

건강보험 혜택 신청서 (건강보험 가입 비용에 관한 지원을 받을 수 있는지 알아보기)

본 신청서를 이용하여 귀하가 다음 중 어느 건강보험 혜택을 수혜할 수 있는지 확인하십시오.

- 아동 건강보험 프로그램(CHIP)이라고 알려진 보험료가 부과되는 Apple Health for Kids를 포함한 Washington Apple Health(Medicaid)의 건강 보험료 감면
- 귀하의 공인 건강 플랜 건강보험료를 지불하는 데 도움이 되는 세금 공제
- 전액 개인 공인건강보험플랜과 공인 치과보험 플랜

온라인을 이용해 더 빠르게 신청하세요

- 온라인에서 wahealthplanfinder.org로 더 빠르게 신청하세요

본인 및 타인을 위한 신청 시 알아야 할 정보:

- 사회보장번호
- 각 가족 구성원의 생년월일
- 건강보험 가입을 신청한 이민자의 외국인 여권, "A" 번호, 또는 기타 이민 번호
- 소득 신고서를 제출해야 하는 정도의 소득이 발생하는 모든 성인과 모든 미성년자의 소득 정보
- 귀하 또는 귀하의 가족이 이용할 수 있는 건강보험에 대한 정보

저희가 왜 이렇게 많은 정보를 요청하는 걸까요?

귀하가 수혜 가능한 건강보험을 본 기관이 판단하려면 해당 정보가 필요합니다. 귀하가 제공하는 개인 정보는 적법하게 유지 관리됩니다.

작성 및 서명한 신청서를 다음 주소로 보내주십시오.

Washington Healthplanfinder
PO Box 946
Olympia, Washington, 98507
또는 팩스 1-855-867-4467

저희가 요청한 모든 정보를 가지고 있지 않다면 신청서에 본인의 이름, 생년월일, 주소, 서명을 기입하고 위 주소로 우편 발송하십시오.

신청서 관련 문의처:

- 온라인: wahealthplanfinder.org
- 전화: 고객센터 1-855-WAFINDER(855-923-4633) 또는 1-855-627-9604(TTY)로 전화하십시오
- 직접 방문: 신청 관련 지원을 받으려면 wahealthplanfinder.org의 고객 지원 링크를 통해 내비게이터 또는 중개인을 검색하십시오.
- 언어 또는 장애: 귀하께서 이용하시는 언어로 무료로 도움을 받거나(통역관 또는 인쇄물 번역 포함) 장애인 편의 시설을 이용하려면 1-855-WAFINDER(855-923-4633) 또는 1-855-627-9604(TTY)로 전화하십시오.

용어 정의

건강 보험료 세금 공제: 세금 공제를 통해 월 보험료를 낮출 수 있습니다.

Washington Healthplanfinder: 워싱턴주에 거주하는 개인, 가족 및 소기업이 건강보험을 비교 및 등록하고 세금 공제, 분담 비용 절감, Washington Apple Health와 같은 공공 프로그램을 이용할 수 있는 온라인 건강보험 시장.

보험료: 건강 플랜에 매달 납입해야 하는 금액이 존재하는 경우 해당 금액. 귀하는 의료 서비스를 받지 않았더라도 보험 보장을 유지하기 위해 보험료를 지불해야 합니다.

공인 건강 플랜: Washington Healthplanfinder를 통한 개인 건강 보험.

최소 필수 보장: 개인이 부담적정보험법(Affordable Care Act)에 따른 개별 책임 요구사항을 충족시키기 위하여 가입해야 하는 보험의 한 종류입니다. 여기에는 개인 시장 및 가족 건강보험, 직업 관련 보험, Medicare, Medicaid, 아동 건강보험프로그램(CHIP), TRICARE, 기타 10가지 기본 건강 혜택을 보장하는 기타 보험이 포함됩니다.

필수 보건 혜택: 모든 건강 플랜이 보장해주어야 하는 10가지 의료 서비스 혜택(예: 의사 왕진, 입원, 약 처방). 몇몇 혜택은 무료입니다. 기본 진료비와 공동 보험료를 내야 하는 혜택도 있습니다.

Washington Apple Health: 수혜 가능한 워싱턴 주민을 위한 공공 건강 보험 프로그램. Washington Apple Health는 워싱턴주의 Medicaid, CHIP(Children's Health Insurance Program), 다른 워싱턴주 자금 지원 건강보험 프로그램에 붙여진 이름입니다.

자영업자를 위한 정보

총수입에서 아래 항목에 해당하는 허용 비용을 공제하여 자영업 순수입을 산출할 수 있습니다. 자세한 정보는 www.irs.gov 에서 "Instructions for Schedule C or Schedule F"를 참조하십시오.

허용 가능한 비용의 몇 가지 예시를 살펴보면 다음과 같습니다.

- 자동차 및 트럭 비용
- 커미션, 수수료 및 도급 계약 급여
- 감모 상각
- 감가 상각
- 피고용인 고용 혜택 프로그램, 연금 및 이익 공유 플랜
- 보험(건강보험 제외) 및 모기지 이자
- 법률, 전문 서비스 비용
- 사무실 비용, 임대료 및 리스
- 재산, 책임 또는 기업휴지 보험
- 물품, 수리 및 유지보수
- 출장, 식대 및 접대
- 공익사업, 세금 및 면허
- 급여(고용 크레딧 제외)

건강보험 혜택에 대한 권리와 책임

모든 건강보험 혜택 프로그램에 해당되는 귀하의 권리(당 기관의 의무)

요청 받은 모든 양식을 읽고 작성하실 때 도움을 드립니다. 도움이 필요하시면 Washington Healthplanfinder에 연락하십시오. 고령이거나 시각 장애나 기타 장애가 있거나 장기 요양 서비스 및 지원(LTSS)이 필요하신 분은 보건복지부(DSHS)에 연락하십시오.

통역사 또는 번역사를 제공받을 권리. Washington Healthplanfinder, Health Care Authority 또는 DSHS는 귀하의 원활한 의사 소통을 위해 통역사 또는 번역사를 무료로 지체 없이 제공해야 합니다.

개인 정보를 기밀로 보호받을 권리. 단, 본 기관은 자격 확인 및 등록을 위해 다른 주 및 연방 기관과 일부 정보를 공유할 수 있습니다.

항소할 수 있는 권리. 건강보험, LTSS, 건강 플랜, 건강보험료 세금 공제, 또는 분담 비용 절감에 대한 수혜 자격에 영향을 미치는 Washington Healthplanfinder 또는 DSHS의 결정에 동의하지 않으실 경우 항소하실 수 있습니다. 항소를 신청하면 귀하의 사례를 검토하게 됩니다. Washington Healthplanfinder 항소 절차에 관한 상세 정보는 <http://www.wahbexchange.org/appeals/>의 Washington Healthplanfinder Appeals Page에서 확인하거나 1-855-923-4633을 통하여 Washington Healthplanfinder 고객센터에 연락하십시오. DSHS 프로그램 관련 항소에 대한 정보는 DSHS 고객 서비스 연락 센터(Customer Service Contact Center)에 1-877-501-2233으로 문의하시거나 지역 Home and Community Services Office를 직접 방문하여 문의하실 수 있습니다. 항소가 Washington Apple Health 보험혜택에 대한 결정안에 관한 것이고 사례 검토를 통해 해결되지 않았을 경우 행정심의회를 실시하게 됩니다.

공평하게 대우합니다. 차별은 법으로 금지되어 있습니다. 워싱턴 건강 보험 거래소/보건 당국은 해당 연방 시민권 법을 준수하고 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 유무, 또는 성별에 따라 차별하지 않습니다. 워싱턴 건강 보험 거래소/보건 당국은 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 유무, 또는 성별에 따라 차별하거나 배제시키지 않습니다.

워싱턴 건강 보험 거래소/보건 당국은 또한 해당 주 법을 준수하고 신념, 성별, 성별 표현이나 성 정체성, 성적 지향, 결혼 유무, 종교, 명예 제대한 퇴역군인이나 군복무 유무, 또는 훈련된 안내견이나 도우미 동물의 도움을 받는 장애인이라는 이유로 차별하지 않습니다.

워싱턴 건강 보험 거래소/보건 당국:

- 장애인과의 원활한 의사소통을 위하여 다음과 같은 무료 지원 및 서비스를 제공합니다.
 - 자격을 갖춘 수화 통역사
 - 다른 형식으로 작성된 서면 정보(큰 활자, 오디오, 접근 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 영어가 모국어가 아닌 사람들에게 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다.
 - 자격을 갖춘 통역사
 - 다른 언어로 작성된 서면 정보

이 서비스를 원하시면 1-855-923-4633에 전화하십시오.

워싱턴 건강 보험 거래소/보건 당국이 이러한 서비스를 제공하지 않거나 다른 식으로 차별을 했다고 생각되시면, 다음 기관에게 불만을 제기하실 수 있습니다.

- **Washington Health Benefit Exchange Legal Department**
ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator
PO Box 1757
Olympia, WA 98507-1757
1-855-859-2512
팩스: 1-360-841-7653
appeals@wahbexchange.org

- **Health Care Authority Division of Legal Services**
ATTN: Compliance Officer
(ADA/Nondiscrimination Coordinator)
PO Box 42704
Olympia, WA 98501-2704
1-855-682-0787
팩스:1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov

직접 방문 또는 우편, 팩스, 이메일로 진정서를 제출하실 수 있습니다. 진정서를 제출하는 데 도움이 필요하시면, 워싱턴 건강 보험 거래소 법무부/보건 당국 법률 서비스국이 도움을 드립니다.

시민권과 관련한 불만은 미국 보건복지부의 민권 사무소에 온라인 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, 우편, 전화를 통해 제기하실 수 있습니다.

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697(TDD).

불만 신고 양식은 www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html에서 이용하실 수 있습니다.

모든 건강보험 혜택 프로그램에 해당되는 귀하의 책임(귀하의 의무)

SSN 및 이민자 신분 공개. 몇 가지 예외를 제외하고 귀하께서는 본인이나 건강보험 신청을 원하는 가족의 사회보장번호(SSN)나 이민서류번호를 제공해야 합니다. SSN은 건강보험금 세금 공제를 신청하는 데 필요합니다. 저희는 이 정보를 이용하여 귀하의 신분과 시민권, 이민 신분, 생년월일, 기타 건강보험 가입 가능여부를 확인하여 귀하의 수혜자격을 결정합니다.

저희는 이 정보를 이민 기관과 공유하지 않습니다.

귀하의 가족 구성원들 중 보험 신청이 되는 구성원이 있고 안 되는 구성원이 있습니다. 귀하에게 모든 가족 구성원의 보험을 신청할 수 있는 SSN 또는 이민 서류 번호가 없더라도, 일부 가족 구성원은 보험을 신청하고 보험 혜택을 받을 수 있습니다. 예를 들어, 귀하 본인에게 보험 수혜 자격이 없어도 귀하께서는 자녀의 보험을 신청할 수 있습니다. 이렇게 보험을 신청해도 이민 신분이나 영주권 또는 시민권을 취득할 가능성은 달라지지 않았습니다.

Washington Apple Health 프로그램들 중에는 합법적으로 국내에 거주하고 있음을 입증하지 못하는 사람들을 위한 프로그램도 있습니다. 그러나 귀하께서 귀하 가족 구성원 중 누군가의 SSN 또는 이민자 문서 번호를 제공하지 않기로 결정했을 경우, 당 기관은 비신청인의 소득에 대한 정보를 얻기 위하여 귀하에 대해 후속 조치를 취해야 합니다.

해당 기관에서 요청할 경우, 귀하의 수혜자격을 결정하는 데 필요한 정보나 증빙서류를 제공해야 합니다.

모든 건강보험 혜택 프로그램에 대해 귀하가 알아야 사항

Washington Healthplanfinder와 워싱턴주에서 관리하는 신청 시스템의 운영, 그 시스템을 이용하는 사람으로서 귀하의 권리와 책임, 시스템을 이용해서 가입한 건강보험을 관장하는 **주 법과 연방 법이 있습니다.** 이 시스템을 이용한다면 시스템을 이용한 사람과 그 결과로 가입하게 된 건강보험에 해당되는 법규를 준수한다는 데 동의하는 것입니다.

1973년 전국유권자등록법(National Voter Registration Act of 1973)에 따라 모든 주(州)는 각 주의 대민지원기관을 통해 유권자등록을 지원할 의무가 있습니다.

투표를 하기 위해 등록을 하거나 투표 등록을 거절한다고 해서 그것이 본 기관에서 제공하는 서비스나 혜택에 영향을 미치지 않습니다. 투표 등록은 www.vote.wa.gov 에서 하거나 1-800-448-4881로 전화해 유권자등록양식을 주문하십시오.

건강보험 양도 및 책임에 관한 법안(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)의 규정에 의거해 Health Care Authority(HCA)와 DSHS는 귀하 또는 귀하 가족 구성원의 건강정보를 귀하가 위임한 대리인을 비롯하여 다른 사람에게 공개할 수 없습니다. 단, 위임장(power of attorney)이 있는 개인이나 귀하가 건강정보 공개를 승인하는 문서인 공개 동의서에 서명한 경우에는 이 건강정보를 공개할 수 있습니다. 이 건강정보에는 정신건강정보, HIV, AIDS 및 STD(성병) 검사 결과 또는 치료 및 화학적 의존성 치료 서비스에 대한 공개 등이 포함됩니다.

Washington Healthplanfinder의 개인정보 보호정책에 대한 자세한 정보는 https://www.wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html 을 방문하여 확인하십시오

부담적정보법(Affordable Care Act)에 의거하여 Washington Healthplanfinder와 DSHS는 귀하나 귀하 가족 구성원의 개인식별정보(PII)를 귀하가 위임하지 않은 사람에게 귀하의 동의 없이 제공하지 못합니다.

귀하가 **Washington Healthplanfinder**와 **DSHS**에게 제공한 정보는 귀하의 건강보험 수혜 자격을 판단하기 위한 목적으로 실시되는 연방 및 주 기관 직원의 검증을 받아야 합니다. 검증을 위해 해당 기관의 직원이 추후 연락을 드릴 수 있습니다.

Washington Healthplanfinder를 통해 건강보험 신청 절차를 시작한 후 어떤 이유로든 절차를 완료하지 않으신 경우, 귀하의 정보는 **Washington Healthplanfinder**에 보관되고 90일 동안 이용이 허락됩니다. 90일이 지난 후에도 신청 절차를 완료하지 않으시면, **Washington Healthplanfinder** 시스템에 보관되었던 귀하의 정보가 삭제됩니다.

Washington Healthplanfinder, HCA 및 DSHS는 건강보험 플랜을 관리할 책임이 없습니다. 귀하의 건강보험사에서 보험혜택에 관한 상세 정보를 제공할 수 있습니다.

귀하가 받을 수 있는 보험혜택, 귀하의 플랜에 따른 가입자 부담금 및 보험혜택 클레임 또는 거절된 보험혜택 항소 등을 비롯하여, 귀하의 건강보험플랜 이용약관에 관한 질문은 귀하가 선택한 건강보험사에 연락해야 합니다. COBRA를 수혜할 자격이 있고 **Washington Healthplanfinder**를 통해 구입한 건강보험 계약이 만료된 경우, 그 사람의 고용주는 COBRA를 관리하고 필수 항목인 COBRA 안내문과 선택 기간을 제공해야 할 책임이 있습니다.

귀하가 선택한 건강보험사로부터 승인서 및 보험약관 또는 일명 보험계약서 또는 증서를 받기 전까지는 현재 가입되어 있는 건강보험을 취하하거나 COBRA 보험혜택 제의를 거절하지 마십시오. 보험 이용 약관을 잘 이해하고 이를 동의하는지 잘 확인하십시오. 그리고 유효일자과 대기기간, 보험료 금액, 보험혜택, 제한 혜택, 비보험 혜택 및 부가 조항 등을 잘 살펴보십시오.

아동지원부(DCS)를 통해 양육비 집행 서비스를 신청할 수 있습니다.

이 서비스의 신청서를 구하시려면, www.childsupportonline.wa.gov 를 방문하시거나 지역 DCS 사무소에 문의하십시오.

Washington Apple Health에만 해당되는 귀하의 권리(당 기관의 의무)

요청하시면, 귀하의 권리와 책임에 대해 설명해드릴 것입니다.

부분 신청서의 제출을 허용합니다. 이 부분적 신청서에는 최소한 귀하의 이름, 주소, 서명 또는 신청인이 위임한 대리인의 서명이 들어가야 합니다. 저희가 부분 신청서를 받은 날이 귀하의 신청 날짜입니다. 이 날짜에 따라 귀하의 건강 보험 효력 발생일이 달라질 수 있습니다. 신청 절차가 완료되기 전까지는 보험 혜택에 대한 최종 결정을 내리지 않습니다.

WAC 182-503-0005에 열거된 방법을 이용해서 신청서나 부분 신청서를 제출하는 것을 허용합니다.

신청은 WAC 182-503-0060에 규정된 일정 이내에 신속히 처리해드립니다.

수혜 자격을 결정하는 데 필요한 정보를 저희에게 제공해주실 수 있도록 **역일로 10일의 여유 기간을 드립니다.** 귀하께서 시간을 더 요청하실 경우 시간을 더 드립니다. 귀하가 정보를 제공해주지 않거나 시간을 더 요청하실 경우 귀하가 신청한 건강 보험 혜택이 거부, 마감, 또는 변경될 수 있습니다.

귀하의 수혜자격을 결정하는 데 필요한 정보나 증거를 구비하기가 어려울 경우 **도움을 드립니다.** 저희가 요구하는 증빙서류를 획득하는 데 돈이 들 경우 저희가 대신 해당 증빙서류를 신청하고 돈을 지불할 수 있습니다.

대부분의 경우에 건강보험 혜택이 중단되기 최소한 10일 전에 통지해드립니다.

결정 사항을 서면으로, 대부분의 경우에 45일 이내에 **받아보실 수 있습니다.** 일부 장애인 사례의 경우에는 건강보험 혜택을 적용받기까지 최대 60일이 걸릴 수 있습니다. 저희는 임신부 의료에 대한 서면 결정을 15일 이내에 제공합니다.

저희가 귀하의 사례를 조사할 때 조사관에게 **진술을 거부하실 수 있습니다.** 조사관을 집안으로 들어오게 하지 않으셔도 됩니다. 조사관에게 다음에 오도록 요청하실 수도 있습니다. 이러한 요청을 하더라도 건강보험 혜택에 대한 귀하의 수혜자격은 달라지지 않습니다.

WAC 182-504-0125에 따라 다른 프로그램에 대한 귀하의 수혜자격을 결정하는 동안 **Washington Apple Health 보험혜택을 계속 받을 수 있습니다.**

WAC 182-503-0120에 따라 귀하께서 자격을 가진 서비스를 동등하게 이용하실 수 있습니다.

Washington Apple Health에만 해당되는 귀하의 책임(귀하의 의무)

변경 사항이 있을 경우 WAC 182-504-0105 및 WAC 182-504-0110에 따라 30일 이내에 **통보해야 합니다.**

승인 서한을 읽으시고 통보해야 할 변경사항으로 무엇이 있는지 확인하셔야 합니다.

요청 시 **갱신을 완료해야 합니다.**

건강보험 서비스 대금을 청구하는데 필요한 **의료 제공자 정보를 제공해야 합니다.**

자격이 있는 경우 **Medicare를 신청해야 합니다.**

수혜품질보장 직원이 질문할 경우, **협조할 의무가 있습니다.**

Washington Apple Health 보험혜택을 신청하거나 수령할 때, 다른 기관으로부터 받을 수 있는 혜택도 신청하고 받을 수 있도록 **합당한 노력을 기울여야 합니다.**

Washington Apple Health에 한해서 귀하께서 알아야 할 정보

Washington Apple Health를 신청하여 수혜하십시오써 귀하께서는 의료 서비스에 대한 제삼자 지불금과 의료 지원에 대한 모든 권리를 워싱턴주에 양도하신 것이 됩니다.

당 기관은 귀 자녀의 예방접종내역을 아동프로필예방접종 추적 시스템(Child Profile Immunization Tracking System)에 **제공할 수 있습니다.**

귀하가 신고한 정보는 DSHS에게 제공되어 건강보험 혜택, 현금 지원, 아동 양육 보조금과 같은 프로그램의 수혜자격과 월 수당을 결정하기 위한 판단 자료로 쓰일 수 있습니다.

워싱턴주가 특정한 종류의 의료 서비스를 제공하고 지불한 비용을 재산회수(Estate Recovery)(RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, 및 Chapter 182-527 WAC)를 통해 수혜자의 재산으로부터 회수할 수 있도록 법으로 정해져 있습니다. 워싱턴주는 수혜자가 사망하거나 생존 배우자가 사망하거나 생존 자녀가 21세가 될 때까지 재산을 회수하지 않습니다. 수혜자의 사망 시에 생존 자녀가 시각장애인/기타장애인인 경우에도 회수하지 않습니다. 회수 가능 비용에는 다음이 포함됩니다.

- 특정한 Washington Apple Health 장기요양 서비스 및 지원(이 서비스를 받을 당시 수혜자의 나이가 55세 이상인 경우)
- 특정한 주 기금 출연 서비스(이 서비스를 받을 당시 수혜자의 나이에 상관 없음)

WAC 182-527-2742에 따라 비용 회수를 받아야 하는 서비스 목록을 확인하실 수 있습니다. WAC 182-527-2746에 따라 비용 회수 대상에서 제외된 자산 목록을 확인하실 수 있습니다.

워싱턴주는 또한 시설에 영구 입주하는 수혜자의 경우에 나이에 상관 없이 수혜자의 부동산에 대하여 사망 전 선취특권을 행사할 수 있습니다(WAC 182-527-2734). 워싱턴주는 수혜자의 부동산 또는 재산을 매각해서 비용을 회수할 수 있습니다. 단, 다음의 경우는 예외입니다.

- 배우자가 해당 부동산에 거주하고 있는 경우
- 형제자매가 해당 부동산에 거주하고 있고 공동소유자이며 특정 조건을 충족시키는 경우
- 자녀가 해당 부동산에 거주하고 있고 시각장애인/기타 장애인인 경우
- 자녀가 해당 부동산에 거주하고 있고 21세 미만인 경우

WAC 182-527-2734에서 사망 전 선취특권에 따라 비용 회수를 받아야 하는 서비스 목록을 확인하실 수 있습니다.

귀하가 여러 의료인들로부터 불필요한 의료서비스를 받으려고 할 경우, 이용할 수 있는 의료인이 1명, 약국이 1곳, 및/또는 병원이 1곳으로 제한될 수 있습니다.

공인 건강보험 플랜에 한해서 귀하께서 알아야 할 정보

저희는 귀하의 정보를 확인합니다. 저희는 연방 데이터베이스를 이용하여 귀하의 신청서 정보를 확인합니다. 신청서에 입력하신 정보가 연방 데이터베이스와 일치하지 않을 경우 95일 이내에 해당 서류를 제출하셔야 합니다. 저희 요청에 응답하지 않으시면 귀하의 보험 보장이나 세금 공제가 종료될 수 있습니다. 저희 요청에 대한 답변, 질문이 있는 경우 문의, 기한 전 응답하실 책임은 귀하에게 있습니다.

사회보장번호(SSN): 귀하는 저희에게 사회보장번호를 갖고 있는 모든 가족의 사회보장번호를 제공하셔야 합니다. 사회보장번호가 없는 사람이 있는 경우, 이 사람도 건강보험 보장을 받을 수 있습니다.

소득 변경사항을 즉시 보고하십시오. 신청서에 기입하신 소득은 올해 얼마를 벌 것으로 생각하시는지에 대한 예상 금액입니다. 소득이 변하면 예상 금액을 업데이트하셔야 합니다. 귀하의 소득 변화로 인해 세금 공제가 변경될 수 있으며 이로 인해 귀하의 공제금과 분담 비용 절감이 변경될 수 있습니다. 귀하의 소득을 예상하실 때 최대한 정확하게 해주시고 중요한 변경사항을 신속히 보고해주십시오.

세금 공제 조정의 필요: 귀하께서 받으신 세금 공제를 IRS에 신고하셔야 합니다. 정확한 IRS 양식을 포함한 연례 IRS 소득세 신고서를 제출하여 이를 신고하실 수 있습니다. IRS에 세금 공제를 신고하지 않으면 향후 세금 공제를 받지 못하게 됩니다. 자세한 정보는 IRS 양식 1095와 8962에 제공된 지침에서 확인하십시오.

표시된 건강 보험 비용은 변경될 수 있습니다. 비용은 변경될 수 있습니다. 건강보험사의 보험 가입 관행과 귀하가 선택한 옵션에 따라 변경될 수 있습니다.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ຟຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. یا شماره 1-800-562-3022 تماس بگیرید. (TRS: 711)

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውሉ።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

건강보험 혜택 신청서 1부

1 주요 신청인 이름 및 연락처 정보

이름 _____ 중간이름 이니셜 _____ 성 및 접미사 _____

생년월일(월/일/년) _____ 사회보장번호 (SSN)* _____ 출생 시 주어진 성별 M F

신청인 또는 위임 대리인 서명 _____

자택 주소가 있습니까? 아니요 예

아니요라고 답하신 경우 어떤 카운티에서 건강보험 서비스를 받으시길 원하십니까?
이 경우에도 우편물 수신 주소를 지정해야 합니다.

거주지 주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____

우편주소(상기와 다를 경우) _____ 시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____

기본 전화번호 _____ 보조 전화번호 _____ 이메일 주소 _____

Washington Healthplanfinder가 신청 상태 관련 업무 및/또는 추가 정보 요청을 위해 귀하에게 연락을 취할 수도 있습니다. 어떤 연락 방식을 선호하십니까? 전화 이메일 USPS 우편

***HCA는 이민 집행을 목적으로 이민 기관과 이 정보를 공유하지 않습니다.
SSN이 없으시면 이 공란을 비워두십시오.**

2 언어 정보

귀하 또는 신청인 중 통역 서비스나 영어 이외 언어로 된 서류를 원하는 분이 있습니까?
 아니요 예

'예'에 표기했다면 어떤 언어 또는 대체 형식 서류가 필요하십니까? 해당 사항을 모두 적어주십시오. _____

귀하 또는 신청 대상자 중에 대체 양식으로 만들어진 서류가 필요하신 분이 있습니까? 아니요 예



예라고 답변하셨다면 어떤 대체 양식을 보내드려야 합니까? 영문 큰 활자 점자

가족 구성원 중 현재 임신 상태인 사람이 있습니까? 아니요 예

1. 위임 대리인(AREP)은 가정 상황을 충분히 알고 있고 가정의 승인을 받아 수혜자격 문제에 대해 해당 가정을 대표할 수 있는 성인입니다. 이는 네비게이터 또는 브로커와의 협력과는 다릅니다.
 2. 질병으로 인해 신청인이 AREP를 지정할 수 없다면, dshs.wa.gov/authorized-rep-form에서 개인이 위임 대리인 지정 양식 (DSHS 14-532)을 작성하여 본인을 AREP로 지정할 수 있습니다.
 3. 대리인 지명 시 귀하는 다음 권한을 부여하는 것입니다.
 - 귀하를 대신해 신청서에 서명합니다,
 - 귀하의 신청서 및 계좌에 관한 안내문을 수신합니다,
 - 청서 및 계좌에 관한 모든 사안에 귀하를 대리합니다.
- a. 공식 대표자를 임명하십니까? 아니요 예
- b. 대리인이 귀하의 신청서 및 계좌에 관한 안내문을 수신하기를 원하십니까? 아니요 예

위임 대리인 이름/조직

전화번호

위임 대리인의 우편 주소

이메일 주소

배우자, 동거 자녀, 자녀와 함께 동거하는 부모, 귀하의 연방소득세 신고에 포함되는 모든 사람 등의 개인을 신청서에 포함해야 합니다. **9에서 16 페이지를 이용하여 귀하의 가족에 대한 정보를 공유하십시오.**

귀하가 다른 사람의 세금 신고 시에 피부양인으로 청구되시는 경우 귀하에게 포함되는 세금 신고 세대의 모든 구성원과 모든 동거 가족 구성원을 포함시켜야 합니다.

건강보험 보장 신청 시 세금 신고서를 제출하실 필요는 없습니다.

이름

중간이름 이니셜

성

생년월일(월/일/년)

위 사람에 대한 건강보험 혜택을 신청하십니까? 아니요 예

신청 본인

귀하와의 관계:

(보험을 신청하지 않는 개인의 사회보장번호(SSN) 시민권 상태를 제공하는 것은 선택사항입니다.)

시민 또는 비 시민 상태 (하나를 선택하십시오)

미국 시민권자 또는 미국 국적자

미국에 합법적으로 거주하는 비 시민권자

기타

사회보장번호(SSN):

합법적으로 거주하는 비 시민권자의 경우 다음 정보를 입력하십시오.

이민 문서 유형:

"A" 번호:

접수 번호 또는 기타 번호

외국 여권 번호:

발행 국가:

입국일: (월/일/년)

문서 만료일: (월/일/년)

금년도 세금 신고 예정 상태(하나를 선택하십시오)

미혼 신고

신청서에 포함된 사람의 피부양자

세대주

신청서에 포함되지 않은 사람의 피부양자

피부양 아동이 있는 수혜 가능한 미망인(홀아비)

세금을 신고하지도 않고 피부양자도 아닌 사람

기혼 세금 별도 제출

기혼 세금 공동 제출:

주 납세자 이름: _____

위의 납세 상태가 작년과 올해가 동일합니까? 아니요 예

아니라고 답변하신 경우 작년의 납세 상태를 제시하여 주십시오.

(귀하의 본 질문 답변은 Apple Health 가입자격에 영향을 미치지 않습니다)

금년도 11월 1일 ~ 12월 31일에 본 신청서를 제출할 경우 내년도도 동일한 세금 상태로 등록되기를 희망하십니까?

아니요 예

인종(선택 -해당되는 모든 사항에 체크하십시오)

아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민

필리핀인

라오스인

베트남인

아시아 인도인

괌 주민

기타 아시아인 또는 태평양 섬주민

백인

흑인 또는 아프리카계 미국인

하와이인

기타 인종

캄보디아인

일본인

사모아인

중국인

한국인

태국인

귀하는 히스패닉, 라티노 또는 스페인 출신입니까?

쿠바인

멕시코인/멕시코계 미국인/치카노

스페인계/히스패닉이 아님

기타 스페인계/히스패닉계

푸에르토리코인

저희가 이 정보를 수집하는 이유 - 저희는 이 정보를 이용하여 모든 사람의 보건 형평성을 개선하고 보건 의료 접근성을 높이고자 합니다. 귀하께서 제공하신 정보로 인해 귀하의 건강보험 플랜 가입 능력이 제한되지 않습니다.

미국 원주민이나 알래스카 원주민이십니까? 아니요 예

이름 _____ 중간이름 이니셜 _____ 성 _____ 생년월일(월/일/년) _____

위 사람에 대한 건강보험 혜택을 신청하십니까? 아니요 예 출생 시 주어진 성별 M F

귀하와의 관계(예: 배우자, 동거인, 파트너)

(보험을 신청하지 않는 개인의 사회보장번호(SSN) 시민권 상태를 제공하는 것은 선택사항입니다.)

시민 또는 비 시민 상태 (하나를 선택하십시오)

미국 시민권자 또는 미국 국적자 미국에 합법적으로 거주하는 비 시민권자 기타

사회보장번호(SSN):

합법적으로 거주하는 비 시민권자의 경우 다음 정보를 입력하십시오.

이민 문서 유형: _____ "A" 번호: _____ 접수 번호 또는 기타 번호: _____

외국 여권 번호: _____ 발행 국가: _____

입국일: (월/일/년) _____ 문서 만료일: (월/일/년) _____

금년도 세금 신고 예정 상태(하나를 선택하십시오)

미혼 신고	신청서에 포함된 사람의 피부양자
세대주	신청서에 포함되지 않은 사람의 피부양자
피부양 아동이 있는 수혜 가능한 미망인(홀아비)	세금을 신고하지도 않고 피부양자도 아닌 사람

기혼 세금 별도 제출

기혼 세금 공동 제출:

주 납세자 이름: _____

위의 납세 상태가 작년과 올해가 동일하니까? 아니요 예

아니라고 답변하신 경우 작년의 납세 상태를 제시하여 주십시오. **(귀하의 본 질문 답변은 Apple Health 가입자격에 영향을 미치지 않습니다)**

금년도 11월 1일 ~ 12월 31일에 본 신청서를 제출할 경우 내년에도 동일한 세금 상태로 등록되기를 희망하십니까?

아니요 예

인종(선택 -해당되는 모든 사항에 체크하십시오)

- | | | | |
|----------------------|------|--------------------|------|
| 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 | 필리핀인 | 라오스인 | 베트남인 |
| 아시아 인도인 | 괌 주민 | 기타 아시아인 또는 태평양 섬주민 | 백인 |
| 흑인 또는 아프리카계 미국인 | 하와이인 | 기타 인종 | |
| 캄보디아인 | 일본인 | 사모아인 | |
| 중국인 | 한국인 | 태국인 | |

귀하는 히스패닉, 라티노 또는 스페인 출신입니까?

- | | | |
|---------------|-------------------|---------------|
| 쿠바인 | 멕시코인/멕시코계 미국인/치카노 | 스페인계/히스패닉이 아님 |
| 기타 스페인계/히스패닉계 | 푸에르토리코인 | |

저희가 이 정보를 수집하는 이유 - 저희는 이 정보를 이용하여 모든 사람의 보건 형평성을 개선하고 보건 의료 접근성을 높이하고자 합니다. 귀하께서 제공하신 정보로 인해 귀하의 건강보험 플랜 가입 능력이 제한되지 않습니다.

미국 원주민이나 알래스카 원주민이십니까? 아니요 예

8 자녀 / 피부양자 / 기타 가족을 입력하십시오 #1

이름	중간이름 이니셜	성	생년월일(월/일/년)
----	----------	---	-------------

위 사람에 대한 건강보험 혜택을 신청하십니까? 아니요 예 출생 시 주어진 성별 M F

귀하와의 관계 (예: 자녀, 손자녀, 조카, 형제)

(보험을 신청하지 않는 개인의 사회보장번호(SSN) 시민권 상태를 제공하는 것은 선택사항입니다.)

시민 또는 비 시민 상태 (하나를 선택하십시오)

- | | | |
|-------------------|-----------------------|----|
| 미국 시민권자 또는 미국 국적자 | 미국에 합법적으로 거주하는 비 시민권자 | 기타 |
|-------------------|-----------------------|----|

사회보장번호(SSN):

합법적으로 거주하는 비 시민권자의 경우 다음 정보를 입력하십시오.

이민 문서 유형:	"A" 번호:	접수 번호 또는 기타 번호구성원:
외국 여권 번호:	발행 국가:	
입국일: (월/일/년)	문서 만료일: (월/일/년)	

금년도 세금 신고 예정 상태(하나를 선택하십시오)

- 미혼 신고 신청서에 포함된 사람의 피부양자
- 세대주 신청서에 포함되지 않은 사람의 피부양자
- 피부양 아동이 있는 수혜 가능한 미망인(홀아비) 세금을 신고하지도 않고 피부양자도 아닌 사람
- 기혼 세금 별도 제출
- 기혼 세금 공동 제출:
주 납세자 이름: _____

위의 납세 상태가 작년과 올해가 동일합니까? 아니요 예

_____ **아니라고 답변하신 경우 작년의 납세 상태를 제시하여 주십시오.** **(귀하의 본 질문 답변은 Apple Health 가입자격에 영향을 미치지 않습니다)**

금년도 11월 1일 ~ 12월 31일에 본 신청서를 제출할 경우 내년에도 동일한 세금 상태로 등록되기를 희망하십니까?

아니요 예

인종(선택 -해당되는 모든 사항에 체크하십시오)

- | | | | |
|----------------------|------|--------------------|------|
| 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 | 필리핀인 | 라오스인 | 베트남인 |
| 아시아 인도인 | 괌 주민 | 기타 아시아인 또는 태평양 섬주민 | 백인 |
| 흑인 또는 아프리카계 미국인 | 하와이인 | 기타 인종 | |
| 캄보디아인 | 일본인 | 사모아인 | |
| 중국인 | 한국인 | 태국인 | |

귀하는 히스패닉, 라티노 또는 스페인 출신입니까?

- 쿠바인 멕시코인/멕시코계 미국인/치카노 스페인계/히스패닉이 아님
- 기타 스페인계/히스패닉계 푸에르토리코인

저희가 이 정보를 수집하는 이유 - 저희는 이 정보를 이용하여 모든 사람의 보건 형평성을 개선하고 보건 의료 접근성을 높이고자 합니다. 귀하께서 제공하신 정보로 인해 귀하의 건강보험 플랜 가입 능력이 제한되지 않습니다.

미국 원주민이나 알래스카 원주민이십니까? 아니요 예

8
자녀 / 피부양자 / 기타 가족을 입력해주세요 #2

_____	_____	_____	_____
이름	중간이름 이니셜	성	생년월일(월/일/년)

위 사람에 대한 건강보험 혜택을 신청하십니까? 아니요 예 출생 시 주어진 성별 M F

_____ **귀하와의 관계** (예: 자녀, 손자녀, 조카, 형제)

(보험을 신청하지 않는 개인의 사회보장번호(SSN) 시민권 상태를 제공하는 것은 선택사항입니다.)

시민 또는 비 시민 상태 (하나를 선택하십시오)

미국 시민권자 또는 미국 국적자 미국에 합법적으로 거주하는 비 시민권자 기타

사회보장번호(SSN):

합법적으로 거주하는 비 시민권자의 경우 다음 정보를 입력하십시오.

이민 문서 유형: "A" 번호: 접수 번호 또는 기타 번호구성원:

외국 여권 번호: 발행 국가:

입국일: (월/일/년) 문서 만료일: (월/일/년)

금년도 세금 신고 예정 상태(하나를 선택하십시오)

- 미혼 신고 신청서에 포함된 사람의 피부양자
- 세대주 신청서에 포함되지 않은 사람의 피부양자
- 피부양 아동이 있는 수혜 가능한 미망인(홀아비) 세금을 신고하지도 않고 피부양자도 아닌 사람
- 기혼 세금 별도 제출
- 기혼 세금 공동 제출:
- 주 납세자 이름: _____

위의 납세 상태가 작년과 올해가 동일합니까? 아니요 예

아니라고 답변하신 경우 작년의 납세 상태를 제시하여 주십시오.
영향을 미치지 않습니다)

(귀하의 본 질문 답변은 Apple Health 가입자격에

금년도 11월 1일 ~ 12월 31일에 본 신청서를 제출할 경우 내년에도 동일한 세금 상태로 등록되기를 희망하십니까?

아니요 예

인종(선택 -해당되는 모든 사항에 체크하십시오)

- 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 필리핀인 라오스인 베트남인
- 아시아 인도인 괌 주민 기타 아시아인 또는 태평양 섬주민 백인
- 흑인 또는 아프리카계 미국인 하와이인 기타 인종
- 캄보디아인 일본인 사모아인
- 중국인 한국인 태국인

귀하는 히스패닉, 라티노 또는 스페인 출신입니까?

- 쿠바인 멕시코인/멕시코계 미국인/치카노 스페인계/히스패닉이 아님
- 기타 스페인계/히스패닉계 푸에르토리코인

저희가 이 정보를 수집하는 이유 - 저희는 이 정보를 이용하여 모든 사람의 보건 형평성을 개선하고 보건 의료 접근성을 높이하고자 합니다. 귀하께서 제공하신 정보로 인해 귀하의 건강보험 플랜 가입 능력이 제한되지 않습니다.

미국 원주민이나 알래스카 원주민이십니까? 아니요 예

8 자녀 / 피부양자 / 기타 가족을 입력해주시오 #3

이름	중간이름 이니셜	성	생년월일(월/일/년)
----	----------	---	-------------

위 사람에 대한 건강보험 혜택을 신청하십니까? 아니요 예 출생 시 주어진 성별 M F

귀하와의 관계 (예: 자녀, 손자녀, 조카, 형제)

(보험을 신청하지 않는 개인의 사회보장번호 (SSN) 시민권 상태를 제공하는 것은 선택사항입니다.)
시민 또는 비 시민 상태 (하나를 선택하십시오)

- 미국 시민권자 또는 미국 국적자 미국에 합법적으로 거주하는 비 시민권자 기타

사회보장번호(SSN):

합법적으로 거주하는 비 시민권자의 경우 다음 정보를 입력하십시오.

이민 문서 유형:	"A" 번호:	접수 번호 또는 기타 번호구성원:
-----------	---------	--------------------

외국 여권 번호:	발행 국가:
-----------	--------

입국일: (월/일/년)	문서 만료일: (월/일/년)
--------------	-----------------

금년도 세금 신고 예정 상태(하나를 선택하십시오)

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 미혼 신고 | 신청서에 포함된 사람의 피부양자 |
| 세대주 | 신청서에 포함되지 않은 사람의 피부양자 |
| 피부양 아동이 있는 수혜 가능한 미망인(홀아비) | 세금을 신고하지도 않고 피부양자도 아닌 사람 |

기혼 세금 별도 제출

기혼 세금 공동 제출:

주 납세자 이름: _____

위의 납세 상태가 작년과 올해가 동일합니까? 아니요 예

아니라고 답변하신 경우 작년의 납세 상태를 제시하여 주십시오.

(귀하의 본 질문 답변은 Apple Health 가입자격에 영향을 미치지 않습니다)

금년도 11월 1일 ~ 12월 31일에 본 신청서를 제출할 경우 내년에도 동일한 세금 상태로 등록되기를 희망하십니까?

아니요 예

인종(선택 -해당되는 모든 사항에 체크하십시오)

- | | | | |
|----------------------|------|--------------------|------|
| 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 | 필리핀인 | 라오스인 | 베트남인 |
| 아시아 인도인 | 괌 주민 | 기타 아시아인 또는 태평양 섬주민 | 백인 |
| 흑인 또는 아프리카계 미국인 | 하와이인 | 기타 인종 | |
| 캄보디아인 | 일본인 | 사모아인 | |
| 중국인 | 한국인 | 태국인 | |

귀하는 히스패닉, 라티노 또는 스페인 출신입니까?

- 쿠바인 멕시코인/멕시코계 미국인/치카노 스페인계/히스패닉이 아님
- 기타 스페인계/히스패닉계 푸에르토리코인

저희가 이 정보를 수집하는 이유 - 저희는 이 정보를 이용하여 모든 사람의 보건 형평성을 개선하고 보건 의료 접근성을 높이고자 합니다. 귀하께서 제공하신 정보로 인해 귀하의 건강보험 플랜 가입 능력이 제한되지 않습니다.

미국 원주민이나 알래스카 원주민이십니까? 아니요 예

가족 구성원을 더 많이 포함시키려면, 각 개인에 대하여 위에서 요청한 정보를 기입한 서식을 첨부하십시오.

9 가족 구성원에 대한 정보

미국 원주민 및 알래스카 원주민 정보

미국 원주민 및 알래스카 원주민은 Washington Healthplanfinder를 통해 특수 Apple Health와 특별 혜택을 받을 자격이 있습니다. 귀하 및 신청인 중 북아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민의 후손이 있는 경우 아래 표에 각 구성원을 기입해 주십시오.

이름	부족 이름
연방으로 인정된 부족, 밴드, 푸에블로, 인디언 부락(Rancheria) 구성원, 알래스카 원주민 지역 또는 마을 기업 주주 아니요 예	

이름	부족 이름
연방으로 인정된 부족, 밴드, 푸에블로, 인디언 부락(Rancheria) 구성원,	

알래스카 원주민 지역 또는 마을 기업 주주 아니요 예

이름 _____

부족 이름 _____

연방으로 인정된 부족, 밴드, 푸에블로, 인디언 부락(Rancheria) 구성원,
알래스카 원주민 지역 또는 마을 기업 주주

아니요 예

이름 _____

부족 이름 _____

연방으로 인정된 부족, 밴드, 푸에블로, 인디언 부락(Rancheria) 구성원,
알래스카 원주민 지역 또는 마을 기업 주주

아니요 예

거주

워싱턴주 주민이라 함은 정해진 주소가 없는 사람을 포함하여 현재 워싱턴에 거주하고 있거나 거주할 계획인 사람, 또는 업무 때문에 또는 일자리를 찾아서 워싱턴 주에 들어온 사람을 가리킵니다.

건강보험 신청인 모두 워싱턴주 주민입니까? 아니요 예

‘아니요’라 답한 경우 워싱턴주 주민이 아닌 신청인의 이름을 기재하십시오.

흡연

본 신청서의 가족 구성원 중 지난 6개월간 담배 제품을 정기적으로 사용한 사람이 있습니까 아니요 예

‘예’라 답한 경우 해당인의 이름을 기재하십시오.
(귀하의 본 질문 답변은 Apple Health 가입자격에 영향을 미치지 않습니다)

성인 장애 피부양자

성인 장애 피부양자는 장애로 인하여 취업이 불가능하고 가족의 부양을 받는 개인입니다.

26세 이상 장애 성인 피부양자 자녀가 있습니까? 아니요 예

‘예’라 답한 경우 해당인의 이름을 기재하십시오.
(귀하의 본 질문 답변은 Apple Health 가입자격에 영향을 미치지 않습니다)

수감 정보

1. 본인이나 귀하께서 신청한 사람이 감옥에 수감되어 있습니까? 아니요 예

 '예'라 답한 경우 해당인의 이름을 기재하십시오.

2. 형 집행이 미결상태입니까? 아니요 예
3. 30일 이내에 석방됩니까? 아니요 예

유권자 등록

- 현재 거주지에서 유권자로 등록하지 않으셨다면 유권자로 등록하시겠습니까? 아니요 예

“예”라고 선택하신 분에게 유권자 등록 양식을 제공해드립니다.

유권자 등록 신청 유무는 귀하의 자격에 따른 지원 금액에 영향을 미치지 않습니다.

유권자 등록 신청서를 제출하는 데 도움이 필요하시면 워싱턴주 무료 유권자 등록 핫라인 1-800-448-4881을 통해 도움을 받으실 수 있습니다. 도움을 구하거나 받는 것은 전적으로 귀하에게 달려 있습니다. 신청서는 비공개로 작성할 수 있습니다.

귀하의 투표 등록을 누군가 방해하거나 등록을 거부하는 경우, 비공개 등록 권리를 침해 받은 경우, Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504로 서신을 보내거나 elections@sos.wa.gov 로 이메일을 보내거나 1-800-448-4881에 전화하여 불만을 제기하실 수 있습니다.

공인건강보험 신청인 서명

실직일: 귀하가 보험료 감면 대상일 가능성이 있습니다. 귀하의 소득을 고려하지 않고 공인건강보험(QHP) 가입을 원하신다면 아래에 서명하시고 신청서를 제출해주시십시오. 귀하는 귀하의 건강보험 비용 전액을 납부하셔야 하며 신청서의 2부를 작성하실 필요는 없습니다.

본인의 권리와 책임에 관한 내용을 읽거나 그에 대한 설명을 들었습니다.

본 신청서에 서명하시면 Washington Healthplanfinder가 다른 주 및 연방 기관들과 정보를 공유하는 데 동의하시는 것입니다.

 서명

 날짜

계속: Washington Apple Health(Medicaid) 또는 세금 공제를 신청하여 보험료를 낮추시려면 본 신청서 2부를 작성하셔야 합니다.

2부

1

건강보험 정보

신청인 중 Washington Apple Health(Medicaid 또는 CHIP)가 아닌 건강보험에 가입된 사람이 있습니까?

(예를 들어, 개인 또는 고용주 보험, 개인 건강보험, 제한 혜택 보험, Medicare, 재향군인,

평화유지군, Tri-Care 및 기타 보험이 포함됩니다) 아니요 예

'예'라 답한 경우 아래 표에 해당 정보를 기입해 주십시오. 다른 보험에 가입한 신청인이 두 명 이상일 경우 별도의 용지를 이용하십시오.

건강보험사 또는 고용주 이름:

보험 번호:

그룹 번호:

보험계약자/피고용인 이름:

보험계약자 생년월일:

이 건강 플랜의 혜택을 받는 가족 구성원을 전부 기재하십시오.

이 보험의 보장을 받는 모든 가족구성원을 나열하십시오.

이 건강 플랜의 혜택을 받는 가족 구성원을 전부 기재하십시오.

이 보험의 보장을 받는 모든 가족구성원을 나열하십시오.

이 건강 플랜의 혜택을 받는 가족 구성원을 전부 기재하십시오.

이 보험의 보장을 받는 모든 가족구성원을 나열하십시오.

2

자녀의 건강보험

자녀의 건강보험을 신청하지 않은 경우 이 문항을 작성하지 말고 다음 부분(의료비 미납 정보)으로 진행하십시오.

귀하의 건강보험이 자녀에게 적용됩니까? 아니요 예

'예'라 답한 경우 자녀의 이름을 기재하십시오.

19세 이하 자녀의 건강보험 혜택을 최근 4개월 내에 중단하신 적이 있습니까? 아니요 예

'예'라 답한 경우 혜택 종료 시점이 언제였습니까?

3

의료비 미납 정보

귀하 또는 신청인이 이번 달 직전 3개월 동안 받은 의료 서비스 미결제 비용과 관련하여 도움을 필요로 하십니까?

아니요 예

'예'라 답한 경우 개인의 이름을 기재하십시오.

귀하나 가족 구성원이 이민자 지위로 인하여 다른 건강보험 혜택을 받을 수 없어도 제한적인 응급 보험 보장은 받을 수 있습니다.

신청인 중 시민권 비소지자에게 해당되는 모든 내용에 표시하고 공란에 이름을 기입하십시오.

이번 달 또는 그 직전 3개월간 긴급 의료 상황으로 치료를 받은 적이 있습니다.

대상: _____

투석 또는 암 치료를 받아야 함: 대상: _____

기관 이식으로 인해 거부반응 치료를 받아야 함: 대상: _____

시설 입소나 생활 지원, 재택 간호가 필요: 대상: _____

귀하 또는 가족 구성원 중 임신부가 있습니까? 아니요 예 (임신을 한 사람이 복수인 경우 이 두 번째 줄을 이용하십시오.)
'예'라 답한 경우,

이름 입력: _____

출산 예정일: _____

출산 예정 자녀 수: _____

이름 입력: _____

출산 예정일: _____

출산 예정 자녀 수: _____

귀하 또는 본 신청서 상의 가족 구성원 중 최근 12개월 이내에 임신을 한 사람이 있습니까? 아니요 예

(임신을 한 사람이 복수인 경우 이 두 번째 줄을 이용하십시오.) '예'라 답한 경우,

이름 입력: _____

임신 종료일: _____

이름 입력: _____

임신 종료일: _____

본 섹션은 귀 가구의 수정 조정 총소득(modified adjusted gross income, MAGI) 산정에 활용됩니다. 귀하가 건강보험 혜택 프로그램 대부분을 이용할 자격이 있는지 판단하기 위해 MAGI 소득을 반영해야 합니다. 건강보험을 신청하려는 각 구성원에 대해 다음 항목을 최대한 정확히 기입해 주십시오. 기입한 소득의 유형에 대한 정보만 기입하십시오.

귀하 본인, 배우자, 미성년자 및 피부양자(나이에 상관 없음)에 관한 현재 월 총소득 정보를 기입하셔야 합니다. 단, 세금 신고서를 제출할 의무가 없는 미성년자 또는 피부양자이어야 합니다. 소득 신고 방법에 대한 자세한 정보는 wahbexchange.org/how-to-report-income 을 방문하여 확인하십시오.

참고: 미국 원주민/알래스카 원주민(AI/AN)은 국세청이 AI/AN의 총 소득에서 배제한 AI/AN 소득을 신고할 필요가 없습니다. 또한 AI/AN은 WAC 182-509-0340에 설명된 바에 따라 특정 소득유형을 Washington Apple Health(Medicaid)에 신고할 필요가 없습니다.

직장 근로 소득: 본인이나 신청 대상이 현재 고용된 상태입니까? 아니요 예

예라고 답한 경우 고용주 이름, 취업 중인 사람의 이름 및 **현재** 월 총수입(주급, 월급, 팁 포함)을 기입하십시오. 자영업자는 본 섹션에 기입하지 않습니다. 앞으로 변동사항이 발생할 것이 확실시된다면, 평균 소득을 기입하셔도 좋습니다. WAC 182-509-0310에 기술된 대표적 기간에 해당되는 소득의 평균을 내서 월 평균 소득을 계산하십시오.

취업 중인 사람 이름

고용주 이름

고용주 주소

시

주

우편 번호

§:

총(세전) 월 소득(급여, 임금, 팁, 기업, S항 기업)

이 사람은 고용주에 의해 건강보험을 제공 받았습니까? 아니요 예

예라고 답변하셨다면 보험을 제공받은 모든 가족 구성원을 나열하십시오

§:

이 고용주가 직원만을 보장하기 위해 제공하는 최저 월 보험료는 얼마입니까?

§:

이 고용주가 귀하의 가족을 보장하기 위해 제공하는 최저 월 보험료는 얼마입니까?*

취업 중인 사람 이름

고용주 이름

고용주 주소

시

주

우편 번호

§:

총(세전) 월 소득(급여, 임금, 팁, 기업, S항 기업)

이 사람은 고용주에 의해 건강보험을 제공 받았습니까? 아니요 예

예라고 답변하셨다면 보증을 제공받은 모든 가족 구성원을 나열하십시오

§: _____

이 고용주가 직원만을 보장하기 위해 제공하는 최저 월 보험료는 얼마입니까?

§: _____

이 고용주가 귀하의 가족을 보장하기 위해 제공하는 최저 월 보험료는 얼마입니까?*

취업 중인 사람 이름

고용주 이름

고용주 주소

시

주

우편 번호

§: _____

총(세전) 월 소득(급여, 임금, 팁, 기업, S항 기업)

이 사람은 고용주에 의해 건강보험을 제공 받았습니까? 아니요 예

예라고 답변하셨다면 보증을 제공받은 모든 가족 구성원을 나열하십시오

§: _____

이 고용주가 직원만을 보장하기 위해 제공하는 최저 월 보험료는 얼마입니까?

§: _____

이 고용주가 귀하의 가족을 보장하기 위해 제공하는 최저 월 보험료는 얼마입니까?*

***다른 가족을 위해 고용주가 제공하는 보증을 받을 계획이 없더라도 입력하십시오. 이 질문에 대한 귀하의 답변은 귀하의 Apple Health 자격에 영향을 미치지 않습니다.**

자영업 소득: 본인이나 신청 대상이 자영업자입니까? 아니요 예

'예'라고 답한 경우, 현재의 자영업 추정 순 월소득(경비를 제외한 수익)을 기입하십시오. 경비 공제 가능 항목은 ii페이지를 참조하십시오.

앞으로 변동사항이 발생할 것이 확실시된다면, 평균 소득을 기입하셔도 좋습니다. WAC 182-509-0370에 기술된

대표적 기간에 해당되는 소득의 평균을 내서 월 평균 소득을 계산하십시오.

자영업자 이름

회사 이름(회사가 있는 경우)

순 월소득(기업 또는 S항 기업 소득을 여기에 입력하지 마십시오)

자영업자 이름

회사 이름(회사가 있는 경우)

순 월소득(기업 또는 S항 기업 소득을 여기에 입력하지 마십시오)

자영업자 이름

회사 이름(회사가 있는 경우)

순 월소득(기업 또는 S항 기업 소득을 여기에 입력하지 마십시오)

사회보장금: 본인이나 귀하께서 신청한 사람이 사회보장 소득을 받고 있습니까? 아니요 예

예라고 답변하셨다면 퇴직, 장애 또는 생존 가족 수당으로 사회보장국(Social Security Administration)에서 받은 소득을 입력하십시오. 생활보조금(SSI) 소득은 보고하지 마십시오.

사회보장을 받는 사람의 이름(SSI는 해당하지 않음) 월 총소득

사회보장을 받는 사람의 이름(SSI는 해당하지 않음) 월 총소득

사회보장을 받는 사람의 이름(SSI는 해당하지 않음) 월 총소득

임대 소득: 본인이나 귀하께서 신청한 사람이 임대 소득을 받고 있습니까? 아니요 예

예라고 답변하셨다면 부동산이나 개인 자산의 임대를 통해 받은 월 소득을 입력하십시오. 허용 비용을 제외한 후 순 소득을 입력하십시오.

임대 소득을 받은 사람의 이름 자산 이름(해당 시) 순 월소득

임대 소득을 받은 사람의 이름 자산 이름(해당 시) 순 월소득

임대 소득을 받은 사람의 이름 자산 이름(해당 시) 순 월소득

귀하 본인, 배우자, 미성년자 및 피부양자(나이에 상관 없음)에 관한 현재 월 총소득 정보를 기입하셔야 합니다. 단, 세금 신고서를 제출할 의무가 없는 미성년자 또는 피부양자이어야 합니다. 소득 신고 방법에 대한 자세한 정보는

wahbexchange.org/how-to-report-income 을 방문하여 확인하십시오.

참고: 미국 원주민/알래스카 원주민(AI/AN)은 국세청이 AI/AN의 총 소득에서 배제한 AI/AN 소득을 신고할 필요가 없습니다. 또한 AI/AN은 WAC 182-509-0340에 설명된 바에 따라 특정 소득유형을 Washington Apple Health(Medicaid)에 신고할 필요가 없습니다.

직장 근로 소득: 본인이나 신청 대상이 현재 고용된 상태입니까? 아니요 예

예라고 답한 경우 고용주 이름, 취업 중인 사람의 이름 및 **현재** 월 총수입(주급, 월급, 팁 포함)을 기입하십시오. 자영업자는 본 섹션에 기입하지 않습니다. 앞으로 변동사항이 발생할 것이 확실시된다면, 평균 소득을 기입하셔도 좋습니다. WAC 182-509-0310에 기술된 대표적 기간에 해당되는 소득의 평균을 내서 월 평균 소득을 계산하십시오.

취업 중인 사람 이름 고용주 이름

고용주 주소 시 주 우편 번호

총(세전) 월 소득(급여, 임금, 팁, 기업, S항 기업)

취업 중인 사람 이름

고용주 이름

고용주 주소

시

주

우편 번호

총(세전) 월 소득(급여, 임금, 팁, 기업, S항 기업)

취업 중인 사람 이름

고용주 이름

고용주 주소

시

주

우편 번호

총(세전) 월 소득(급여, 임금, 팁, 기업, S항 기업)

자영업 소득: 본인이나 신청 대상이 자영업자입니까? 아니요 예

'예'라고 답한 경우, 현재의 자영업 추정 순 월소득(경비를 제외한 수익)을 기입해주시요. 경비 공제 가능 항목은 ii페이지를 참조하십시오.

앞으로 변동사항이 발생할 것이 확실시된다면, 평균 소득을 기입하셔도 좋습니다. WAC 182-509-0370에 기술된 대표적 기간에 해당되는 소득의 평균을 내서 월 평균 소득을 계산하십시오.

자영업자 이름

회사 이름(회사가 있는 경우)

순 월소득(기업 또는 S항 기업 소득을 여기에 입력하지 마십시오)

자영업자 이름

회사 이름(회사가 있는 경우)

순 월소득(기업 또는 S항 기업 소득을 여기에 입력하지 마십시오)

자영업자 이름

회사 이름(회사가 있는 경우)

순 월소득(기업 또는 S항 기업 소득을 여기에 입력하지 마십시오)

사회보장금: 본인이나 귀하께서 신청한 사람이 사회보장 소득을 받고 있습니까? 아니요 예

예라고 답변하셨다면 퇴직, 장애 또는 생존 가족 수당으로 사회보장국(Social Security Administration)에서 받은 소득을 입력하십시오. 생활보조금(SSI) 소득은 보고하지 마십시오.

사회보장을 받는 사람의 이름(SSI는 해당하지 않음)

월 총소득

사회보장을 받는 사람의 이름(SSI는 해당하지 않음)

월 총소득

사회보장을 받는 사람의 이름(SSI는 해당하지 않음)

월 총소득

임대 소득: 본인이나 귀하께서 신청한 사람이 임대 소득을 받고 있습니까? 아니요 예

예라고 답변하셨다면 부동산이나 개인 자산의 임대를 통해 받은 월 소득을 입력하십시오. 허용 비용을 제외한 후 순 소득을 입력하십시오.

임대 소득을 받은 사람의 이름	자산 이름(해당 시)	순 월소득
임대 소득을 받은 사람의 이름	자산 이름(해당 시)	순 월소득
임대 소득을 받은 사람의 이름	자산 이름(해당 시)	순 월소득

7 기타 소득

자녀 지원, 비 연금 퇴직군인 지급금액은 포함하지 마십시오. 모든 해당 항목에 표시하고 해당인, 수령 금액, 수령 횟수를 기입하십시오.

별거수당 / 배우자 보조금 대상:	_____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____
연금	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____
자본 소득	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____
배당금 또는 주식	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____
농가 소득	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____
외국 소득	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____
신탁 재산 소득	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____
이자 소득	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____
IRA 소득	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____
기타 과세 소득	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____
철도 은퇴 연금 혜택	대상: _____	\$: _____	주기: _____

	대상: _____	\$: _____	주기: _____
로열티 소득	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____
과세 대상 부족 소득	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____
실직 혜택	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____

본 신청서의 모든 연령 19세 이하 또는 성인 피부양자 가족 구성원이 올해 연방 세금 환급 신청 자격 요건을 충족합니까?

이름 _____	아니요	예
이름 _____	아니요	예
이름 _____	아니요	예

8 공제

이 비용으로 인해 저희가 건강보험 혜택을 산정하는데 이용하는 귀하의 소득 금액이 줄어들 수 있습니다. 일례로 IRS는 귀하에게 부과된 세액을 감면하는 데 이 정보를 활용합니다. 본 질문에 답하지 않더라도, 건강보험료 감면 자격에는 영향을 주지 않습니다.

이혼[별거] 수당 / 배우자 보조금 지불필	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____
청구 가능한 특정 사업 비용	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____
교육자 비용	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____
건강 예금 계좌 기여금	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____
공식적인 병력 이동에 드는 이주 경비 이동	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____
조기 적금 인출에 따른 위약금	대상: _____	\$: _____	주기: _____

	대상: _____	\$: _____	주기: _____
세전 퇴직금 계좌 기여금	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____
자영업 건강 보험	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____
자영업자 은퇴 대비금	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____
자영업 세금	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____
학자금 대출 이자	대상: _____	\$: _____	주기: _____
	대상: _____	\$: _____	주기: _____

9

추가 정보

보험 보장을 신청한 구성원들은 이러한 서비스를 필요로 합니까?

a. 현재 의료 기관(예: 요양원)에 머물고 있거나 들어갈 계획이므로 장기 치료 서비스가 필요합니다. 아니요 예

'예'라 답한 경우 해당인의 이름을 기재하십시오. _____

시설 유형: _____

b. 가정 내 간호 서비스가 필요합니까? 아니요 예 '예'라 답한 경우 해당인의 이름을 기재하십시오. _____

c. 개호(Assisted Living) 서비스가 필요합니까? 아니요 예 '예'라 답한 경우 해당인의 이름을 기재하십시오. _____

d. 발달장애부(Division of Developmental Disabilities)의 서비스가 필요합니까? 아니요 예

'예'라 답한 경우 해당인의 이름을 기재하십시오. _____

e. 호스피스 서비스가 필요합니까? 아니요 예 '예'라 답한 경우 해당인의 이름을 기재하십시오. _____

f. 건강 또는 장애로 인한 건강보험 보장이 필요합니까? 아니요 예

'예'라 답한 경우 해당인의 이름을 기재하십시오. _____

다음에 해당하실 경우 귀하는 HCA 양식 18-005를 작성해야 할 수 있습니다(hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/18-005.pdf):

- 65세 이상이거나 Medicare 대상입니다.
- a ~ f 중 '예'라고 답한 항목이 있습니다.
- 의료 서비스 필요 대상자(Medically Needy, MN) 또는 장애인 근로자 건강보험(Apple Health for Workers with Disabilities, HWD) 프로그램을 신청합니다.

10

먼저 자세히 읽고 서명하십시오

주 및 연방 기관에 정보 공개:

본인은 Washington Healthplanfinder가 최대 5년 동안 연례 수혜자격 재심 기간에 본인의 세금 신고서 정보를 온라인으로 검증할 수 있도록 승인합니다. 본인은 언제든지 본인의 동의 의사를 변경할 수 있음을 이해하고 있습니다. 이 박스에 표시하면 추후 따로 조치를 취하지 않더라도 본인의 연례 수혜자격 재심에 세금 공제가 적용되도록 허용하는 것입니다.

아니요 예

본인은 본인의 권리와 책임에 관한 내용을 읽었거나 그에 대한 설명을 들었습니다. 그리고 수혜자의 권리와 책임 양식 사본 1부를 받았습니다.

11

선언 및 서명

귀하의 보험료를 낮추기 위해 Washington Apple Health(Medicaid)의 무료 또는 저렴한 보험 보장 또는 세금 공제를 신청하시려면 아래에 귀하의 서명을 하셔야 합니다.

본인은 이 신청서에 있는 정보를 읽고 이해했으며, 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 이 신청서에 본인이 제공한 정보가 진실하고 정확하며 본인이 아는 바를 기입하였음을 선언합니다.

서명

날짜