

MEDI-CAL 신청서

작성방법에 따라 이 양식을 작성하십시오. 읽기 쉽도록 쓰십시오. 흑색 또는 청색 잉크만 사용하십시오.

1부 본인이나 가족 또는 돌보고 있는 자녀를 위해 Medi-Cal을 원하는 사람에 관해 알려주십시오.

1 성		퍼스트 네임	미들 네임 첫 글자	
2 집주소 (번지와 길 이름). 무주택자가 아닌 한 사서함 번호를 적지 마십시오		3 아파트 번호	4 집 전화번호 ()	
5 도시/주	6 카운티	7 우편번호	8 직장 전화번호 ()	
9 우편주소 (위와 다른 경우) 또는 사서함		10 아파트 번호	11 음성 메시지 전화번호 ()	
12 도시		13 우편번호		
14A 가장 잘 말하는 언어/지방 사투리는?		14B 가장 잘 읽는 언어는?		

2부 보상신청을 원하지 않는 경우라도 1부에 기재된 사람과 이 사람의 가족 및 이 가족이 돌보고 있는 자녀에 관해 알려주십시오.

	성인 1/본인	성인 2	자녀 1	자녀 2	자녀 3
15 이름:	성 퍼스트 네임 미들 네임				
16 1부에 나온 사람과의 관계.					
17 거주지 주소가 1부에 나온 주소와 다른 경우, 현재 거주지의 주소를 적으십시오:					
18 성별:	<input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 여자	<input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 여자	<input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 여자	<input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 여자	<input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 여자
19 결혼상태:	<input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 사별	<input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 사별	<input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 사별	<input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 사별	<input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 사별
20 같이 살고 있는 기혼 미성년자 배우자(들)의 이름.					
21 생년월일:	월 / 일 / 연도	월 / 일 / 연도	월 / 일 / 연도	월 / 일 / 연도	월 / 일 / 연도
22 임신여부:	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
출산예정일:	월 / 일 / 연도	월 / 일 / 연도	월 / 일 / 연도	월 / 일 / 연도	월 / 일 / 연도
23 신체적, 정신적 또는 정서적 장애가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
장애의 예상 지속기간:	<input type="checkbox"/> 30일 이상 <input type="checkbox"/> 12개월 이상	<input type="checkbox"/> 30일 이상 <input type="checkbox"/> 12개월 이상	<input type="checkbox"/> 30일 이상 <input type="checkbox"/> 12개월 이상	<input type="checkbox"/> 30일 이상 <input type="checkbox"/> 12개월 이상	<input type="checkbox"/> 30일 이상 <input type="checkbox"/> 12개월 이상

2부 계속

	성인 1/본인	성인 2	자녀 1	자녀 2	자녀 3
24 현금 보조, SSI, 푸드 스탬프 또는 Medi-Cal을 받은 사람이 있습니까? "예"인 경우, 누구의 이름으로 받았습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
25 Medi-Cal 급부 BIC 카드 번호 (있는 경우):					
26 의료 급부를 원합니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
27 캘리포니아주 이외의 지역에 주택을 소유하고 있거나 구매할 예정입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

3부 2부에 기재된 **모든** 자녀에 대해 대답하십시오.

자녀 1	자녀 2	자녀 3	출생 전
28 어머니 이름:	어머니 이름:	어머니 이름:	어머니 이름:
어머니는: <input type="checkbox"/> 취업 중 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 실업 중 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 부재 중	어머니는: <input type="checkbox"/> 취업 중 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 실업 중 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 부재 중	어머니는: <input type="checkbox"/> 취업 중 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 실업 중 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 부재 중	어머니는: <input type="checkbox"/> 취업 중 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 실업 중
29 아버지 이름:	아버지 이름:	아버지 이름:	아버지 이름:
아버지는: <input type="checkbox"/> 취업 중 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 실업 중 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 부재 중	아버지는: <input type="checkbox"/> 취업 중 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 실업 중 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 부재 중	아버지는: <input type="checkbox"/> 취업 중 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 실업 중 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 부재 중	아버지는: <input type="checkbox"/> 취업 중 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 실업 중 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 부재 중

4부 2부에 기재된 사람들이 받는 **모든** 소득/금전을 적어 주십시오.

30 소득/금전 수령자의 이름	31 소득/금전의 출처 (취업, 사회보장)	32 소득/금전 수령 액수	33 소득/금전 수령 주기 (월 1회, 월 2회, 주 1회, 격주, 매일)

5부 2부에 나와있는 **모든** 사람이 지불하고 있는 경비/비용에 관한 정보를 적어 주십시오.

가족이 지불하는 지불금의 종류	34 월 지불액	35 지불하는 사람의 이름	36 탁아 또는 부양가족 케어 (자녀 또는 부양가족의 이름을 적으십시오)	37 연령	38 월 지불액	39 지불하는 사람의 이름
자녀 양육비			1.			
이혼/별거수당			2.			
기타 의료보험 프리미엄			3.			
메디케어 프리미엄			4.			

6부

만19세 이하의 자녀를 위해서만 신청하거나 임신 여성이 임신관련 서비스만받을 목적으로 신청하는 경우에는 이 부분은 건너 뛰십시오.

그렇지 않은 경우, 2부에 기재된 모든 사람들에 대해 답해 주십시오.

- 40 현금이나 현금화하지 않은 수표를 가진 사람이 있습니까? 예 아니오
만일 "예"이면, 여기에 액수를 적어주십시오 _____ (작성방법 참조)
- 41 수표발행 구좌나 저축구좌 또는 생명보험이 있는 사람이 있습니까? (작성방법 참조) 예 아니오
- 42 집에 자동차가 1대 또는 그 이상 있습니까? (작성방법 참조) 예 아니오
- 43 법원의 청산명령이나 판결을 받은 사람이 있습니까? (작성방법 참조) 예 아니오
- 44 장기치료 보험이 있는 사람이 있습니까? (작성방법 참조) 예 아니오
- 45 주식, 공채, 퇴직금, 신탁, 부동산, 사업용 자동차, 사업계정, 약속어음, 저당권, 신탁증서, 레저카, 장례 신탁금 또는 장례금, 연금, 보석류 (세습용 보석이나 결혼 보석은 제외), 석유권 또는 광업권 (작성방법 참조)이 있는 사람이 있습니까? 예 아니오
- 46 이 양식에 기재된 사람 가운데 지난 30개월 동안 위에 나온 종목을 양도, 판매, 거래 또는 증여한 사람이 있습니까? (작성방법 참조) 예 아니오
- 47 이 부분에 기재된 종목 가운데 의료비로 지불되거나 보증금으로 사용된 것이 있습니까? (작성방법 참조) 예 아니오

7부

Medi-Cal을 원하는 사람에 대해서만 대답하십시오.

	성인 1/본인	성인 2	자녀 1	자녀 2	자녀 3
48 사회보장번호:					
사회보장번호가 없어도 Medi-Cal에 대한 자격이 있을 수도 있습니다.					
49 출생지: 주 또는 국가.					
50 미국 시민 또는 국민? "아니오"인 경우, 미국 입국 날짜를 적으십시오.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 / / 연도 월 일 연도	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 / / 연도 월 일 연도	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 / / 연도 월 일 연도	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 / / 연도 월 일 연도	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 / / 연도 월 일 연도
51 현재 장기 치료시설이나 숙식 및 간호 제공 시설에 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
"예"인 경우, 시설이름은: 집으로 돌아갈 계획입니까? 6개월 이내에 집으로 돌아갈 계획입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
52 의료/치과 또는 시력 보상 보험이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
53 Medi-Cal 신청 전 3개월 동안 발생된 의료비용으로 인해 Medi-Cal을 신청하십 니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
54 사고 또는 상해로 인해 소송 중입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

여기를 찢으십시오

여기를 찢으십시오

7부 계속

	성인 1/본인	성인 2	자녀 1	자녀 2	자녀 3
55 성인, 배우자 또는 자녀의 부모가 현재 또는 과거에 미국 군대에서 복무한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 부모	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 부모	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 부모	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 부모	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 부모
56 민족 (인종): (선택)					
57 전일수업을 받는 학교에 재학 중입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
58 집에서 나와서 살고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

8부 정보 공개 (선택).

59 귀 자녀가 무료의 Medi-Cal에 자격이 되지 않는 경우 귀하께서 Medi-Cal이 귀 자녀의 신청을 저렴한 비용의 Healthy Families 프로그램과 공유하기를 원하지 않으시면 이 네모칸에 체크 표시를 하십시오.

60 이 신청서를 작성하기 위해 다음 사람 (사람의 이름을 적으십시오) _____의 도움을 받았습니다. 지역 복지 사무실이 이 사람(들)에게 신청 심사 및 결과에 대한 정보를 제공하는 것에 동의합니다. **신청자의 이름 첫 글자를 적어 주십시오** _____

9부 서명 및 증명.

61 본인은 거짓이 있는 경우 캘리포니아주 법률 하의 위증죄를 받을 수 있음을 알고 이 신청서에 답했으며, 본인이 알고 믿는 한 제출 서류들은 정확하고 사실 그대로임을 선언합니다.

본인은 신청서 작성방법과 선언 및 이 신청서에 나온 모든 정보를 읽고 이해했음을 선언합니다.

서명	날짜
증인 서명 (표시해서 서명한 경우)	날짜
신청자의 양식 작성을 도운 사람의 서명	전화번호
	신청자와의 관계
	날짜
신청자/급부 수혜자의 대리자 서명	전화번호
	신청자와의 관계
	날짜

다음 프로그램들에 관한 정보가 필요한 경우, 아래의 네모칸(들)에 체크 표시하면 정보를 보내드립니다. 저희의 웹사이트 www.dhcs.ca.gov를 방문하십시오.

- 개인 치료 서비스 프로그램 (PCSP), 가정 내 치료 프로그램.
- 유아 및 산모 이용 프로그램 (AIM). 어느 정도의 수입이 있는 임신 여성의 건강관리를 돕기 위한 프로그램.
- 여성, 유아 및 자녀 영양프로그램 (WIC). 임산부, 산모와 5세 이하의 아동을 위한 영양 프로그램.
- 가족계획.
- '아동보건 및 장애예방'(CHDP) 프로그램. 아동과 청소년을 위한 예방보건 프로그램.
아동 또는 청소년 자녀의 후속 진료를 위해 CHDP 프로그램에 진료를 의뢰해 드리기를 원하십니까? 예 아니오