

이 문서를 귀하의 기록으로 보관하십시오

# Medi-Cal에 신청하고 등록할 때 알아두셔야 할 사항 G

## Medi-Cal에 신청할 때 나의 정보가 어떻게 사용되게 됩니까?

카운티 사회복지 사무소(social services office) 또는 Covered California는 귀하 또는 귀하가 책임을 지는 사람이 Medi-Cal 혜택을 받을 자격이 되는지를 결정하기 위해 귀하에 대한 개인 정보를 문의할 것입니다. 귀하는 Medi-Cal 혜택을 받기 위해서는 귀하의 개인 정보를 주셔야 합니다.

귀하에 대해 수집된 그러한 개인 정보는 아래와 같은 방법으로 사용될 수 있습니다.

- Covered California 와 카운티 사회복지 사무소는 귀하가 Medi-Cal 또는 Covered California에 가입될 자격이 있는지를 알아봅니다.
- 주의 행정업무 대행사 (administrative vendors) 는 청구 또는 보험료 지급을 처리하고 Benefits Identification Cards (BICs)를 발행합니다.
- 미국 보건복지부 (United States Department of Health and Human Services) 는 감사 및 품질관리 심사를 시행하고 Social Security Numbers (SSNs) 를 확인합니다.
- 의료 서비스 제공자와 Health Maintenance Organizations (HMOs)는 귀하가 서비스를 받을 자격이 있는지를 확인합니다.
- 다른 건강보험 보장범위를 확인하고 필요 시 비용을 회수합니다. 다른 방법의 경우, 법이 요구하는 경우에만 해당. G
- 요구될 경우, Department of Homeland Security (DHS)를 통해 이민법 상의 지위 확인. DHS와 공유되는 정보는 당사자가 기만을 하는 것이 아닌 한, 이민 관련 집행을 위해 사용될 수 없습니다.



귀하의 프라이버시 권리와 Medi-Cal에 대해 알아보시려면, Department of Health Care Services 의 프라이버시 관행 고지를 참고하십시오. 다음 웹사이트에서 찾아보실 수 있습니다:

[www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx)

## 본인이 Medi-Cal을 신청할 때 나에게 어떤 권리들이 있습니까?

1. 귀하에게는 인종, 피부색, 국적, 종교, 연령, 성별, 성적 성향, 성 정체성, 결혼 상태, 정치적 신조, 제대군인으로서의 지위, 장애 여부 등과 관계없이 공정하고 동등한 대우를 받을 권리가 있습니다. Medi-Cal 프로그램이 귀하를 차별했거나 주 법 및 연방법이 요구하는 합리적인 편의를 제공하지 못했다고 판단되면 민원을 제기할 권리가 있습니다.

귀하는 Department of Health Care Services (DHCS), 시민권리 사무소 (Office of Civil Rights)에 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399)으로 전화를 걸거나 다음 웹사이트에서 온라인으로 민원을 제기할 수 있습니다:

[www.dhcs.ca.gov/Documents/ADA\\_Title\\_VI\\_Discrimination\\_Complaint\\_Form.docx](http://www.dhcs.ca.gov/Documents/ADA_Title_VI_Discrimination_Complaint_Form.docx)

2. 귀하가 Medi-Cal 프로그램에 자격이 될 수 있는지 알아보기 위해 평가를 받을 권리가 있습니다.
3. 귀하가 Medi-Cal 프로그램 정보에 대한 권리가 있으며, Medi-Cal 신청을 도울 권리가 있습니다.
4. 귀하가, Medi-Cal 신청에 도움이 필요하거나 질문이 있거나 영어로 말하거나 읽거나 이해하는 데 어려움이 있으시면, 통역자를 사용할 수 있는 권리가 있습니다.
5. 귀하가 카운티 사회복지 서비스 직원으로부터 면대면 상담을 받을 권리가 있습니다.
6. 귀하가 장애인이라고 생각되시면, 귀하가 장애인을 위한 보험보장을 받을 자격이 되는지를 확인하도록 귀하의 신청서를 검토해 줄 것을 Medi-Cal에 요청할 수 있습니다.
7. 신청한 달 이전 3개월 이내에 의료 서비스를 받으셨다면 그러한 서비스 비용을 지불해 주는 Medi-Cal 프로그램에 대한 자격이 있는지 알아보기 위해 평가를 받을 권리가 있습니다. 이것을 소급적 자격부여라고 합니다. 귀하 카운티의 사회복지 사무소에 연락하여 자세한 내용을 알아보거나 소급적 자격부여에 관해 문의하십시오.
8. 귀하가 Medi-Cal 자격 여부 또는 자격 상태에 변화가 있는지를 서면으로 통지 받을 권리가 있습니다.
9. 귀하가, 귀하가 카운티 사회복지 사무소나 Covered California에 제공하는 모든 정보를 비공개로 할 권리가 있습니다. 귀하가 카운티 사회복지 사무소의 정규 업무시간 동안 개인 정보를 열람할 수 있습니다.
10. 귀하가 자격 요건을 충족하고 의료적으로 긴급한 상황이거나 임신 중이라면 “즉시 사용 가능한” Medi-Cal 카드를 받을 권리가 있습니다.
11. 귀하가 그 밖의 모든 적격 요건을 충족시킨다면, 이민법 상의 지위 확인을 기다리는 동안 Medi-Cal 혜택을 받을 권리가 있습니다.
12. 귀하가 거주하는 카운티에서 제공되는 두 개 이상의 Medi-Cal 건강보험이 있다면 자신이 원하는 Medi-Cal 보험을 선택할 권리가 있습니다.
13. 귀하가, 여전히 지급을 해야 하는 과거 의료비 청구서를 Medi-Cal에게 줌으로써 귀하의 비용부담분(Share Of Cost) (SOC)(있을 경우)을 낮출 수 있습니다. SOC에 대해 더 알아보시려면 귀하의 카운티 사회복지 사무소에 연락하십시오.
14. 귀하의 재산이 Medi-Cal 혜택을 받을 자격에 걸림돌이 될 경우, Medi-Cal을 신청하신 달의 말일까지 귀하의 재산을 감소시켜 Medi-Cal 재산 제한치를 충족시킬 수 있는 권리가 있습니다. 카운티 사회복지 서비스 직원이 재산 제한치와 재산 요건 충족에 대한 추가 정보를 알려드릴 수 있습니다.
15. 귀하 또는 귀하의 배우자가 1990년 1월 1일 또는 그 이후에 장기 건강관리(long-term-care) 시설에 들어간 경우, 귀하와 귀하의 배우자는, 귀하가 유지할 수 있는 개별 및 공동 재산 금액을 Medi-Cal 프로그램으로부터 통지 받고, 여전히 Medi-Cal 혜택을 받을 수 있습니다.
16. 귀하의 Medi-Cal 혜택 신청이 시기 적절하게 결정되지 않았다면 주 청문을 받을 권리가 있습니다. 귀하가 추가 정보를 제공하도록 요구를 받았으나 아직 제공하지 않은 경우가 아닌 한, Medi-Cal은 귀하의 신청일로부터 45일 이내에 또는 자격부여 기준이 장애인 경우 90일 이내에 귀하의 적격 여부를 결정해야 합니다.

- 귀하의 Medi-Cal 자격 결정의 시기적절성에 대하여 주 청문을 원하실 경우, 청문을 신청하셔야 합니다. 45일째 또는 90일째가 지난 후 언제든지 귀하의 Medi-Cal 자격 결정의 시기적절성에 대하여 청문을 신청하실 수 있습니다.
  - 귀하는, 1) 귀하가 계신 곳에서 가장 가까운 카운티 사회복지 사무소에 연락을 하거나, 2) Department of Social Services에 1-855-795-0634 또는 TDD 1-800-952-8349로 전화를 하거나, 3) 귀하의 카운티 사회복지 사무실에 서면 요청을 하여 청문을 신청하실 수 있습니다. 청문을 신청하기 위해서는 Notice of Action (NA Back 9 서식)의 뒷면 섹션을 작성하여 귀하가 계신 곳에서 가장 가까운 카운티 사회복지 사무소에 그 양식 또는 다른 신청서를 보내십시오. 이 양식은 귀하의 카운티 사회복지 사무소 또는 [www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Korean/NABACK9KO.PDF](http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Korean/NABACK9KO.PDF) 에서 구할 수 있습니다.
17. 귀하는, Health Insurance Premium Payment (HIPP) 프로그램을 제외하고, 지역 카운티 사회복지 사무소, DHCS, 또는 Covered California의 결정에 만족하지 않을 경우, 주 청문을 받을 권리가 있습니다. HIPP는 권리가 주어지는 프로그램이 아니므로, HIPP에 대한 이의신청권은 없습니다.
- 귀하가 결정에 불복하는 주 청문을 원하실 경우, ‘행위 고지서’(NOA)가 귀하에게 교부되거나 우편으로 발송된 날로부터 **90일** 내에 신청을 하셔야 합니다.
  - 귀하가 NOA를 받지 않으신 경우, 해당되는 부작위가 Medi-Cal 혜택에 대한 귀하의 신청을 결정하는 데 있어서 지연으로 인한 것이 아닌 한, 귀하가 만족하지 않는 행위 또는 부작위를 발견하신 날로부터 **90일** 내에 청문을 신청하셔야 합니다.
- 귀하는 1) 귀하가 계신 곳에서 가장 가까운 카운티 사회복지 사무소에 연락을 하거나, 2) Department of Social Services에 1-855-795-0634 또는 TDD 1-800-952-8349로 전화를 하거나, 3) 귀하의 카운티 사회복지 사무실에 서면 요청을 하여 청문을 신청하실 수 있습니다. 청문을 신청하기 위해서는 NOA (NA Back 9 서식)의 뒷면 섹션을 작성하여 그 양식에 있는 주소나 팩스 번호로 그 양식 또는 다른 신청서를 보내실 수 있습니다. 또한, 지역의 카운티 사회복지 사무소를 방문하여 이의신청서를 제출하실 수 있습니다. 이 양식은 귀하의 카운티 사회복지 사무소 또는 [www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Korean/NABACK9KO.PDF](http://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/Korean/NABACK9KO.PDF) 에서 구할 수 있습니다.
18. 귀하는, 귀하가 Medi-Cal 자격이 있는지를 결정하기 위해 사용된 귀하의 Medi-Cal 파일과 모든 Medi-Cal 프로그램 규칙 및 규정 매뉴얼을 검토할 수 있는 권리가 있습니다.
19. 귀하는 이러한 프로그램들에 대한 정보를 받을 권리가 있으며, 아래의 서비스를 받는 데 도움을 받을 권리가 있습니다.
- Child Health and Disability Prevention Program
  - Special Supplemental Food Program for Women, Infants, and Children
  - Personal Care Services Program
  - Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Program
  - Family Planning Access Care and Treatment Program

- 20. 귀하는, CalFresh와 CalWORKs와 같은 다른 공적 또는 사설 서비스 또는 자원에 대해 사회복지사나 카운티 사회복지 서비스 직원에게 문의하실 수 있습니다.

**본인이 Medi-Cal을 받는다면 나에게 어떤 책임이 따릅니까?**

**귀하는 카운티 사회복지 서비스 직원에게 10일 이내에 다음과 같은 변경 사실에 대해 알려야 합니다:**

- 1. 귀하 또는 귀하 가구의 구성원 소득에 변화가 있는 경우. 소득이 늘었거나 줄었거나, 시작되거나 중단된다면 이에 해당됩니다. 이에, 사회보장국(Social Security Administration) (SSA)으로부터 오는 소득, 대출금, 합의금, 고용, 실업, 기타 수입원이 포함됩니다.
- 2. 귀하의 집 또는 우편 주소가 변경된 경우.
- 3. 귀하 또는 귀하 가족과의 관계와 상관없이 누군가 귀하의 집으로 전입해 왔거나 전출한 경우. 이에, 신생아와 수양 자녀가 포함됩니다.
- 4. 귀하 또는 귀하 가구의 구성원이 출산을 했거나 임신을 했거나 임신이 끝난 경우.
- 5. 귀하, 귀하의 배우자 또는 귀하 가구의 구성원이 양로원 또는 장기요양 시설에 입소하거나 퇴소한 경우.
- 6. 귀하가 부동산이나 개인 재산(현금 포함)을 받거나 양도하거나 교부하거나 매각한 경우, 또는 은행 계좌를 개설하거나 폐쇄한 경우. 이러한

요건은, 자산이 자신이 등록되거나 평가 대상이 되는 Medi-Cal 프로그램에 의해 인정되는 경우에만 적용됩니다. 또한, 누군가 귀하나 귀하 가구의 구성원에게 자동차, 주택, 보험료와 같은 것을 교부하는 경우에는 이를 알려야 합니다.

- 7. 누군가가 귀하의 비용을 지불한 경우.
- 8. 귀하 또는 귀하 가구의 구성원이 일자리를 얻거나 일자리를 바꾸거나 더 이상 일이 없는 경우.
- 9. 보육비나 교통비와 같이 귀하의 일이나 교육에 관련되는 비용에 변화가 있는 경우.
- 10. 자녀를 포함하여 귀하나 귀하 가구의 구성원이 신체적으로 또는 정신적으로 장애가 생긴 경우.
- 11. 귀하 또는 귀하 가구의 구성원이 SSA, 재향군인관리국(Veterans Administration) 또는 철도퇴직연금(Railroad Retirement)의 장애 수당을 신청하거나 수령하는 경우.
- 12. Medi-Cal을 신청하고 있거나 받고 있는 귀하 또는 귀하 가구의 구성원의 시민권이나 이민법 상의 지위에 변화가 있는 경우.
- 13. 귀하 또는 귀하 가구의 구성원의 건강보험 보장범위에 변화가 있는 경우.
- 14. 이전의 수양 자녀를 위한 Medi-Cal 프로그램에 등록되어 있다면 직원에게 귀하의 집 또는 우편주소를 알려 주십시오. 소득, 일, 또는 비용의 변경 등 그 밖의 변경 사항에 관해서는 직원에게 알릴 필요가 없습니다.

**또한, 아래의 의무가 있습니다:**

1. 요구가 있을 경우, California 주민이라는 것을 입증할 의무.
2. Medi-Cal에 신청할 경우, 귀하의 시민권 자격 또는 이민법 상의 지위를 확인할 의무.
3. Medi-Cal 혜택을 신청하는 사람을 위해 사회보장번호 (SSN)를 알릴 의무.
  - 귀하가 United States (U.S.) 시민이거나 U.S. 국적자이거나 이민법 상의 충분한 지위가 있는 사람이라면, SSN을 제시해야 합니다. 가지고 있지 않을 경우 SSN을 신청하여 신청일로부터 60일 내에 카운티 사회복지 사무소에 그 번호를 알려주어야 합니다.
  - 귀하가 SSN을 신청하는 데 있어서, 카운티 사회복지 복지사로부터 도움을 받을 수 있습니다. 귀하는 제기된 문제를 해소하기 위해 사회보장국(SSA)에 협조해야 하며, 그렇지 않을 경우 귀하의 Medi-Cal이 거절되거나 중지됩니다.
  - Medi-Cal 자격이 되지 않을 수 있는, 귀하의 신청서 상에 있는 사람이 만족할 만한 이민법 상의 지위를 가지고 있지 않을 경우, 그 사람은 SSN 제시 없이 제한적 Medi-Cal 혜택을 신청할 수 있습니다.
4. 신청하지 않을 상당한 이유가 없는 한, 귀하 또는 귀하 가구의 구성원에게 권리가 있는 그 밖의 소득 또는 수당에 대해 신청하십시오. 그러한 소득 또는 수당의 예로는 연금(pension), 정부 급여, 퇴직소득, 퇴직군인 급여, 연금 보험(annuities), 장애인 급여, 사회보장급여(노령, 생존자 및 장애인 보험), 실업급여 등이 있습니다. 이에는 CalWORKs 또는 CalFresh와 같은 공공부조 혜택은 포함되지 않습니다.
5. 자격이 된다면 Medicare를 신청하십시오. 시각 장애가 있거나 장애가 있거나 말기 신장 질환(End Stage Renal Disease)이 있거나 연령이 64세 9개월 이상인 경우라면 Medicare의 자격이 있습니다. 귀하는 귀하의 제공자에게 Medi-Cal과 Medicare 보장을 모두 받고 있다고 알릴 책임이 있습니다.
6. 귀하와 귀하의 가족이 무료로 이용할 수 있는 건강보험을 신청하여 등록하십시오.
7. 카운티 사회복지 사무소와 건강관리 제공자에게 Medicare 등 귀하에게 권리가 있는 건강관리 보장사항 또는 보험을 알리십시오. 고의적으로 이러한 정보를 알리지 않을 경우, 제공자로부터 비용 청구를 받거나 범죄의 죄책을 져야 할 수 있습니다.

## 이해하실 사항:

1. 그러한 서비스를 보장해 주는 다른 건강보험 있을 경우, 의료관리를 위해 그러한 건강보험(Kaiser, TRICARE, Medicare HMO 등)을 이용하셔야 합니다. Medi-Cal은 다른 보험이 보장하는 서비스에 대한 비용을 지불할 수 없습니다.
2. 귀하가 다른 건강보험 보장을 가지고 있는지에 대해 다투시는 경우, 다음 중에서 선택적으로 하실 수 있습니다: 1) 지역 카운티 사회보장 서비스 직원에게 연락, 2) 1-800-541-5555로 전화, 또는 3) DHCS 웹사이트 <http://dhcs.ca.gov/ohc> 에서 다른 건강보험 보장상실서 작성.
3. Medi-Cal이 지불한 의료 비용 등, 귀하나 귀하 가구의 가족구성원이 상해로 인한 법적 합의금을 받는 경우, Medi-Cal은 그 합의금 중에서 의료비용 부분에 대해 보전을 받을 권리가 있습니다.
4. 귀하가 귀하의 급부를 어떻게 받고 싶은지 선택하지 않은 경우, 귀하와 귀하 가구의 가족구성원들은 귀하의 집 근처에 있는 Medi-Cal 건강보험에 배정될 수 있습니다.
5. 귀하는 귀하의 ‘급여식별카드’(BICs)에 서명하고, 귀하 자신 또는 자격이 있는 가족 구성원을 위해 필요한 건강관리를 받을 목적으로만 사용할 수 있습니다.
6. 귀하는, 귀하가 아프거나 예약을 할 때 귀하의 의료제공자에게 귀하의 BIC를 가지고 가져야 합니다. 귀하의 BIC를 가지고 있지 않은 비상 상황의 경우, 가능한 빨리 의료 제공자에게 귀하의 BIC를 가져다 주셔야 합니다.
7. 다른 사람이 야기한 사고나 상해의 결과로 귀하가 받은 의료 서비스에 대해 Medi-Cal이 지불한 경우, 귀하는 <http://dhcs.ca.gov/pi> 에서 DHCS에게 알려야 합니다. 이에는 종업원상해보험이 청구되는 경우의 작업장 상해가 포함됩니다.
8. 귀하가 임신 중이 아닌 한, 귀하는 주 또는 카운티와 협력하여, 부모의 권리를 내세워, 부재 부모를 통해 귀하 또는 귀하의 가족에게 권리가 있는 가능한 의료 보장을 파악해야 합니다.
9. 품질관리 심사팀이 귀하의 신청 내용을 심사하는 경우에는 주에 협조를 해야 합니다. 귀하가 협조를 거부하면 Medi-Cal 혜택이 중단됩니다.
10. 무료 건강 서비스 또는 주에서 비용을 지불하는 서비스를 신청하지 않거나 유지하지 않는 경우 귀하의 Medi-Cal 혜택 및 자격이 거절되거나 중지될 수 있습니다.
11. 필요한 정보를 제공하지 않거나 거짓임을 알면서 정보를 제공하면, Medi-Cal 혜택이 거절되거나 중지될 수 있습니다. 귀하의 케이스는 의심되는 사기 여부에 대해 조사를 받을 수 있습니다.
12. Medi-Cal을 신청할 때 귀하가 제공하는 정보는 직원, 은행, SSA, 국세청(Internal Revenue Service), 프랜차이즈 세무위원회(Franchise Tax Board), 사회복지기관, 기타 기관에서 제공한 사실을 가지고 컴퓨터로 점검을 하게 됩니다. 이것은 귀하와 귀하의 가족이 건강보험 혜택을 받을 자격이 있는지를 알아 보기 위해 소득, 시민권 보유, 만족할 만한 이민법상의 지위, 세무 정보, 기타 관련 정보를 확인하기 위한 것입니다. 귀하는 카운티 사회복지 서비스 직원 또는 Covered California에게 증거를 제시하여 잘못된 정보를 바로잡을 권리가 있습니다.

13. 귀하의 정보 또는 귀하 가구 가족 구성원의 정보에 대한 변경이 다른 가구 구성원의 적격 여부에 영향을 끼칠 수 있습니다.
14. Medi-Cal을 신청하는 사람만 SSN 및 이민법 상 또는 시민권 지위에 관한 정보를 제공해야 합니다. Medi-Cal을 신청하지 않는 사람들은 SSN 또는 이민법 상 또는 시민권 지위의 증거를 제공할 필요가 없습니다. 귀하는, 다른 가족 구성원에게 자격이 있는지 알아보기 위해 비신청자의 SSN을 제공할 수도 있습니다.
15. 만족스러운 이민법 상의 지위가 없지만 그렇지 않을 경우 Medi-Cal의 자격이 되는 사람은 SSN 제시 없이 제한적 Medi-Cal 혜택을 신청할 수 있습니다.
16. Medi-Cal 신청에서 주어지는 한 개인의 이민법 상의 지위에 대한 정보는, 법이 요구하는 바에 따라, 비공개로 그 보안이 유지됩니다.
17. 귀하는 귀하의 소득에 기초하여 일정한 Medi-Cal 프로그램에 대해 월 보험료를 내야할 수도 있습니다. 다른 프로그램의 경우, 귀하의 월 소득에 따라 비용 일부를 지불해야 할 수 있습니다. SOC가 따르는 Medi-Cal을 가지고 계신 경우, Medi-Cal이 그러한 서비스에 대해 지불을 하기 전에, SOC 최대 금액까지 귀하의 의료비용을 매월 지불해야 하거나 지불하기로 약속을 해야 할 수 있습니다.
18. 귀하가 귀하의 개인 정보 변경사항을 즉시 알리지 않고, 그런 후에 귀하가 자격이 되지 않는 Medi-Cal 혜택을 받게 되는 경우, 귀하는 DHCS에게 환불을 해야 할 수 있습니다.
19. 귀하 또는 Medi-Cal을 받는 가족 구성원은 다른 주로부터 공적 부조를 받아서는 안 됩니다.
20. 귀하가 장애에 기초하여 Medi-Cal을 받고 있는 중에 귀하가 SSA로부터의 장애 급여를 신청하고 SSA가 귀하의 장애 청구를 거절하는 경우, 귀하의 Medi-Cal은 중단될 수 있습니다.
  - 귀하가 SSA 거절을 즉시 이의신청하는 경우, 귀하는 SSA가 최종 결정을 내릴 때까지 계속 Medi-Cal을 받습니다.
  - SSA가 귀하의 이의신청을 승인할 경우, 귀하는 Medi-Cal 급여를 계속 받습니다.
  - SSA가 귀하의 이의신청을 거절할 경우 귀하의 Medi-Cal 급여는 중단될 수 있습니다.
21. Medi-Cal 자격 부여의 조건으로, 주 정부는 귀하 및 귀하가 법적으로 책임을 지는, 유자격 사람들을 위한 의료지원과 의료 서비스 지급에 대한 모든 권리를 자동적으로 부여 받게 됩니다.
22. 의료지원이 귀하 자녀를 위한 부재 부모로부터의 법원 명령에 기초하는 경우, 보험회사는 귀하가 등록할 수 있게 허용해야 하며, 부재 부모의 동의 없이도 귀하의 자녀에게 급여를 제공해야 합니다.
23. 해당 지급이 귀하의 Medi-Cal SOC, 공동분담금, 또는 두가지 모두를 충족하는 데 사용되지 않는 한, Medi-Cal 제공자는 사설 보험의 공동분담금, 공동보험, 본인부담금을 귀하로부터 징수할 수 없습니다.
24. 귀하가 Medi-Cal에 신청을 할 때, 귀하가 HIPP 프로그램 등 다른 의료지원 프로그램을 받을 자격이 되는지 여부를 알아보기 위해 귀하를 평가하게 됩니다.

25. 귀하가 다른 건강보험 보장을 가지고 있다면, 귀하는 다른 건강보험이 보장해 주지 않는 서비스에 대해서만 Medi-Cal 을 이용할 수 있습니다. 귀하의 Medi-Cal 제공자는 Medi-Cal에 청구를 하기 전에 그 서비스가 보장되지 않음을 확인해야 합니다.
26. 귀하가 양로 시설에 입소가 허락되고 귀하는 집에 돌아갈 의도가 없는 경우, 주 정부는 귀하의 재산에 대해 질권을 설정할 수 있습니다.
27. 주 정부는, 귀하가 사망한 후, 귀하가 55세 이후에 받은 모든 Medi-Cal 서비스 (귀하를 대신하여 지급한 보험료 포함)에 대하여 귀하의 재산을 대상으로 보전 청구를 해야 합니다. 이는, 귀하의 잔존 배우자 또는 등록된 동거 파트너의 일생 동안, 또는 21세 미만의 잔존 자녀가 있을 경우, 또는 나이에 상관 없이 잔존 자녀가 시각 장애인이거나 장애인(연방 Social Security Act(사회보장법)의 정의에 따라)인 경우, 또는 그러한 회수가 귀하의 상속인에게 큰 어려움을 야기할 경우에는 적용되지 않습니다. 귀하의 상속인에게 이러한 잠재적인 회수에 대해 알려주십시오.
28. 귀하의 사망 시에 재산을 남긴 경우에 있어서, 잔존 배우자 또는 등록된 동거 파트너가 사망할 시, 주 정부는 귀하의 잔존 배우자 또는 등록된 동거 파트너의 재산이나 그러한 자산의 수령인에 대해 청구를 할 권리가 있습니다. 회수는, 귀하를 위하여 지급한 Medi-Cal 급여 금액 또는 사망 시에 귀하가 소유하고 있는 자산가액 중에서 적은 금액으로 제한됩니다.
29. 주 정부는, 귀하가 양로 시설, 정신지체인을 위한 일반요양시설(Intermediate Care Facility), 기타 다른 의료기관의 입소자였던 경우, 귀하의 55세 생일이 되기 전에 귀하가 받은 서비스(귀하를 대신하여 지급한 보험료 포함)에 대해 귀하의 재산을 대상으로 보전 청구를 해야 합니다. 더 자세한 내용에 대해서는 귀하의 카운티 사회복지 서비스 직원에게 연락하시거나 DHCS 웹사이트 <http://dhcs.ca.gov/er> 를 참고하십시오.

이 문서를 귀하의 기록으로 보관하십시오