

Coronavirus (COVID-19) 검사 비용의 커버리지 신청

특정 coronavirus (COVID-19) 검사, 검사 관련 및 치료 비용을 지불하려면 이 신청서를 작성하십시오.

귀하는 이 신청서를 사용하여 적격하다고 판명되면 받게되는 건강 보험은 coronavirus 에 대한 의료 검사 비용만 지불할 것입니다.

귀하는 Medi-Cal 또는 Covered California를 통해 다른 의료 혜택 및 서비스를 받을 자격이 있는지 확인하려면, www.coveredca.com 에서 전체 신청서를 작성해야 합니다.

1. 이름	2. 중간 이름	3. 성	4. 접미사 (해당되는 경우)
5. 성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성			6. 생년월일 (MM/DD/YYYY):
7. California 에 거주하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오		8. 어느 카운티에 거주하고 있습니까?	
9. <input type="checkbox"/> 노숙자인 경우, 확인란을 선택하고 아래 우편 주소 필드에 저희에게 귀하를 연락할 수 있는 곳을 알려주십시오.			
10. 집 주소 (번호 및 거리)			아파트 #
도시	국가		우편번호
11. 우편 주소 (집 주소와 다른 경우)			아파트 #
도시	국가		우편번호
12. 최고의 연락처	13. 기타 전화 번호	14. 이메일 주소	
15. 귀하는 어떤 언어를 가장 잘 사용합니까?		16. 귀하가 가장 잘 읽는 언어는 무엇입니까?	
17. Social Security Number 번호 (SSN): _____ 귀하는 자신을 위한 건강 보험을 신청할 때 Social Security 번호 (SSN) 가 있는 경우 반드시 그것을 제공해야 합니다. 저희는 Social Security 번호 (SSNs) 를 사용하여 귀하의 소득 및 기타 정보를 확인하여 귀하가 건강 보험료 지불에 대한 도움을 받을 자격이 있는지 확인합니다. 귀하는 커버리지를 신청하고 있고 SSN 이 없고 이를 받는 데 도움이 필요하다면 www.ssa.gov 를 방문하십시오. 귀하는 SSN 이 없더라도 일부 커버리지를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 자세한 정보는 Medi-Cal 헬프 라인에 (800) 541-5555 로 전화하십시오.			
18. 귀하는 미국 시민권자 또는 국민입니까? 예인 경우, 19 번으로 이동하십시오. 아니오인 경우 20 번으로 건너 뛰십시오. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
19. 귀하는 귀화 또는 파생 시민입니까? 예인 경우 a 또는 b 를 작성하고 21 로 건너뛴다. 아니오 인 경우 21 로 건너뛴다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			

a. Alien Number/USCIS Number:	b. 귀화 / 시민권 번호:
20. 귀하는 미국 시민권자나 국민이 아닌 경우 자격이 있는 이민 신분을 가지고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <i>예인 경우, 문서 유형 및 아래에 귀하에게 적용되는 모든 정보를 입력하십시오.</i>	
a. 이민 서류 유형:	b. 이민 신분 (선택 사항):
c. 이민 서류에 표시된 이름:	
d. Alien Number/USCIS Number:	e. I-94 번호:
f. 여권 번호:	g. 발급 국가:
h. SEVIS ID:	i. 기타 (카드 번호 또는 비자 번호):
21. 귀하는 현재 Medicare 가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	22. 귀하는 현재 다른 건강 보험이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

귀하의 권리와 책임

- 본인은 연방법에 따라, DHCS 는 성별, 인종, 피부색, 종교, 조상, 국적, 인종 그룹 식별, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 건강 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성, 성적 취향 또는 연방 또는 주 시민권에 의해 보호되는 기타 근거 법률을 근거로 불법 차별하지 않습니다.
- 불만 사항은 (916) 440-7370 으로 Office of Civil Rights, Department of Health Care Services 에 전화하거나 P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413 또는 CivilRights@dhcs.ca.gov 로 이메일을 보내주십시오.
- 본인은 이 양식의 정보가 커버리지 지불을 지원하는 건강 보험 혜택의 적격성을 결정하고 커버리지 지불을 돕는 프로그램의 합법적인 목적을 위해 사용될 것임을 알고 있습니다.
- 이 신청서의 누군가가 Medi-Cal 수혜 자격이 있는 경우, 본인은 California Department of Health Care Services 에 다른 건강 보험, 법적 합의 또는 기타 제 3 자로부터 금전을 추구하고 받을 권리를 부여합니다.
- 저희는 COVID-19 검사, 검사 관련 및 치료 비용을 지불하는 데 도움을 받기 위해 귀하의 적격성을 확인하려면 이 신청서의 정보가 필요합니다. 저희는 Social Security 과 Department of Homeland Security 의 전자 데이터베이스 및 데이터베이스에 있는 정보를 사용하여 답변을 확인할 것입니다. 정보가 일치하지 않는 경우, 저희는 귀하에게 추가 정보를 보내달라고 요청할 수 있습니다.
- 본인은 본인의 보호받는 건강 정보가 어떻게 사용되고 공개될 수 있으며 본인의 개인 정보 보호 권리가 무엇인지 알 권리가 있습니다. 개인 정보 보호 관행 통지 (NPP) 는이 정보를 제공하며 <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx>

개인 정보 보호 정책

- 이 신청서는 Department of Health Care Services (DHCS) 에서 관리하는 COVID-19 Uninsured Group 프로그램을 위한 것입니다. 귀하가 제공하는 개인 및 의료 정보는 비공개이며 기밀입니다. DHCS 는 귀하를 식별하고 COVID-19 무보험 그룹 프로그램을 관리하기 위해 이 정보가 필요합니다.

- 저희는 귀하의 정보를 다른 주, 연방 및 지역 기관, 계약자, 건강 플랜 및 프로그램은 귀하를 플랜 또는 프로그램에 등록하거나 프로그램을 관리하는 용도로만 사용되며 개인 정보 보호 관행 통지에 설명된대로 공유할 것입니다.
- 귀하는 "선택 사항"으로 표시되지 않은 경우 이 신청서의 모든 질문에 답해야 합니다. 귀하의 신청서에 필요한 것이 누락된 경우, 저희는 그것을 받기 위해 귀하에게 연락할 것입니다. 귀하는 정보를 제공하지 않으면, 저희는 귀하의 신청에 대한 결정을 내릴 수 없습니다. 귀하는 새로운 신청서를 제출해야 하거나 귀하의 COVID-19 Uninsured 그룹 혜택에 대한 신청서가 거부될 수 있습니다.
- 더 자세한 정보를 원하거나 Department of Health Care Services 기록을 보려면, P.O. Box 997413, MS 4721 Sacramento, CA 95899-7413 에 전화: 1-866-866-0602 TTY: 1-877-735-2929 로 문의하십시오.
- 이러한 주 및 연방법은 신청서에 있는 정보를 수집하고 보관할 권리를 부여합니다: DHCS: CA 복지 및 기관. 코드 § 14011 및 제 3 조, 5 장 및 7장, 파트 2 및 3, 분류 9; 커버드 CA: 42 U.S.C. § 18031; CA 정부법 §§ 100502 (k) 및 100503 (a).

본인은 적격 통지가 잘못되었다고 생각하는 경우 어떻게 해야 합니까?

- 본인은 Medi-Cal program 이 실수했다고 생각되면, 결정에 항소할 수 있습니다. 항소한다는 것은 본인은 결정이 잘못되었다고 생각하며 그 조치에 대한 공정한 검토를 요청하는 것을 Medi-Cal 프로그램에서 누군가에게 말하는 것을 의미합니다.
- 본인은 Medi-Cal 프로그램에 대해 1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349) 로 전화하여 신속 항소를 포함하여 항소를 요청하는 방법을 알아볼 수 있다는 것을 알고 있습니다.
- 본인은 결정 통지 후 90 일 이내에 항소를 제기해야 한다는 것을 알고 있습니다.
- 본인은 본인을 대표하거나 권한있는 대리인, 친구, 친척 또는 변호사와 같은 다른 사람이 본인의 항소에 참여하도록 할 수 있음을 알고 있습니다.
- 본인은 직접 심리를 요청하지 않는 한 모든 심리가 전화 또는 화상 회의로 진행된다는 것을 알고 있습니다.
- 본인은 도움이 필요하면 Medi-Cal 프로그램이 본인의 사례를 설명해 줄 수 있다는 것을 알고 있습니다.
- 본인의 항소 결정이 있을 때까지 본인의 자격이 유지되거나 복원될 수 있는 경우 메디칼 프로그램의 누군가가 상황을 설명할 수 있다는 것을 알고 있습니다.

서명:

서명함으로써 본인은 아래의 내용이 사실이고 완전하며 정확함을 선언합니다.

- 본인은 이 신청서를 읽고 이해했습니다.
- 본인은 이 신청서가 특정 coronavirus (COVID-19) 검사, 검사 관련 및 치료 비용을 지불하는 데 도움을 받기위한 것임을 이해합니다. 본인은 Medi-Cal 또는 Covered California 를 통해 다른 의료 혜택 및 서비스를 받을 자격이 있는지 확인하려면, www.coveredca.com 에서 전체 신청서를 작성해야 합니다.

서명	날짜
----	----