

다음까지 응답하지
않으면 Medi-Cal
혜택을 받지
못합니다.

Medi-Cal 갱신 양식

이 양식은 다른 언어나 원하는 형식으로 받을 수 있습니다. 귀하의 언어로 도움을 요청하기 위한 전화번호:

통지 날짜:

케이스 번호:

케이스 이름:

근로자 이름:

근로자 전화 번호:

다음에 대해 보험 혜택을 갱신할 시기입니다:

이름

생일

이 양식에 없는 가구 구성원은 Medi-Cal 에 대해 별도의 서신을 받게 됩니다.

- 1 단계. 양식을 읽고 질문에 답하시기 바랍니다
- 2 단계. 신고서 및 서명 페이지에 서명하고 날짜를 기입합니다
- 3 단계. 마감일까지 증빙 서류와 함께 양식을 보내시기 바랍니다

귀하의 양식과 증빙 서류를 제공하는 간편한 방법:

 온라인

또는 coveredca.com
이용.

 우편


이 서신과 함께 서류를
봉투에 넣어
우편으로 보냅니다.

 전화

로 연락.

 직접 접수

에 위치한
에 방문. 운영 시간은 월
요일~금요일 a.m.
to p.m.
입니다.

 문의하고 싶은 사항이 있다면? 마감일 전에
로 지역 카운티 사무소
로 전화하시기 바랍니다.

귀하의 연락처 정보

↓ 귀하의 정보를 검토하시기 바랍니다

↓ 아래에서 새 정보를 업데이트하거나 추가하시기 바랍니다

이 정보는 정확합니다.
정보가 정확하다면 3 페이지를 보시기 바랍니다.

아래에 나의 정보를 업데이트했습니다.
신규 또는 변경된 정보만 작성하시기 바랍니다.

이름	성명(이름, 중간 이름, 성)		
집주소	집주소	아파트 호수	
우편 주소	도시	주	우편 번호
	우편 주소(집 주소와 다르거나 집 주소가 없는 경우)		
	도시	주	우편 번호
전화 번호 주택 전화: 휴대폰: 기타:	전화 번호		
	주택 전화 _____-_____-_____		
	휴대폰 _____-_____-_____		
	직장 전화 _____-_____-_____		
	기타 _____-_____-_____		
이메일	이메일(선택 사항):		
귀하가 서류에 사용하는 언어	귀하가 서류에 사용하는 언어:		
귀하가 대화에 사용하는 언어	귀하가 대화에 사용하는 언어:		
	귀하에게 연락하는 가장 좋은 방법: <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 전화 번호 <input type="checkbox"/> 우편 발송 주소		

공인 대리인이 필요합니까?

다음에 필요한 경우 지역 카운티 사무소 _____로 연락주시기 바랍니다.

- 가족, 친구, 보호자, 변호사 또는 대변인과 같은 공인 대리인을 지정하여 귀하의 Medi-Cal 자격 및 등록과 더불어 귀하와 동행하거나 귀하를 지원하거나 대변할 수 있습니다.
- 공인 대리인 변경



섹션에 사람을 더 추가하거나 정보를 추가해야 하는 경우 별도의 종이에 작성(또는 페이지 사본을 만들 수 있음)하고 갱신 양식과 함께 보내주시기 바랍니다.

가족 구성원

귀하와 귀하의 모든 가족 구성원에 대한 정보가 필요합니다. 포함되는 가족 구성원:

- 배우자 또는 등록된 동거인
- 귀하와 함께 사는 어린이
- 그 자녀와 함께 집에 사는 모든 부모
- 연방 소득세 신고서에 있는 사람(신고하는 경우) 건강 보험을 신청하기 위해 세금 신고를 할 필요는 없습니다.
- 다른 사람의 세금 신고서에 부양 가족으로 청구된 경우, 귀하를 청구한 세금 신고 가구의 모든 구성원과 함께 거주하는 가족 구성원을 모두 포함해야 합니다.
- 귀하와 함께 사는 다른 사람은 건강 보험을 원하는 경우 자신을 위해 따로 신청서를 제출해야 합니다. (예: 남자 친구, 여자 친구 또는 룸메이트)

가족 구성원 정보를 검토하시기 바랍니다.

이름	관계	주소	이 정보가 정확합니까? 답변이 예인 경우, 다음 섹션으로 이동하시기 바랍니다. 답변이 아니오인 경우, 아래를 업데이트하시기 바랍니다.
			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

다음 페이지에 계속 »

새로운 가족 구성원 정보를 업데이트하거나 추가합니다.

지난 12 개월 동안의 귀하의 가족 구성원의 변경 사항에 대해 알려주시기 바랍니다.

예를 들어, 가족 구성원이 결혼했거나, 아기를 낳았거나, 이사를 들어오거나 이사를 나갔거나 수감되었거나, 가족이 사망한 경우가 있습니다.

성명(이름, 중간 이름, 성)	관계	어떤 정보가 바뀌었습니까?
1.		
2.		
3.		

세금 정보

주 납세자는 세금 보고서와 이 표에 가장 먼저 기재된 사람입니다.

귀하의 세금 정보를 검토하시기 바랍니다.

이름	이 사람이 연방 세금 신고서를 제출할 계획입니까?	이 사람은 세금을 신고해야 한다고 예상합니까?	이 사람의 세금 신고 상태는 무엇입니까?	이 정보가 정확합니까? 답변이 예인 경우, 다음 섹션으로 이동하시기 바랍니다. 답변이 아니오인 경우, 아래를 업데이트하시기 바랍니다.
기본 세금 신고자				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

다음 페이지에 계속 »

새로운 세금 정보를 업데이트하거나 추가하시기 바랍니다.

기본 세금 신고자가 변경되었습니까? (세금 신고서에 제일 먼저 기재되어 있는 사람입니다.)

예 아니오 답변이 예인 경우, 기본 세금 신고자 이름: _____

성명 (이름, 중간 이름, 성)	이 사람이 연방 세금 신고서를 제출할 계획입니까?	이 사람은 세금을 신고해야 한다고 예상합니까?	이 사람의 세금 신고 상태는 무엇입니까?
1.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 기혼 공동 신고: _____ <input type="checkbox"/> 기혼 별도 신고 <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 세대주 <input type="checkbox"/> 부양 가족 청구자: _____ <input type="checkbox"/> 비과세 신고자
2.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 기혼 공동 신고: _____ <input type="checkbox"/> 기혼 별도 신고 <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 세대주 <input type="checkbox"/> 부양 가족 청구자: _____ <input type="checkbox"/> 비과세 신고자

수입

소득은 직업, 자영업 또는 Social Security 이나 연금과 같은 기타 출처에서 얻는 돈입니다. 모든 소득에 대한 현재 증거를 첨부해야 합니다. 예:

- 최근 급여 명세서
- 혜택 또는 수상 편지
- 작년 세금 환급

귀하의 수입 정보를 검토하시기 바랍니다.

이름	수입원	세금 또는 공제 전 소득 (연방 과세 소득)	얼마나 자주 받습니까? (연간, 월간, 2 주마다, 한 달에 2 번, 매주, 매일 또는 매시간)	이 정보가 정확합니까? 답변이 예인 경우, 다음 섹션으로 이동하시기 바랍니다. 답변이 아니오인 경우, 이 소득을 마지막으로 받은 시기를 알려주시기 바랍니다. 그리고 나서 아래에서 업데이트하거나 추가하시기 바랍니다.
				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 ____ / ____ / ____
				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 ____ / ____ / ____
				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 ____ / ____ / ____

다음 페이지에 계속 »

새로운 수입 정보를 업데이트하거나 추가하시기 바랍니다.

가장 일반적인 소득 유형의 예:

- 직장 소득
- 자영업 소득
- Social Security 퇴직자, 생존자 및 장애 혜택
- 실업 급여
- 배우자 지원을 받는 경우: 이혼 또는 별거 합의의 가장 최근 날짜 또는 수정 날짜 (월/일/연도)를 여기에 입력하시기 바랍니다.

_____ / _____ / _____

성명 (이름, 중간 이름, 성)	이 소득의 출처는 무엇입니까?	세금 또는 공제 전 소득 (연방 과세 소득)	시작일 (월, 일, 연도)	얼마나 자주 받습니까? (연간, 월간, 2 주마다, 한 달에 2 번, 매주, 매일 또는 매시간)	이 소득을 계속 받을 것으로 예상합니까? 답변이 아니오인 경우, 이 소득을 받을 것으로 예상하는 마지막 날짜를 기재하시기 바랍니다.
1.		\$			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 ____ / ____ / ____
2.		\$			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 ____ / ____ / ____
3.		\$			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 ____ / ____ / ____

누군가의 소득이 월별로 바뀐다면?

예 아니오 그렇다면, 향후 12 개월 동안의 총 소득이 얼마일지 알려주시기 바랍니다. 이 질문은 정확한 연간 소득 금액을 산출하기 위한 것입니다.

성명 (이름, 중간 이름, 성)	향후 12 개월 동안 예상되는 총 수입은 얼마입니까?
1.	\$
2.	\$

비용 및 공제

귀하가 부담하는 비용 및 공제를 보고하면 Medi-Cal 이 귀하의 자격을 결정할 때 고려하는 소득 금액을 낮출 수 있습니다. 모든 소득에 대한 현재 비용 및 공제에 대한 증빙 서류를 첨부해야 합니다. 예:

- 손익 명세서
- 세금 환급

비용 및 공제 정보를 검토하시기 바랍니다.

이름	비용 또는 공제 유형	금액	얼마나 자주 받습니까? (월간, 분기별, 연간)	이 정보가 정확합니까? 답변이 아니오인 경우, 아래에서 업데이트하거나 추가하시기 바랍니다.
		\$		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
		\$		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

새로운 비용 및 공제 정보를 업데이트하거나 추가하시기 바랍니다.

가장 일반적인 비용 및 공제의 예:

- 자영업 비용
- 학자금 대출이자
- IRA 기여
- 위자료 지급: 이혼 또는 별거 합의의 가장 최근 날짜 또는 수정 날짜(월/일/연도)를 여기에 입력하시기 바랍니다.

____ / ____ / ____

성명 (이름, 중간 이름, 성)	비용 또는 공제 유형	금액	얼마나 자주 받습니까? (월간, 분기별, 연간)
1.		\$	
2.		\$	

Medicare 보장

Medicare 의 어느 부문에 가입했는지 확실하지 않은 경우 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화하시기 바랍니다.

귀하의 Medicare 를 검토하시기 바랍니다.

이름	월간 프리미엄 파트 A (병원 입원 환자)	월간 프리미엄 파트 B (외래 진료)	월간 프리미엄 파트 C (Medicare 혜택)	월간 프리미엄 파트 D (의약품)	이 정보가 정확합니까? 답변이 예 인 경우, 다음 섹션으로 이동하시기 바랍니다. 답변이 아니오 인 경우, 아래를 업데이트하시기 바랍니다.
					<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
					<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

새로운 Medicare 를 업데이트하거나 추가하시기 바랍니다.

귀하 또는 귀하 가구 구성원 중 누군가가 새롭게 Medicare 수혜 자격이 있거나, 귀하 자신 또는 귀하 가구 구성원의 보험료를 분담하는 경우, 아래 정보를 작성하시기 바랍니다.

성명 (이름, 중간 이름, 성)	Medicare 번호	월간 프리미엄 파트 A (병원 입원 환자)	월간 프리미엄 파트 B (외래 진료)	월간 프리미엄 파트 C (Medicare 혜택)	월간 프리미엄 파트 D (의약품)
1.		\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$

장기 요양

장기 요양은 개인이 장기간 자신을 돌볼 수 없는 경우 개인의 건강 또는 개인 간병 요구에 맞게 설계된 서비스입니다. 예:

- 전문 요양원
- 가정 생활 지원
- 호스피스

장기 요양 정보를 검토하시기 바랍니다.

장기 요양자의 이름	장기 요양 시설 이름	장기 요양 시설 주소	이 정보가 정확합니까? 답변이 예인 경우, 다음 섹션으로 이동하시기 바랍니다. 답변이 아니오인 경우, 아래를 업데이트하시기 바랍니다.
			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

새로운 장기 요양 정보를 업데이트하거나 추가하시기 바랍니다.

사람 1		
장기 요양자의 이름 (이름, 중간 이름, 성)	입소일 (월/일/연도) ____/____/____	퇴소일 (월/일/연도) ____/____/____
장기 요양 시설 이름	장기 요양 시설 주소	
배우자 또는 등록된 동거인의 이름 (이름, 중간 이름, 성)	배우자 또는 등록된 동거인의 주소가 다를 경우	

다음 페이지에 계속 »

» 계속

사람 2		
장기 요양자의 이름 (이름, 중간 이름, 성)	입소일 (월/일/연도) ____ / ____ / ____	퇴소일 (월/일/연도) ____ / ____ / ____
장기 요양 시설 이름	장기 요양 시설 주소	
배우자 또는 등록된 동거인의 이름 (이름, 중간 이름, 성)	배우자 또는 등록된 동거인의 주소가 다를 경우	

기타 건강 보험

Medi-Cal 또는 Medicare 가 아닌 건강 보험에 대해 알려주시기 바랍니다. 예를 들어, Covered California 건강 보험이나 가족 구성원의 직장 보험에 가입할 수도 있습니다.

다른 건강 보험이 **없**는 경우 이 섹션을 건너 뛰고 다음 섹션으로 이동하시기 바랍니다.

건강 보험 정보를 검토하시기 바랍니다.

이름	보험 회사	보험 유형 (예: 건강, 치과, 안과, 약국)	부담하는 보험료	부담 횟수 (월별, 분기별, 연간)	이 정보가 정확합니까? 답변이 예인 경우, 다음 섹션으로 이동하시기 바랍니다. 답변이 아니오인 경우, 아래를 업데이트하시기 바랍니다.
			\$		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			\$		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

새로운 건강 보험 정보를 업데이트하거나 추가합니다.

성명 (이름, 중간 이름, 성)	보험 회사	보험 유형 (예: 건강, 치과, 안과, 약국)	부담하는 보험료	부담 횟수 (월별, 분기별, 연간)
1.			\$	
2.			\$	

가구 구성원 변경

질문에 예라고 답한 경우 아래 정보를 입력하시기 바랍니다.

Medi-Cal

Medi-Cal 에 가입하지 않은 가구 구성원이 가입하려고 합니까? 답변이 예인 경우, 아래에 기입하시기 바랍니다.

성명(이름, 중간 이름, 성)	생년월일 (월/일/연도)	Medi-Cal 을 원하는 사람이 가지고 있는 경우, Social Security 번호 ____ - ____ - ____ - ____ - ____
------------------	------------------	--

임신

가족 구성원 중에 임신한 사람이 있습니까? 답변이 예인 경우, 아래에 기입하시기 바랍니다.

성명(이름, 중간 이름, 성)	출산일 (월/일/연도) ____ / ____ / ____	몇 명의 아기를 출산할 예정입니까?
------------------	---------------------------------------	---------------------

이전 위탁 청소년

귀하의 가구 구성원 중 18 세~26 세 사이인 사람이 18 세 생일 이후에 어느 주에서든 위탁 보호를 받고 있었습니까? 답변이 예인 경우, 아래에 기입하시기 바랍니다.

성명(이름, 중간 이름, 성)	주(예: California)
------------------	------------------

이민 또는 시민권 (이 정보는 건강 보장을 결정하는 데만 사용됩니다.)

귀하의 가구 중 현재 Medi-Cal 을 보유하고 있는 사람이 지난 12 개월 동안 이민 또는 시민권 신분을 변경한 적이 있습니까? 답변이 예인 경우, 아래에 기입하시기 바랍니다.

성명(이름, 중간 이름, 성)	새로운 상태 번호
------------------	-----------

장애

귀하의 가구에 신체적, 정신적, 정서적 또는 발달 장애가 있는 사람이 있습니까? 답변이 예인 경우, 아래에 기입하시기 바랍니다.

성명(이름, 중간 이름, 성)	장애가 부상의 결과입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
------------------	---

학생

귀하의 가구 구성원 중에 19 세 또는 20 세의 정규 학생이 있습니까? 답변이 예인 경우, 아래에 기입하시기 바랍니다.

성명(이름, 중간 이름, 성)

Medicare

귀하의 가구 구성원 중 Medicare 를 받는 사람이 있습니까? 답변이 예인 경우, 아래에 기입하시기 바랍니다.

성명(이름, 중간 이름, 성)

Medicare 번호

부담하는 월 보험료

\$

장기 요양

귀하의 가구 구성원 중 장기 요양 치료를 받는 사람이 있습니까? 답변이 예인 경우, 아래에 기입하시기 바랍니다.

장기 요양자의 이름
(이름, 중간 이름, 성)

입소일
(월/일/연도)
____/____/____

퇴소일
(월/일/연도)
____/____/____

장기 요양 시설 이름

장기 요양 시설 주소

배우자 또는 등록된 동거인의 이름
(이름, 중간 이름, 성)

배우자 또는 등록된 동거인의 주소가 다를 경우

카운티에 보고된 정보

보고서에 따르면 이 사람은 현재 (감옥 또는 교도소에) 수감되어 있습니다.

이름

이 사람은 수감되어 있습니까?

예 아니오

답변이 아니오인 경우, 출소일을 기입하시기 바랍니다. ____/____/____

당사의 보고서에 따르면 이 사람은 사망했습니다(죽음 또는 돌아가심).

이름

이 사람은 사망하였습니까?

예 아니오

건강 프로그램 정보 및 추천

이 섹션은 선택 사항입니다. 답변하지 않기로 선택할 수도 있지만 답변을 통해 이용 가능한 서비스를 참고할 수도 있습니다.

1. 21 세 미만 아동을 위한 무료 건강 프로그램 (CHDP 라고 하는 Child Health and Disability Prevention Program) 에 대한 정보를 원하십니까?

예 아니오

2. 임신 중이거나 모유 수유중인 사람과 5 세 미만의 어린이 (WIC 라고 하는 Women, Infants, and Children Program) 를 위한 무료 보조 식품 프로그램에 대한 정보를 원하십니까?

예 아니오

3. 집에 사는 가구 구성원이 신장 투석 관련 치료를 받고 있습니까?

예 아니오 답변이 예인 경우, 치료를 받는 사람: _____

4. 집에 거주하는 가구 구성원이 지난 2 년 이내에 장기 이식을 받은 적이 있습니까?

예 아니오 답변이 예인 경우, 치료를 받는 사람: _____

5. 노인, 시각 장애인 또는 장애인을 위한 재택 간호 프로그램(In-Home Supportive Services 라고도 함)인 Personal Care Services Program) 에 대한 정보를 원하십니까?

예 아니오


6. 귀하의 가구 구성원 중 장기 요양이나 가정 및 지역 사회 기반 서비스의 도움이 필요한 사람이 있습니까?

예 아니오 답변이 예인 경우, 치료를 받는 사람: _____

서약 및 서명

- 본인은 California 주법에 따라 위증시 처벌을 받을 수 있음을 서약합니다.
- 나는 이 갱신 양식에 대한 모든 질문을 이해했으며 내가 아는 한 진실하고 정확한 답변을 제공했습니다. 내가 직접적인 답변을 몰랐을 때 나는 아는 사람에게 답변을 확인하기 위해 모든 합리적인 시도를 했습니다. 다음 페이지의 개인 정보 보호 정책, 권리 및 책임을 읽거나 읽은 적이 있습니다.
- 본인이 갱신 양식에 진실을 말하지 않을 경우 최대 4년의 징역을 받을 수 있는 위증에 대한 민사 또는 형사 처벌이 있을 수 있음을 알고 있습니다(California Penal Code section 126 참조). 본인은 이 갱신 양식의 정보가 신청하는 사람들이 건강 보험 자격이 있는지 결정하는 데 사용된다는 사실을 알고 있습니다. Medi-Cal 프로그램과 Covered California 는 연방법 및 California 법률에서 요구하는 대로 정보를 비공개로 유지합니다.
- 건강 보험을 신청하는 사람의 이 갱신 양식에 변경 사항이 있는 경우, 변경 후 10 일 이내에 Medi-Cal 프로그램에 알리거나 내 지역 카운티 사무소에 연락하는 데 동의합니다. Covered California 를 통해 보험에 가입한 경우 30 일 이내에 변경 사항을 보고하는 데 동의합니다.

아래에 서명하고 날짜를 기입하시기 바랍니다.

신청자/수혜자 또는 공인 대리인의 서명	날짜(월/일/연도)
	

필요한 경우 모든 **현재 증빙 자료**와 모든 추가 사본 또는 추가 페이지를 첨부하는 것을 잊지 마시기 바랍니다.

기록 보관

이 페이지에는 개인 정보 보호 정책, 권리 및 책임, 이의 제기 권리, 차별 금지 정책, 차별 불만 제기에 대한 중요한 정보가 포함되어 있습니다.

개인 정보 보호 정책

이 갱신 양식은 Department of Health Care Services (DHCS) 를 통해 Medi-Cal 혜택을 갱신하고 Covered California 를 통해 건강 보험 자격을 결정하기 위한 것입니다. 귀하가 제공하는 개인 및 의료 정보는 비공개이며 기밀입니다. DHCS 또는 Covered California 는 이 갱신 양식에서 귀하와 다른 사람을 식별하고 저희 프로그램을 관리하기 위해 필요합니다.

당사는 귀하의 정보를 다른 주, 연방 및 지역 기관, 계약자, 건강 보험 및 프로그램과 공유하겠습니다. 이는 귀하를 플랜 또는 프로그램에 등록하거나 프로그램을 관리하기 위해서만, 그리고 법률에서 요구하는 다른 주 및 연방 기관과만 공유합니다.

선택 사항'으로 표시되거나 달리 지시되지 않는 한, 이 갱신 양식의 모든 질문에 답변해야 합니다. 갱신 양식에 필요한 정보가 누락된 경우 이를 요청하기 위해 연락을 드립니다. 이 정보를 제공하지 않으면 갱신에 대한 결정을 내릴 수 없습니다. 새로 신청서를 제출해야 할 수도 있습니다. 또는 Covered California 를 통해 건강 보험에 가입할 수 없거나 혜택 갱신 신청이 거부될 수도 있습니다.

대부분의 경우, 귀하는 연방 및 주 기록에 있는 귀하의 개인 정보를 열람할 권리가 있습니다. 필요한 경우 큰 활자와 같은 대체 형식으로 열람할 수 있습니다. 자세한 정보를 원하거나 Covered California 기록을 열람하려면 다음의 개인 정보 보호 책임자에게 연락하시기 바랍니다.

The Department of Health Care Services

Attn: Information Protection Unit
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA 95899-7413
전화 번호: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

Covered California

Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
전화 번호: 1-800-300-1506
TTY: 1-888-889-4500

DHCS 는 45 C.F.R. Parts 160 and 164, California Civil Code §§ 1798 – 1798.78, CA Welfare and Institutions Code (WIC) Section 14005.37, CA WIC Section 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9, 기타 관련 법률 이 양식에 제공된 정보의 저장, 사용 및 공개의 요구 사항을 준수해야 합니다.

Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) 및 100503(a).

Medi-Cal 프로그램에 대한 개인 정보 보호 관행 통지는 www.dhcs.ca.gov 에서, Covered California 의 경우 www.CoveredCA.com 에서 찾을 수 있습니다.

권리와 책임

- 이 갱신 양식에 제공한 정보는 내가 아는 한 사실입니다. 진실을 말하지 않으면 처벌을 받을 수 있음을 알고 있습니다.
- 본인은 본인이 제공한 정보가 건강 보험 갱신을 신청하는 가족 구성원이 자격이 있는지 확인하기 위해서만 사용된다는 것을 이해합니다.
- 본인은 Medi-Cal 프로그램과 Covered California 가 법률에서 요구하는 대로 내 정보를 비공개로 유지한다는 것을 이해합니다. 자세한 정보 또는 Medi-Cal 프로그램 및 Covered California 에서 유지 관리하는 기록 중 개인 정보에 대한 액세스를 원하시면 지역 카운티 사무소에 연락할 수 있습니다. 또는 Covered California 개인 정보 보호 책임자에게 **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) 으로 연락할 수 있습니다.
- 본인은 Medi-Cal 수혜 자격을 받기 위해 본인 또는 가족 구성원이 자격 요건에 맞는 기타 소득 또는 혜택을 신청해야 한다는 사실을 이해합니다. 이러한 소득 또는 혜택의 예로는 연금, 정부 혜택, 퇴직 소득, 퇴역 군인 혜택, 연금, 장애 혜택, Social Security 혜택 (OASDI 또는 Old Age, Survivors, and Disability Insurance) 및 실업 수당이 있습니다. 그러나 그러한 소득이나 혜택에는 CalWORKs 또는 CalFresh 와 같은 공공 지원 혜택이 포함되지 않습니다. 가능한 소득원에 대해 궁금한 점이 있으면 지역 카운티 사무소 또는 Covered California 의 **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) 로 지원을 요청하시기 바랍니다.
- Medi-Cal 자격 요건에 해당하는 것을 확인하면, 본인은 본인의 카운티 사무소 변경 후 10 일 이내에 본인의 건강 보험 자격에 영향을 미칠 수 있는 변경 사항에 대해 카운티 자격 담당자에게 알려야 합니다. 이러한 변경 사항에는 다음에 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다:
 - » 이사
 - » 소득 변경
 - » 가구 구성원 변경(예: 결혼/이혼, 임신, 자녀(들) 출산)
 - » 다른 건강 보험 자격을 얻음
- Covered California 를 통해 보험에 가입한 경우 30 일 이내에 변경 사항을 보고해야 한다는 사실을 이해합니다. Covered California 의 **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) 으로 연락하거나 **CoveredCA.com** 에 방문하시기 바랍니다.
- 본인은 본인이 받을 자격이 있을 수 있는 주 및 연방 재정 지원 금액에 대한 Medi-Cal 혜택 또는 Covered California 에 대한 자격에 영향을 미칠 수 있으므로 소득 변경 사항을 지역 카운티 사무소에 보고해야 한다는 사실을 이해합니다. 또한 수혜 연도에 재정 지원을 너무 많이 받은 경우 수혜 연도에 대한 연방 및 주 소득세를 신고 할 때 추가 보험료 지원 또는 주 보조금을 IRS 또는 California Franchise Tax Board 에 상환해야 한다는 사실을 이해합니다.
- 본인은 Covered California 및 Medi-Cal 프로그램이 시민권을 확인하기 위해 다른 기관의 컴퓨터 기록을 확인하거나, 본인이 U.S. 에 합법적으로 거주하는지 여부, 세금 정보 및 본인과 다른 사람이 이 갱신으로 건강 보험을 받을 수 있는지 확인할 수 있는 자격과 관련된 기타 정보를 확인할 수 있는 권한을 부여합니다.
- 본인은 법에서 요구하는 바에 따라 Medi-Cal 갱신 시 본인과 다른 사람에 대해 제공하는 정보가 고용주, 은행, SSA, Internal Revenue Service, Franchise Tax Board, 복지 서비스 및 다른 기관에서 본인 또는 다른 사람이 이 갱신에서 건강 보험 자격이 있는지 확인한다는 사실을 이해합니다.

- Medi-Cal 이 의료비를 지불하는 경우, 본인 또는 이 갱신 양식에 있는 사람이 다른 건강 보험 또는 해당 비용과 관련된 법적 합의에서 얻은 모든 금액은 비용을 전부 지불할 때까지 Medi-Cal 에 전달됩니다.
- Medi-Cal 자격이 있는 자녀를 둔 부모의 경우: 본인은 이 갱신 양식을 통해 자녀와 함께 살지 않고 자녀를 위한 양육비를 보내지 않는 부모에게 중개업체가 의료 비용을 받기 위해 나에게 도움을 요청한다는 사실을 알고 있습니다. 그 도움 요청이 나와 나의 자녀가 피해를 받을 수 있다고 생각되면, Medi-Cal 프로그램에 알릴 수 있으며 도움을 줄 필요가 없습니다.

이의를 제기할 권리

Medi-Cal 프로그램 또는 Covered California 가 실수를 했다고 생각하는 경우, 그 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 이의 제기는 Medi-Cal 프로그램 또는 Covered California 의 누군가에게 그 결정이 잘못되었다고 생각하고 조치에 대해 공정하게 검토하도록 요청한다는 의미입니다.

본인은 결정 후 90 일 이내에 이의를 제기해야 한다는 사실을 알고 있습니다. 본인은 본인을 대표하거나 공인 대리인 친구, 친척 또는 변호사와 같은 다른 사람이 본인의 이의 제기에 참여하도록 할 수 있다는 사실을 알고 있습니다.

도움이 필요하면 Medi-Cal 프로그램, Covered California 또는 지역 카운티 사무소의 누군가가 저에게 제 케이스에 대해 설명해 줄 수 있다는 사실을 알고 있습니다.

California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, California 94244-2430

팩스: 1-833-281-0905

수신자 부담 전화 번호: 1-855-795-0634 또는

공개 문의 및 무료 응답 전화 번호: 1-800-952-5253 또는 TDD 1-800-952-8349

차별 금지 정책

Medi-Cal 프로그램 (DHCS) 및 Covered California 는 해당 연방 및 주 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 종교, 조상, 출신 국가, 인종 그룹 식별, 연령, 정신 장애, 신체적 장애, 건강 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성별, 성 정체성 또는 성적 취향을 근거로 불법적인 차별을 하지 않습니다.

Medi-Cal 프로그램 (DHCS) 및 Covered California 는 해당 연방 및 주 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 종교, 조상, 출신 국가, 인종 그룹 식별, 연령, 정신 장애, 신체적 장애, 건강 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성별, 성 정체성 또는 성적 취향을 근거로 불법적으로 사람을 배제하거나 다르게 대하지 않습니다.

Medi-Cal 프로그램 (DHCS) 및 Covered California 는 자격을 갖춘 수화 통역사 및 기타 형식의 서면 정보(큰 활자, 오디오, 이용할 수 있는 전자 형식 및 기타 형식)를 이용하여 효과적으로 의사 소통할 수 있도록 무료 지원 및 서비스를 제공합니다.

Medi-Cal 프로그램 (DHCS) 및 Covered California 는 자격을 갖춘 통역사 및 다른 언어로 작성된 정보와 같이 주 언어가 영어가 아닌 사람들에게 무료 언어 서비스를 제공합니다. 이러한 서비스가 필요한 경우 DHCS Office of Civil Rights 의 **1-916-440-7370**, (Ext. 711, California State Relay) 에

문의하거나 CivilRights@dhcs.ca.gov 로 이메일을 보내거나 Covered California 의 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500) 으로 연락할 수 있습니다.

차별에 대한 불만 제기

Medi-Cal 프로그램 (DHCS) 또는 Covered California 가 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 인종 그룹 식별, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 의학적 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 지향을 이유로 다른 방식으로 차별을 받았다고 생각하는 경우, Medi-Cal 프로그램 (DHCS's) Office of Civil Rights 또는 Covered California 권리 코디네이터에게 불만을 제기할 수 있습니다:

Medi-Cal Program (DHCS)

Office of Civil Rights

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

전화 번호: 1-916-440-7370

(Ext. 711, CA State Relay)

이메일: CivilRights@dhcs.ca.gov

Medi-Cal 불만 제기 양식은 다음에서 찾을 수 있습니다:

www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Covered California

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

전화 번호: 1-916-228-8764

팩스: 1-916-228-8909

이메일: CivilRights@covered.ca.gov

또한 U.S. Department of Health and Human Services 의 연방 Office for Civil Rights 에 별도로 시민 권리에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별에 따라 차별을 받았다고 생각되면 이와 같이 조치를 취할 수 있습니다:

U.S. Department of Health and Human Services

우편 발송 주소: 200 Independence Ave. SW Room 509F

HHH Building, Washington, DC 20201

전화 번호: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

온라인 불만 포털 도우미: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

온라인 불만 제기 양식: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf