범위에는 Medicare Part B 보험료의 지불이 포함될 수 있습니다. 이 다른 프로그램에 신청을 하고 싶으시면 '네'에 체크를 하십시오. 그러면 카운티에서, 귀하가 작성하실 다른 양식들을 보내드립니다.

SLMB 및 QI-1 프로그램의 3개월 소급 보장에 신청하시겠습니까 (QMB의 경우 소급 보장은 없습니다).  네  아니요

귀하의 가구에서 살고 있는 모든 사람들(배우자/자녀)을 적으세요. 귀하와 함께 살고 있는 사람이 3인을 넘을 경우, 별지에 적으실 수 있습니다.

성명	Social Security 번호	성별 남=남자 여=여자	출생일	귀하와의 관계

작성한 양식을 우편으로 귀하의 카운티에 있는 사회보장국(Social Services Agency)으로 보내십시오.  
주소는 아래의 링크를 참조하십시오.

<http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/forms/Forms/MEB%20Translated%20Forms/mc14a-cntylist-sp.pdf>

**A. 가산소득**

**COUNTY USE**

**1. QMB/SLMB/QI-1 신청자가 받는 월간 불로소득을 적으십시오:**

- a. Social Security 수령금(check) \$ \_\_\_\_\_
- b. VA 복지수령금 \$ \_\_\_\_\_
- c. 은행계정 또는 예금증서 이자 \$ \_\_\_\_\_
- d. 퇴직소득 \$ \_\_\_\_\_
- e. 기타 불로소득 \$ \_\_\_\_\_
- f. Total 불로소득 – a. 행부터 e. 행 더함 \$ \_\_\_\_\_

**2. 귀하가 기혼으로서 배우자와 함께 살고 있는 경우, 귀하의 배우자가 받은 월간 불로소득을 적으십시오:**

- g. Social Security 수령금(check) \$ \_\_\_\_\_
- h. VA 복지수령금 \$ \_\_\_\_\_
- i. 은행계정 또는 예금증서 이자 \$ \_\_\_\_\_
- j. 기타 불로소득 \$ \_\_\_\_\_
- k. 퇴직소득 \$ \_\_\_\_\_
- l. Total 배우자의 불로소득 – g. 행부터 k. 행까지 더함 \$ \_\_\_\_\_

**3. QMB/SLMB/QI-1 신청자 및 배우자가 받는 월별 불로소득을 적으십시오:**

- m. QMB, SLMB, 또는 QI-1이 되고자 하는 사람에 대한 총수입 \$ \_\_\_\_\_
- n. 배우자에 대한 총수입 \$ \_\_\_\_\_
- o. Total – m. 행 및 n. 행 더함 \$ \_\_\_\_\_
- p. \$65 공제 \$ \_\_\_\_\_
- q. 나머지 \$ \_\_\_\_\_
- r. 2로 나눔 \$ \_\_\_\_\_

**4. 총소득:**

- f. 행, l. 행, 그리고 r. 행 더함 \$ \_\_\_\_\_
- s. \$20 뺐 (소득 공제) \$ \_\_\_\_\_

**5. 총 가산소득**

\$ \_\_\_\_\_

**6. 잠정적인 QMB, SLMB, 또는 QI-1 자격요건:**

- 귀하의 소득이 FPL의 100% 이하인 경우 잠정적으로 QMB로서의 자격이 있습니다 (독신 개인의 경우 \$973\* 또는 부부인 경우 \$1,311\*).
- 귀하의 소득이 FPL의 120% 미만인 경우 잠정적으로 SLMB로서의 자격이 있습니다 (독신 개인의 경우 \$1,167\* 미만 또는 부부인 경우 \$1,573\* 미만).
- 귀하의 소득이 FPL의 135% 미만인 경우 잠정적으로 QI-1로서의 자격이 있습니다 (독신 개인의 경우 \$1,313\* 미만 또는 부부인 경우 \$1,770\* 미만).

\* 집에 자녀가 있는 경우, 이러한 금액은 더 많을 수 있습니다.

	Applicant's unearned income (line f) \$ _____
	Spouse's unearned income (line l) + _____
	Any income deduction - _____
	Net unearned income _____
	Net earned income (line r) + _____
	Total net income _____
	MFBU size _____
	Compare to QMB/SLMB/QI-1/QI-2 income limit.
	If over income limit, is there a spouse and/or children in the home? Complete the MC 176-2 A QMB/SLMB/QI-1 form.

**B. 재산**

미혼 상태이거나 배우자와 함께 살고 있지 않은 QMB, SLMB, 또는 QI-1은 \$7,160 또는 그보다 적은 가산 재산을 가질 수 있습니다. 기혼 상태이고 배우자와 함께 살고 있는 QMB, SLMB, 또는 QI-1은 \$10,750 또는 그보다 적은 가산 재산을 가지고 있어야 합니다.

아래는 가산 재산의 예입니다. **중요:** 귀하 자신 또는 배우자가 살고 있는 집은 산정되지 **않습니다**. 이동수단으로서 사용되는 한 대의 차는 산정되지 않습니다. 카운티 복지부에 QMB, SLMB, 또는 QI-1로 신청하는 경우 해당 카운티는 이 양식에 기재된 재산을 다른 방식으로 취급할 수 있습니다. 예금증서와 같이 카운티 복지부가 확인해 볼 다른 유형의 재산이 있습니다. 이러한 다른 재산은 재산 한계에 산정될 수도 있고 산정되지 **않을 수도** 있습니다.

귀하, 귀하의 배우자, 또는 두 사람 모두에게 속하는 다음 재산의 가치를 적으십시오.

- 1. 보통예금(Checking) \$ \_\_\_\_\_
  - 2. 저축성예금(Savings) \$ \_\_\_\_\_
  - 3. 예금증서(certificate of deposit) \$ \_\_\_\_\_
  - 4. 주식 \$ \_\_\_\_\_
  - 5. 채권 \$ \_\_\_\_\_
  - 6. 두 번째 자동차 (가격에서 차입하고 있는 금액 공제) \$ \_\_\_\_\_
  - 7. 두 번째 집 (가격에서 차입하고 있는 금액 공제) \$ \_\_\_\_\_
  - 8. **모든** 증서(“기간부” 보험증서는 포함 불가)의 합친 액면가가 \$1,500를 넘는 경우의 생명보험 증권 해약반환금. \$ \_\_\_\_\_
  - 9. 총 재산- 1 행부터8 행까지 더함 \*\*\$ \_\_\_\_\_
- \*\*이 총액은 독신 개인의 경우 \$7,160를 초과할 수 없으며 부부의 경우 \$10,750를 초과할 수 없음.

<b>COUNTY USE</b>
-------------------

**추가 정보:** 귀하는 SLMB 및 QI-1 프로그램에 따라 **최대 3개월 간** Medicare Part B 보험료를 **소급하여 보장받을 수 있는** 자격이 있을 수 있습니다.

**주:** 전통적인 Medi-Cal(QMB/SLMB/QI-1 프로그램이 아니라)에 등록된 사람들은 재산환수(Estate Recovery) 프로그램의 적용을 받을 수 있습니다. 55 세가 넘은 사람이 받은 Medi-Cal 혜택은 주 정부가 환수할 수 있습니다. 수혜자가 생존 배우자, 미성년 자녀, 또는 전체적 장애가 있거나 맹인인 자녀를 남기지 않은 경우 Medi-Cal 수혜자의 재산 또는 상속권자/승계인으로부터 주 정부가 환수를 할 수 있습니다. **그러나, QMB/SLMB/QI-1 프로그램(Medi-Cal과 결합되거나 또는 없이)에 등록된 사람은 Medicare 보험료, 본인부담금(디덕터블), 또는 본인부담금(코페이먼트)에 대해 재산환수의 적용을 받지 않습니다.**

본인은, 미합중국 및 State of California의 법에 따른 위증죄의 죄책을 감수하면서 이 양식에서 본인이 제공하는 정보가 진실하고 정확하며 완전하다는 것을 선언합니다.	
신청인의 서명 (또는 표시) ➤	날짜
<b>County Use</b>	
<input type="checkbox"/> QMB approved <input type="checkbox"/> SLMB approved <input type="checkbox"/> QI-1 approved <input type="checkbox"/> QMB/SLMB/QI-1-denied	
Eligibility Worker's signature ➤	Date

**DHCS 프라이버시 선언서**

이 신청서는 Department of Health Care Services (DHCS) 를 통한 급부 혜택을 받기 위한 것입니다. 이를 위해 귀하가 제공하는 개인 정보 및 의료 정보는 사적인 것으로서 비밀이 보장됩니다. DHCS는 귀하와 이 양식에 있는 다른 사람들을 확인하여 우리 프로그램에서 관리할 필요가 있습니다. 우리는 프로그램을 관리하기 위한 목적으로써만 귀하의 정보를 다른 정부기관(주, 연방, 지방자치단체)이나 계약자, 건강보험, 건강보험 프로그램과 공유하며, 또한 법적으로 요구될 때 귀하의 정보를 다른 정부기관(주, 연방)과 공유합니다.

“선택적”이라고 표시가 되어 있지 않은 한, 귀하는 이 양식의 모든 질문에 답을 하셔야 합니다. 필수 사항이 어느 것이라도 빠져 있으면 그 정보를 알아내기 위해 저희가 연락을 드릴 것입니다. 귀하가 필수 사항을 제공하지 않을 경우 저희로서는 귀하의 혜택에 대해 결정을 할 수 없습니다. 신청서를 새로이 제출하셔야 할 수 있고, 그렇지 않을 경우 서비스가 거절될 수 있습니다.

대개의 경우 귀하는 연방 기록 및 주 기록에 있는 귀하의 개인정보를 확인할 권리가 있습니다. 필요시 다른 형식(예: 큰 활자체)으로 조회할 수 있습니다. 더 자세한 내용은 아래의 연락처로 DHCS Information Protection Unit에 연락하십시오:

P.O. Box 997413, MS 4721  
Sacramento, CA  
95899-7413  
Phone: 1-866-866-0602  
TTY: 1-877-735-2929

정보를 수집하여 보유할 우리의 권리는 아래의 주 법에 근거하고 있습니다: CA Welfare and Institutions Code § 14011, and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. 저희는 CA Civil Code §1798.17에 근거하여 이 프라이버시 선언서 을 귀하에게 제공할 의무가 있습니다.