작성방법

신청하기 전에 읽으십시오.

1부

본인이나 가족 또는 돌보고 있는자녀를 위해 Medi-Cal을 원하는사람에 관해 알려주십시오.

질문 1-8:

Medi-Cal을 원하는 사람이나 Medi-Cal을 원하는 자녀의 부모/돌보는 사람의 이름과 집주소 및 전화번호를 적어주십시오.

질문 9-13:

Medi-Cal을 원하는 사람의 전화번호와 우편주소를 적어주십시오(#2의 집주소와 다른 경우). 신청과 건강 급부에 관한 모든 정보는 이 주소로 우송됩니다.

질문 14A-B:

가장 잘 말하거나 읽는 언어를 적어 주십시오.

신분증명을 보내십시오. 가족 중 한 사람(부모 또는 돌보는 사람)만 신분증명 서류를 제출하면 됩니다. 다음의 신분증명 가운데 한 개의 **사본**을 보내주십시오.

- 캘리포니아주 운전 면허증
- 차량 서비스국이 발행한 신분증명 카드
- 미국 시민권이나 외국인 신분서류 (여권)
- 학생증
- 출생 증명서
- 혼인 신고서
- 사회보장번호 카드 또는 사회보장번호가 나와있는 서류
- 이혼 판결서
- 작업 증표, 건물 통행증
- 입양기록
- 성명 변경에 대한 법원 명령
- 교회 회원증 또는 세례 확인 증명서

다음 사람에 대해서는 신분증명이 필요 없습니다.

- 공공기관에 있는 사람
- 부모 가운데 한 명의 신분이 증명된 가족의 자녀
- 미성년자 동의 서비스를 받기 위해 Medi-Cal을 신청하는 자녀
- 신분확인이 된 사람의 배우자

2부

1부에 나온 사람과 이 사람의 가족및 이 사람이 돌보고 있는 자녀에 관해 알려주십시오.

5명 이상 신청하는 경우, 별도의 용지나 신청서의 A1, A2, A3 및 A4쪽의 사본을 사용해서 추가되는 사람에 관한 정보를 적어주십시오.

성인으로 간주되는 자는?

- 만 21세 이상 연령자
- 부모나 돌보는 친척집에서 같이 살지 않고 세금 납부 시 부양자로 보고되지 않는 만21세 이하의 연령자

자녀로 간주되는 자는?

- 집에 살고 있는 만21세 이하의 모든 자녀 (낳은 자녀와 입양자녀)
- 집에서 나와 살고 있고 세금 납부 시 부양가족으로 보고되는 만18세에서 만21세 사이의 연령에 있는 모든 자녀 (낳은 자녀와 입양자녀)
- 집에서 같이 살고 있는 만21세 이하의 모든 의붓자녀

질문 15:

집에 살고 있는 모든 사람의 성, 퍼스트 네임 및 미들 네임.

2쪽으로 가십시오

2부 계속

질문 16:

1부에 나온 사람과 각 개인의 관계는?
예: *본인, 아내, 남편, 조부모, 친구, 딸, 의붓 자녀, 조카 등.*

질문 17:

1부에 나온 주소와 다른 경우, 정확한 주소를 적어 주십시오. ***예:*** *자녀는 대학에 다니고 있고 학교에서 살고 있음.*

질문 18:

각 개인의 성별을 표시해 주십시오.

질문 19:

기재된 각 개인의 결혼 상태를 표시해 주십시오.

질문 20:

집에 살고 있는 결혼한 미성년자의 배우자의 이름을 적어주십시오. 반드시 배우자의 모든 소득을 4부에 적어 주십시오.

질문 21:

각 개인의 생년월일(월, 일, 연도 순)을 적어주십시오.

질문 22:

이 사람의 임신 여부를 표시해 주십시오. "예"인 경우, 출산 예정일을 적어주십시오.

Medi-Cal 전액 보상을 계속 받으시려면, 신청날짜로부터 60일 이내에 의사 사무실이나 진료소에서 발급한 임신증명을 보내셔야 합니다. 임신 관련 서비스만 원하는 경우에는 증명을 보내지 않아도 됩니다.

질문 23:

맹인이거나 30일 이상 지속될 것으로 보이는 신체적 또는 정신적 질환이 있는 경우, "예"에 체크 하십시오. 취업할 수 없는 경우, "예"에 체크하고, 장애자로 판정된 경우에는, 취업할 수 없는 기간을 아는 대로 상자에 체크해 주십시오. 이 정보는 장애에 근거하여 Medi-Cal에 대한 자격이 되는지 결정하는데 도움이 됩니다.

질문 24:

현금 보조, SSI, 푸드 스탬프 또는 Medi-Cal을 받은 사람이 있으면 알려주십시오. 이것은 귀하에게 요청하기 전에 지역 복지 사무실에서 필요한 정보를 확인하는데 도움이 됩니다. "예"에 체크한 경우, 누구의 이름으로 급부를 받았는지 해당되는 사람의 이름을 적어주십시오.

질문 25:

Medi-Cal을 받은 적이 있는 경우, Medi-Cal 수혜 신분증명 카드 (BIC) 번호가 있으면적어주십시오.

귀하의 Medi-Cal 수혜 신분증명 카드 (BIC) 번호는 여기에서 찾을 수 있습니다.

질문 26:

이 사람에 대해 의료 급부를 신청하는 경우,"예"에 체크하십시오.

질문 27:

캘리포니아 이외의 지역에서 주택을 소유하고 있거나 구매할 예정이면 알려주십시오. 이 질문에 대답은 거주지를 결정하는데 도움이 됩니다.

캘리포니아 거주 증명을 보내주십시오.
소득증명을 거주증명으로 사용할 수 있습니다. 소득의 출처가 캘리포니아가 아닌 경우에는, 다른 거주 증명을 보내십시오. 예: 집세 영수증, 공공요금 청구서 또는 자녀의 학교 기록.

3부

2부에 나온 모든 자녀에 대해 대답해 주십시오.

질문 28:

각 자녀의 생모나 입양모의 이름을 적어 주십시오. 어머니가 취업, 장애자, 실업, 사망 또는 집에 부재 중인지 네모 상자에 체크해 주십시오.

질문 29:

각 자녀의 생부나 입양부의 이름을 적어 주십시오. 아버지가 취업, 장애자, 실업, 사망 또는 집에 부재 중인지 네모 상자에 체크해 주십시오.

3쪽으로 가십시오

4부

2부에 나온 사람이 받는 모든 소득/금전을 적어주십시오.

질문 30과31:

돈을 받는 각 사람을 별도의 줄에 적어주십시오. 두 개의 다른 곳에서 돈을 받는 경우에는, **2**개의 줄에 적어주십시오.

예: *신청자가 2개의 직업이 있는 경우, 각 직업에 대해 한 줄씩 할애하여 소득을 보고하십시오.*

질문 32:

매회 받는 금액을 적어주십시오.

예: *일주일에 한번씩 돈을 받는 경우, 네모 상자에 일주일에 받는 금액을 적어주십시오.*

받는 금액이 매번 다른 경우에는, 정상적으로 받는 평균 액수를 적어주십시오. 저희들은 월수입의 정확한 계산을 위해 지급수표의 보관용 사본이나 기타 서류를 사용하고 있습니다.

초과근무, 승진, 봉급인상, 자녀 부양비나 별거/이혼 수당의 인상, 해고, 일시해고로 인해 앞으로 몇 개월간 소득 증감이 예상되는 경우, 별도의 종이에 설명해 주십시오.

예: *마리아가 이번에 직장에서 받은 수표는 $1000 이지만 정상 지급액은 $800에 불과합니다. 마리아의 지급수표에 초과근무 수입이나 현금 보너스로 $200이 포함되어 있다는 사실과 초과근무가 얼마나 오래 지속될 것인지 또는 얼마나 자주 보너스를 받는지 설명해 주십시오.*

질문 33:

얼마나 자주 이 돈을 받습니까?

예: *매월 (월 1회), 매주 (주 1회); 격주 (한주 걸러); 매월 2번 (월2회); 또는 매일 (하루에 1회).*

소득 기록

- **소득 기록을 보내주십시오.** 갖고 있는 가장 최근의 지급수표의 사본을 보내주십시오. 지급수표의 보관용 사본이 없는 경우에는, 고용주가 서명한 진술서를 받아서 보내십시오. 진술서에는 총 월소득 액수와 받은 날짜가 나와야 합니다.

또는

- **작년 연방 소득세 신고 사본.**

또는

제출할 수 있는 기타 소득증명:

- 자영업자인 경우에는, Schedule C나 F와 함께 작년의 연방 소득세 보고나 지난 3개월 간의 손익 계산서를 보내십시오.
- 장애나 퇴직으로 인한 소득이 있는 경우에는, 수여 통지서나 직접 예금이 표시된 은행 거래 보고서를 보내주십시오.
- 자녀 양육비나 별거/이혼 수당 또는 배우자 부양비를 받는 경우에는, 받은 수표의 사본이나 지방검사의 가족부양 분과에서 받은 지난 달의 진술서를 보내십시오.
- 학생 융자나 장학금을 받는 경우에는, 수여 통지서와 융자서류를 보내십시오.

4쪽으로 가십시오

5부

2부에 나온 모든 사람이 지불하는 기재된 경비/비용에 관해 설명해 주십시오.

법원으로 명령 받아 **자녀 양육비나 이혼/별거** 수당을 지불하고 있거나 기타 **의료보험이나 메디케어 프리미엄 비용이** 있으면 알려주십시오.

Medi-Cal은 메디케어의 프리미엄을 지불하고 귀하의 소득 계산에서 기타 보험 프리미엄 비용을 공제합니다.

질문 34:
비용을 지불하는 사람의 이름을 적으십시오.

질문 35:
매월 지불되는 총액을 적으십시오.

질문 36:
탁아 비용과 장애자 부양가족의 간호 및 치료비용을 적으십시오.

질문 37:
자녀나 장애 부양가족의 연령을 적으십시오.

질문 38:
비용을 지불하는 사람의 이름을 적으십시오.

질문 39:
각 자녀나 장애자 부양가족에 대해 매월 지불되는 총액을 적으십시오.

5부에 나온 **경비(비용)에 대한 증명을 보내주십시오.** 자녀 양육비나 이혼/별거 수당 비용에 대한 증명을 보내주십시오. 탁아와 부양가족 치료에 대해서는 영수증이나 취소된 수표를 보내주십시오.

6부

만19세 이하의 자녀를 위해서만 신청하거나 임신 여성이 임신관련 서비스만을 받기 위해 신청하는 경우에는 이 부분을 건너뛰십시오. 그렇지 않은 경우에는 2부에 나온 모든 사람에 대해 대답해 주십시오.

6부를 작성하는데 질문이 있거나 염려사항이 있으면, 공란으로 남겨놓고 지역 복지 사무실에 도움을 청하십시오.

현재 살고 있는 집의 자산가치는 Medi-Cal에 계산되지 않습니다.

질문 40:
갖고있는 현금의 총액과 받아서 아직 현금화하지 않은 모든 수표의 액수를 적어주십시오.

질문 41:
기재된 사람 가운데 수표발행 구좌나 저축 구좌 또는 생명보험 증서가 있는 사람이 있으면, 다음 서류의 사본을 보내주십시오:

- 현재의 계정 잔고가 표시된 계정 보고서.
- 모든 생명보험 증서 사본.

질문 42:
"예"에 체크한 경우, 자동차 등록(들)이나 해고 통지서(들)의 사본 또는 자동차 딜러나 수리공 등 자격 있는 사람이 작성한 가치평가서를 보내주십시오.

질문 43:
"예"에 체크한 경우, 모든 법원 명령, 서류 및 계약서의 사본을 보내주십시오.

질문 44:
"예"에 체크한 경우, 보험증서, 계약서 및 구매 계약서의 사본을 보내주십시오. California Partnership for Long-Term Care에서 보험증서를 증명한 경우에는 가장 최근의 급부 수혜 명세서를 보내주십시오.

5쪽으로 가십시오

질문 45-47:
"예"에 체크한 경우, 추가 정보 제공을 요청 받을 수 있습니다. 재산 증보 양식을 추가로 작성해야 할 수도 있습니다.

7부

Medi-Cal을 원하는 사람에 대해서만 대답하십시오.

질문 48:
전액 보상되는 Medi-Cal 급부를 신청하는 사람의 사회보장번호를 꼭 적어주십시오. 사회보장번호가 없는 경우에는, 미루지 말고 신청하십시오.
이 번호는 지금 신청해서 60일 이내에 알려주시면 됩니다.

임신 및 응급 치료 서비스는 사회보장번호가 없어도 받게 될 수 있습니다.

사회보장번호 신청에 관한 정보가 필요하시면, 사회보장 행정 담당부서의 무료 전화번호 1-800-772-1213번으로 전화하십시오.

질문 49:
각자의 출생지를 적어주십시오. 미국에서 출생한 경우, 주 이름을 적어주십시오. 출생지가 미국 이외의 나라인 경우에는, 국가 이름을 적어주십시오.

질문 50:
"예" 또는 "아니오"에 체크한 경우, 미국 시민권자나 국민인지 알려주십시오.

건강 보상을 신청하는 사람에 대해서만 입국자 지위 정보를 적어주십시오. 신청하지 않는 사람에 대해서는 적지 마십시오. 주에서는 정보를 자격 결정에만 이용할 것입니다. 입국자 지위 정보는 사적이며 기밀입니다.

입국관리 요건이 모두 충족되는 입국자들은 **전액 보상 Medi-Cal** 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 입국 기록이 없는 입국자라도 임신관련 및 응급 서비스를 받을 수 있습니다.

입국자 지위 증명이나 분실한 서류를 다시 받기 위해 신청한 INS 영수증을 **보내주십시오.** 영주권이나 입국 서류가 없는 많은 입국자들도 전액 보상 Medi-Cal 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 양면을 복사해서 즉시 또는 신청 후 30일 이내에 보내주십시오. 이 증명을 보내지 않아도 응급 또는 임신 관련 서비스를 받을 자격이 있을 수 있습니다.

Medi-Cal을 신청하지 않는 사람에 관한 입국자 정보는 적지 마십시오. 입국자 정보는 사적이며 기밀입니다.

질문 51:
이 사람이 양호시설, 거주시설 및 숙식 및 치료/간호 제공 시설에 있는지 알려주십시오.
"예"에 체크하는 경우, 시설 이름을 적어주십시오.

질문 52:
각 사람이 다른 의료보험 보상을 받는 경우, 네모 상자에 체크해서 표시해 주십시오.

다른 건강 보상을 받아도 Medi-Cal을 받을 수 있습니다. 다른 의료보험에서 보상되지 않는 것이 Medi-Cal에서 보상되는 경우가 있습니다.

6쪽으로 가십시오

7부 계속

질문 53:

"예"에 체크한 경우, 신청 전 3개월 내의 기간 중에 발생한 이미 지불되었거나 지불되지 않은 의료비의 일부 또는 전부를 Medi-Cal에서 보상 받게 될 수도 있습니다.

질문 54:

사고나 상해, 근로자 보상 또는 자동차 사고로 인해 소송을 제기한 사람이 있는 경우, "예"에 체크 하십시오.

질문 55:

해당되는 사람이나 배우자 또는 이 사람의 부모가 미국 군대에서 현재 복무 중이거나 과거에 복무한 경우, 네모 상자(들)에 체크하여 표시해 주십시오. 이 정보에 관한 질문은 다른 서비스나 급부를 받을 수 있는지 확인하기 위한 것입니다.

질문 56 (선택):

각 개인의 민족(인종)을 입력하실 수 있습니다. 이 정보는 통계적 목적을 위해서만 사용되며, Medi-Cal 자격에는 아무런 영향을 주지 않습니다.

질문 57:

학교에 재학 중인 경우, 네모 상자에 체크하여 표시해 주십시오. 만21세 이하 연령자가 학교에 재학 중인 경우, 이 사람의 소득은 계산되지 않을 수 있습니다.

질문 58:

이 사람이 집에서 떨어져서 살고 있거나 학교에 다니기 위해 집에 살지 않거나, 외지에서 근무하는지 알려주십시오.

8부

정보 공개 (선택)

질문 59:

"예"에 체크하시면, 신청하는 가족성원 가운데 한 사람 또는 그 이상이 Medi-Cal혜택을 받을 자격이 없는 경우, 이 신청서를 지역 복지 사무실에서 Healthy Families 프로그램으로 보내게 됩니다.

Healthy Families 프로그램은 종합 건강, 치과 및 시력 보상을 제공합니다. 보다 자세한 정보에 관해서는 **1-800-880-5305** 번으로 전화하시거나 프로그램의 웹 사이트 www.healthyfamilies.ca.gov를 방문하십시오.

질문 60:

이 항목에 기재하시면, 지역 복지 사무실에서 이름이 적힌 사람에게 신청 관련 정보를 제공하는 것을 허락하는 것입니다.

9부

서명 및 증명.

이 신청서에 서명할 수 있는 사람은?

- Medi-Cal을 원하는 사람이나 Medi-Cal을 원하는 사람의 배우자
- Medi-Cal을 원하는 자녀의 보호자, 후견인, 유언 집행자 또는 돌보는 사람
- Medi-Cal을 원하는 사람이 무능력자이거나 혼수상태에 있거나 기억상실증이 있는 경우, 또는 배우자나 보호자, 후견인이나 유언 집행자가 없는 사람인 경우, 이 사람을 대신하는 자.
- 부모나 돌봐주는 친척 또는 기탁 부양부모와 함께 살고 있지 않은 만14세에서 만21세의 연령자
- 미성년자 동의 서비스를 요청하는 만14세에서 만21세의 연령자

질문 61:

귀하는 주 법률과 연방법률에 따라 이 신청서에 반드시 서명해야 합니다. 여기에 서명하는 것은 귀하의 선언과 대답이 사실 그대로이며 제출하는 서류들 또한 사실이며 정확하다는 것을 나타냅니다.

7쪽으로 가십시오

Medi-Cal 비밀보장 통지

이 신청서에 나오는 정보는 복지 및 사회제도법 14100.2.에 따라 사적이고 기밀에 속하는 것으로 간주됩니다. 이 정보는 이 법률에 의해서만 공개됩니다.

Medi-Cal 권리와 책임 및 선언

나는 다음의 권리가 있습니다:

- 나의 인종, 피부색, 종교, 출신 국가, 성별, 연령 또는 정치적 믿음과 관계없이, 공정하고 평등하게 대우 받을 권리.
- 통역자를 요청할 권리.
- 나의 Medi-Cal 사례에 대한 결정이 불공평하거나 잘못 이루어지는 경우, 공정한 심리를 요청할 권리."결정 통보"를 받은 후 반드시 90일 이내에 심리를 신청해야 합니다. Medi-Cal의 공정 심리에 관한 정보는 무료전화 번호 1-800-952-5253번으로 전화하십시오.
- 대면 인터뷰를 받을 수 있는 권리.
- Medi-Cal 프로그램 규칙과 안내서를 검토할 권리.

나는 다음의 책임이 있습니다:

- 신청서에 적은 정보에 변화가 생기는 경우, 10일 이내에 보고할 책임.
- 가족 성원이 장애자 급부를 신청하거나 병원이나 시설 등 공공 기관에 있는 경우, 또는 타인이 야기한 사고나 상해로 인해 의학적 치료를 받는 경우, 지역 복지 사무실에 통보할 책임.
- 나의 사례에 대한 심사에 협조할 책임.
- 이용 가능한 소득을 신청할 책임.
- 적절한 부성에 대한 결정과 의료 지원의 집행 노력에 협조할 책임.
- 의료 지원에 대한 권리를 캘리포니아 주에 양도할 책임.
- 제3자 의료 지원에 대한 권리를 캘리포니아주에 양도할 책임.

나는 다음을 이해합니다:

- Medi-Cal 자격에 대한 조건으로, 모든 의료 지원에 대한 권리는 자동적으로 캘리포니아주에 양도됩니다.
- 요구되는 사실을 의도적으로 제공치 않거나 허위 사실을 제공하는 경우, 급부 수혜가 기각 또는 종료될 뿐 아니라 환불해야 할 수도 있습니다. 사기 행위에 대한 조사를 받을 수도 있습니다.
- 내가 신청하는 사람들은 감옥이나 구치소 또는 기타 교화 시설에 있지 않습니다.
- 내가 사망한 후, 생존 배우자나 미성년 자녀(들) 또는 맹인이거나 완전 장애자인 자녀(들)이 없는 경우, 주정부에서 내가 만55세 이후 받은 모든 Medi-Cal 급부에 대해 내 재산에서 환불 받기 위한 조치를 취할 수 있습니다.
- 내가 간호시설로 들어가 집으로 돌아갈 의사가 전혀 없는 경우, 주정부가 나의 재산에 대한 선취특권을 강요할 수 있습니다.

Medi-Cal 프라이버시 통보

1977년의 정보 이용법과 연방 사생활법에 의해 보건 서비스국은 다음의 정보를 제공해야 합니다. 복지 및 사회제도법 14011조 및 22편 CCR의 규정에 의해 Medi-Cal 신청자는 자격에 관한 정보를 제공해야 합니다.

이 정보는 전액 보상되는 Medi-Cal 급부 보상을 신청하는 사람들의 경우에 한해서, 입국자 지위를 INS에 확인하는 등, 자격 확인과 Medi-Cal 프로그램의 관리와 관련된 기타 목적을 위해, 연방, 주, 지방 정부와 공유될 수 있습니다. (연방법에 의하면 INS는 사기건을 제외한 어떠한 목적에도 이 정보를 사용할 수 없습니다.) 이 정보는 청구의 처리와 급부 수혜 신분증명 카드(BICs)를 만들기 위한 목적으로 사용될 수 있습니다. 필요한 정보를 제공하지 않는 경우, 신청이 기각될 수 있습니다.

인종에 관한 정보와 '자발적' 또는 '선택'으로 표시된 항목 이외에는, 이 양식에서 요구되는 모든 정보에 대한 기재는 의무적입니다. 응급 또는 임신관련 급부만을 신청하는 경우가 아닌 한, 사회보장법 1137(a)(1)조와 복지 및 사회제도법 14011.2.조에 의해 사회보장번호를 반드시 적으셔야 합니다.

개인은 보건 서비스국이 보유하고 있는 개인 정보가 포함된 기록을 볼 권리가 있습니다.

기록을 요청하시려면 지역 복지 사무실로 연락하십시오.

캘리포니아주 제공

Flex your POWER