

한정된 소득과 재산을 가진 사람들을 위한
건강관리 보상

MEDI-CAL

우편 신청 및 작성방법



물리
치료

조제약품
서비스

양호시설
치료 및 관리



임신
여성

유아/
아동



장애자



노인치료

시력 관리



가족

치과 치료



응급 의료
교통수단



근로
부모

Medi-Cal 신청을 위한 **무료** 도움이 필요하시면,
지역 복지 사무실로 연락하십시오.

Medi-Cal이란?

- 캘리포니아 거주자로서 소득과 재산이 정해진 한도 이내인 자격 있는 사람들을 위한 건강 관리 보상 프로그램입니다



Medi-Cal 자격요건은?

- 만65세 이상의 연령자
- 만21세 이하의 연령자
- 미성년 자녀*와 같이 살고 있는 경우
만21세에서만65세 사이의 연령인 특정 성인
- 맹인 또는 장애인
- 임신 여성
- 양호시설 치료 및 관리를 받고 있는 자
- 특정 난민, 망명자, 쿠바/하이티로부터 입국자

*엄밀하게는 자녀라고 할 수 없지만 돌보는 있는 만21세 이하의 연령자도 신청서와 작성방법에 대부분의 경우 '자녀'로 표시되어 있음을 유의하십시오.

미국 시민만 Medi-Cal을 받을 수 있습니까?

- 아닙니다. 입국 기록이 있거나 없는 외국인들도 Medi-Cal 자격이 될 수 있습니다. 경우에 따라, 임신 관련 및 응급 서비스만 받을 수 있는 사람과 전액 보상되는 Medi-Cal 급부를 받을 수 있는 사람이 있습니다

Medi-Cal에서 "미성년 자녀"의 의미는?

- 같이 살고 있거나 집을 떠나 재학 중인 기혼 또는 미혼인 만 21세 이하의 자녀

Medi-Cal 보상 혜택을 받을 수 있는 방법은?

- 동봉된 신청서를 작성해서 보내십시오
- 기타 필요한 서류의 사본을 보내십시오 (작성 방법 참조)

나와 가족이 Medi-Cal 보상 혜택을 받을 수 있는 방법은?

귀하가 "Medi-Cal 자격요건은?"에 열거된 집단에 속하는 경우:

- 저희는 Medi-Cal로 계산될 수 있는 가족의 소득을 결정하기 위해 귀하의 소득 수준을 확인하고 귀하의 지불 비용의 일부를 공제합니다
- 귀하가 재산 한도 기준에 충족되는지 확인하기 위해 귀하와 가족이 소유한 재산(은행 계정, 자동차 등)을 확인합니다. **유의사항:** 귀하와 가족이 소유한 모든 재산이 계산에 포함되지 않습니다; 지역 복지 담당관이 보다 자세한 정보를 제공해 드릴 수 있습니다



보상 집단에 속하지 않는 경우에 보상을받는 방법은?

- 카운티의 의료 서비스에 관한 정보가 필요하시면 지역 복지 사무실로 연락하십시오

Medi-Cal 건강 보상 신청 시기 다음 경우에 어떻게 해야 할까요...

심각한 질병이나 임신 등으로 건강관리서비스가 당장 필요합니다.

- 이 신청서를 직접 가까운 복지 사무실로 가지고 가서 신청절차를 시작하십시오.

신청서는 있지만 도움이 필요합니다.

- 작성방법을 자세히 읽으십시오.
- 지역 복지 사무실로 연락해서 도움을 받으십시오.
- 친구나 친척에게 도움을 청하십시오.



제 배우자나 제가 양호시설에 들어가면서 Medi-Cal을 신청합니다.

- 거주지역의 복지 사무실로 즉시 연락해서 Medi-Cal 자격 결정 양식(DHCS 7077)의 기준에 관한 통지서를 한부 받으십시오. 이 양식에는 면제 받을 수 있는 특정의 재산, 배우자의 빈곤을 막기 위한 특정 보호 및 Medi-Cal 자격요건에 영향을 주지 않고 주택 소유권이전이 가능한 특정 상황에 관한 설명이 나와있습니다.

신청서를 모두 작성했는데 우송하고 싶습니다.

- 작성하신 신청서와 서류를 거주하시는 지역의 복지 사무실로 우송하여 주십시오.

주: Medi-Cal은 귀하가 가입을 신청한 후에 Medi-Cal에 등록된 제공자로부터 받는 보험적용 서비스에 대해서만 비용을 지불할 것입니다. Medi-Cal이 비용을 지불하게 하시려면, 귀하의 제공자가 Medi-Cal에 등록된 제공자인지 확인하십시오.

집이나 우편주소가 없습니다.

신청서를 우송하지 마십시오.

- 가장 가까이 있는 복지 사무실로 가서 신청서를 제출하십시오.

미성년/십대 연령자로 가족계획, 임신관련 진료, 정신건강, 마약 및 알코올 남용 치료/상담, 성병 (STD) 또는 성폭행 등 비밀보장 미성년자 동의 서비스를 원합니다.

- 기밀 유지를 위해서는, 이 신청서를 반드시 지역 복지 사무실이나 자격 결정 담당실로 갖고 가야 합니다.

우송하지 마십시오

Medi-Cal을 직접 요청하고 싶습니다. 신청서를 우송하고 싶지 않습니다.

- 거주지역 복지 사무실로 연락해서 직접 신청을 위한 인터뷰를 요청하십시오.

유의사항: 신청서를 지역 복지 사무실로 갖고 가든 우송하든, 이 신청을 도와주는 사람에게 돈을 지불해서는 안됩니다.

www.dhcs.ca.gov

Medi-Cal 신청을 위한 **무료** 도움이 필요하시면,
거주지역 내 복지 사무실로 연락하십시오.

신청서 작성 방법

- 신청서를 찢어내십시오
- 작성방법을 완전히 읽으십시오
- 가능한 한 신청서의 모든 항목에 기입하십시오
- 요청된 서류들을 제출하십시오 (작성방법 참조)
- 도움이 필요하시면, 지역 복지 사무실로 연락하십시오
- 미루지 말고 신청서를 제출하십시오

신청서에 누구에 관한 정보를 기입합니까?

- 배우자와 같이 살지 않는 성인으로 자녀가 없는 경우에는, 본인의 정보를 기입하십시오.
- 법에 따라 정식으로 결혼하여 배우자와 같이 살고 있는 경우에는, 본인과 배우자의 정보를 기입하십시오.
- 법적으로 결혼했지만 배우자나 본인 중 한 사람이나 두 사람 모두 양호시설이나 숙식 및 간호 제공시설에 있는 경우에는, 본인과 배우자의 정보를 기입하십시오.
- 만21세 이하의 자녀가 귀하와 다른 부모(어머니 또는 아버지)와 같이 살고 있는 경우에는, 본인과 자녀 및 다른 부모의 정보를 기입하십시오.
- 본인이 만21세 이하지만 부모와 같이 살지 않고 있는 경우에는, 본인의 정보를 기입하십시오.
- 만21세 이하의 미혼 미성년자로 부모(들)과 같이 살고 있지만 미성년자 동의 기밀서비스를 요청하는 경우에는, 본인의 정보를 기입하십시오.



신청서 제출 후에는 어떻게 됩니까?

- 신청서를 받은 후 영업일 10일 이내에 지역 복지 사무실에서 신청서를 받았 다는 것을 통보합니다. 신청서에 관해 보다 자세한 정보를 받기 위해 연락할 수 있는 사람의 이름을 알려드립니다.
- 카운티에서 그 외의 추가 프로그램들에 관한 정보가 포함된 서류를 받게 됩니다.
- 카운티에서 자격요건을 결정하는데 필요한 추가 정보를 요청할 수도 있습니다.
- 대개, 지역 복지 사무실은 45일 이내에 자격여부를 결정해서, 서면으로 통지합니다. 장애로 인한 자격요건의 결정은 90일까지 걸릴 수 있습니다.
- 자격이 있는 것으로 판정되는 경우, 거주하고 있는 카운티에 따라, 건강 보험을 선택하실 수도 있습니다. 귀하가 Medi-Cal에 자격이 되는지 알기 전이라도, 1-800-430-4263번 (이 전화는 통화료 무료)으로 전화하셔서 귀하의 지역에서 이용할 수 있는 건강 보험에 대해 알아보실 수 있고 등록 양식과 함께 관련 정보들을 요청하실 수 있습니다.
- 무비용 Medi-Cal을 받을 자격이 없는 경우, Healthy Families 프로그램 신청을 원하시면, 지역 복지 사무실에서 이 신청서를 해당 프로그램으로 보낼 것입니다.