Washington State Health Care Authority

Washington State Department of Social & Health Services

Transforming lives

노인, 시각장애인, 장애인/장기 요양 서비스 및 지원을 위한 Washington Apple Health 신청

다음의 경우에 해당된다면 본 신청서를 이용하여 귀하께서 어떤 혜택을 받을 자격이 있는지 확인하십시오.

- **귀하는(요양원 간호, 노인보조시설, 성인 패밀리 홈, 재택 간병 프로그램, 또는 노인 맞춤 지원**(Tailored Supports for Older Adults, TSOA)**과 같은 장기 요양 서비스 및 지원**(LTSS)**이 필요합니다.**
- **귀하 또는 가족 구성원이 Medicare에 가입되어 있습니다**
- **귀하는 Medicare 보험료 또는 공동보험료 납부와 관련해 도움이 필요합니다**
- **귀하 또는 가족 구성원이** 65**세 이상입니다**
- **귀하 또는 가족 구성원에게 장애가 있으며 Medicare가 없습니다.**
- TSOA**의 경우: 귀하는** 55**세 이상이고, 귀하 또는 무급 간병인에게 지원이 필요합니다**

참고: 다음에 해당하실 경우 Washington Healthplanfinder, **wahealthplanfinder.org**에서 온라인으로 또는 전화 **1-855-923-4633**을 통해 Apple Health 건강보험을 신청하거나 갱신하십시오.

- **19세에서 64세에 해당하는 성인**
- **자녀를 위한 신청**
- **자녀와 함께 신청하는 부모 또는 보호자**
- **임신부 또는 다른 임신부를 대신하여 신청**

온라인을 이용해 더 빠르게 신청하세요

- **washingtonconnection.org에서 온라인으로 신청서를 제출하실 수 있습니다**

신청 시 알아야 할 정보:

- **사회보장번호**
- **생년월일**
- **이민자 지위**
- **소득 정보**
- **재산 및 자산 정보**(**예: 은행 계좌 잔고, 주식, 채권, 신탁 재산, 퇴직 계좌**)

저희가 왜 이렇게 많은 정보를 요청하는 걸까요?

- **본 기관은 귀하가 수혜 가능한 건강보험 혜택을 판단하기 위해 정보를 이용합니다. 저희는 귀하가 제공하는 정보를 법이 요구하는 바에 따라 기밀로 유지합니다.**

작성 및 서명한 신청서를 보내실 곳.

장애인을 위한 Apple Health, 난민 보험혜택 및 65세 이상 보험혜택, Medicare 보험료 및 의료비 납부 지원 프로그램의 경우에는

- **다음 우편 주소로 신청서를 보내십시오.**

  DSHS
  Community Services Division - Customer Service Center
  PO Box 11699, Tacoma, WA 98411-6699
- **팩스로 신청서를 보내십시오**(**팩스 번호**: 1-888-338-7410)
- **지역 커뮤니티 서비스 사무처**(CSO)**로 직접 가서 신청서를 내십시오.**
- **사무처 위치는 dshs.wa.gov/esa/community-services-find-an-office에서 확인하십시오**
- **온라인으로 신청하십시오(washingtonconnection.org)**
- **전화 신청:** 1-877-501-2233.

요양원 간호, 재택 간병, 노인보조시설, 성인 패밀리 홈 프로그램, TSOA **등의 장기 요양 서비스 및 지원 보험 혜택의 경우에는**

- **다음 우편 주소로 신청서를 보내십시오.**

  DSHS
  Home and Community Services
  PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826

- **지역 내 가정 및 지역사회 서비스**(HCS) **사무처 위치는 dshs.wa.gov/office-locations에서 확인하십시오**
- **팩스로 신청서를 보내십시오**(**팩스 번호**: 1-855-635-8305)
- **온라인으로 신청하십시오(washingtonconnection.org)**
- **더 많은** LTSS **자원을 원하시면 dshs.wa.gov/altsa/resources를 방문하십시오**
- **더 많은** TSOA **자원을 원하시면** 1-855-567-0252**로 전화하시거나 각 지역의 지역 노인복지서비스 독립 기관들**(Area Agency on Aging, AAA)**에 연락해서 가족 간병인 전문가**(Family Caregiver Specialist)**와 상의하십시오. 각 지역의** AAA **사무소는 wacIc.org에서 찾으실 수 있습니다.**

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 보건사회부(DSHS)에 1-877-501-2233으로 연락하실 수 있습니다.

통역 또는 번역 서비스를 제공해드립니다. DSHS 또는 보건 당국(Health Care Authority, HCA)은 귀하와의 원활한 의사 소통을 위해 통역 또는 번역 서비스를 무료로 지체 없이 제공해야 합니다.

개인 정보를 기밀로 보호해드립니다. 단, 본 기관은 자격 확인 및 등록을 위해 다른 주 및 연방 기관의 금융 기관, 및 HCA 계약자와 일부 정보를 공유할 수 있습니다.

항소할 수 있는 기회를 드립니다. 건강보험, LTSS(장기 서비스 및 지원), 또는 건강 플랜에 대한 수혜 자격에 영향을 미치는 DSHS 또는 HCA의 결정에 동의하지 않으실 경우 항소하실 수 있습니다. 항소를 신청하면 귀하의 사례를 검토하게 됩니다. DSHS 프로그램 관련 항소에 대한 정보는 DSHS 고객 서비스 연락 센터(Customer Service Contact Center)에 1-877-501-2233로 문의하시거나 지역 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. DSHS와 HCA는 관련 연방 시민 권리 법률을 준수하며 인종, 피부색, 출신국, 연령, 장애, 또는 성별에 근거하여 차별하지 않습니다. DSHS와 HCA는 인종, 피부색, 출신국, 연령, 장애, 또는 성별을 이유로 사람들을 혜택 대상에서 제외시키거나 차별 대우하지 않습니다.

또한 DSHS와 HCA는 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.

DSHS 및 HCA:

- 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 1-877-501-2233으로 전화하십시오.

DSHS 또는 HCA가 이러한 서비스를 제공하지 않거나 다른 식으로 차별을 했다고 생각되시면, 다음 기관에게 불만을 제기하실 수 있습니다.

- **DSHS**
  ATTN: Constituent Services
  PO Box 45131
  Olympia, WA 98504-5131
  1-800-737-0617
  팩스: 1-888-338-7410
  askdshs@dshs.wa.gov
- **HCA Division of Legal Services**
  ATTN: Compliance Officer
  PO Box 42704
  Olympia, WA 98504-2704
  1-855-682-0787
  팩스: 1-360-586-9551
  compliance@hca.wa.gov

직접 방문 또는 전화, 우편, 팩스, 또는 이메일로 진정서를 제출하실 수 있습니다. 진정서를 제출하는 데 도움이 필요하시면, DSHS 시민 서비스국 또는 HCA 법률 서비스국이 도움을 드립니다.

시민권과 관련한 불만은 미국 보건복지부의 민권 사무소에 온라인(**https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**), 우편 또는 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.html**에서 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 가족 구성원의 사회보장번호(SSN)나 이민서류번호를 제공해야 합니다. SSN은 건강보험금 세금 공제를 신청하는 데 필요합니다. 저희는 이 정보를 이용하여 귀하의 신원과 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 Connection과 워싱턴주에서 관리하는 신청 시스템의 운영, 그 시스템을 이용하는 사람으로서 귀하의 권리와 책임, 그리고 시스템을 이용해서 귀하가 얻는 보험 혜택을 관장하는 **특정한 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 미치지는 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)에 의거해 HCA와 DSHS는 귀하 또는 귀하 가족 구성원의 건강정보를 귀하가 승인한 대리인을 비롯하여 어느 누구에게도 공개할 수 없습니다. 단, 그 사람이 위임장(power of attorney)을 갖고 있거나 귀하께서 건강정보 공개를 승인하는 동의서에 서명한 경우는 예외입니다. 이 건강정보에는 정신건강정보, HIV, AIDS 및 STD(성병) 검사 결과 또는 치료 및 화학적 의존성 치료 서비스에 대한 공개 등이 포함됩니다.

부담적정보험법(Affordable Care Act)에 따라 DSHS와 HCA는 귀하 또는 귀하 가족 구성원의 개인식별정보(PII)를 귀하의 동의 없이 해당 정보를 받을 수 있는 권한을 위임받지 않은 사람과 공유할 수 없습니다.

귀하가 DSHS와 HCA에게 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.

HCA와 DSHS는 건강보험 플랜을 관리할 책임이 없습니다. 귀하의 건강보험사에서 보험혜택에 관한 상세 정보를 귀하에게 제공할 수 있습니다. **귀하가 받을 수 있는 보험혜택, 보험혜택 청구 또는 거절된 보험혜택 항소 등을 비롯하여, 귀하의 건강보험플랜 이용약관에 관한 질문은 귀하가 선정한 건강보험사에 연락해서 문의하셔야 합니다.**

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)

귀하의 권리와 책임에 대해 설명해줄 것을 요청하시면 **설명해드립니다.**

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

신청을 즉시 그리고 WAC 182-503-0060**에 규정된 일정 이내에 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 구비하시기가 어려울 경우 **도와드립니다.** 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 45**일 이내에 받아보실 수 있습니다.** 일부 장애인 사례의 경우에는 건강보험 혜택을 적용받기까지 최대 60**일이 걸릴 수 있습니다.** 저희는 임산부 의료에 대한 서면 결정을 15**일 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.

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

귀하에게 수혜자격이 있는 경우 WAC 182-503-0120**에서 설명한 서비스를 동등하게 이용하실 수 있게 해드립니다.**

Washington Apple Health에만 해당되는 귀하의 책임(귀하의 의무)

변경 사항이 있을 경우 WAC 182-504-0105 **및** WAC 182-504-0110**에 따라** 30**일 이내에 통보해야 합니다.** 승인 서한을 읽으시고 통보해야 할 변경사항으로 무엇이 있는지 확인하십시오.
요청 시 갱신을 완료해야 합니다.
저희에게 건강보험 서비스 대금이 청구되도록 하는 데 필요한 의료 제공자 정보를 제공해야 합니다.
Medicare **수혜 자격이 있는 경우 Medicare를 신청해야 합니다.**
수혜품질보장 검토 직원이 하는 질문에 **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 수혜하심으로써 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 DSHS**에게 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 장애인이 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.**

[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 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[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 ການແປເອກະສານຕີພິມ, 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 و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد.با شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨੁਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫ਼ਤ 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] ተርንምትን 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).

Washington State Health Care Authority

Washington State Department of Social & Health Services

Transforming lives

노인, 시각장애인, 장애인/장기 요양 서비스 및 지원을 위한 Washington Apple Health 신청

1 신청인 이름 및 연락 정보

이름(본인) | M.I. | 성

의뢰인 ID 번호 해당하는 경우) | 신청인 또는 위임받은 대리인의 서명

거주지 주소(필수)

카운티 | 도시 | 주 | 우편번호

☐ 실제 주소가 없는 경우 이 상자에 체크하십시오.

우편주소(상기와 다를 경우)

카운티 | 도시 | 주 | 우편번호

주요 전화번호 | 휴대폰 | 이메일

시설 거주자인 경우, 시설 이름과 주소(상기 내용과 다를 경우)를 기입하십시오.

시설 이름

시설 주소

카운티 | 도시 | 주 | 우편번호

18005

2 신청할 프로그램

본인, 본인의 배우자, 또는 본인의 가족 구성원은 다음을 신청합니다.

☐ 재택 간병 서비스

☐ 노인보조시설/성인 패밀리 홈

☐ 요양원 간호

☐ 노인 맞춤 지원(TSOA)

☐ 노인, 시각장애인, 또는 장애인을 위한 건강보험혜택

☐ Medicare 세이빙스 프로그램

☐ 장애 근로자를 위한 헬스케어 Apple Health (HWD)

3 미납 의료비 정보

귀하께서는 또는 귀하가 혜택을 신청한 사람은 이번 달 직전 3개월 동안 발생한 미납 의료비를 지불하는 데 있어 도움이 필요합니까?
☐ 예 아니오☐ 예'일 경우, 누구인지 나열하십시오.

_____ _____ _____

4 언어 정보

귀하 본인 또는 귀하께서 대신 신청을 해주시는 분에게 통역이나 다른 언어로 작성된 문서가 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

예라고 답변하셨다면, 어떤 언어 또는 어떤 대체 형식이 필요하십니까? 해당하는 사항을 모두 적어주십시오. _____

5 귀하 및 귀하의 가정에 관한 정보

혜택을 신청하지 않는 사람을 포함해 귀하 본인과 배우자, 귀하와 함께 거주하고 있는 부양가족을 기재해 주십시오(필요할 경우 다른 용지에 적어 첨부하십시오).

성명(이름, 성)	출생 성별	본인과의 관계?	생년월일
		자신	

_____
사회보장번호 (SSN)*

이 사람에 대해 혜택을 받기를 원하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오 미국 시민권자 ☐ 예 ☐ 아니오

시민권자 또는 비 시민권자 지위: (하나를 선택하십시오)

미국 시민권자 ☐ 예 ☐ 아니요 워싱턴주 주민 ☐ 예 ☐ 아니요

귀하는 히스패닉, 라티노 또는 스페인계입니까?(선택)

☐ 쿠바인 ☐ 멕시코인/멕시코계 미국인/치카노 ☐ 스페인계/히스패닉 아님

☐ 기타 스페인계/히스패닉 ☐ 푸에르토리코인

인종(선택 – 본인에게 해당하는 최대 다섯 가지 항목 선택)

☐ 아메리칸 인디언 ☐ 중국인 ☐ 한국인 ☐ 태국인

☐ 아시아인 ☐ 필리핀인 ☐ 라오스인 ☐ 베트남인

☐ 아시아 인디언 ☐ 괌 주민 ☐ 기타 태평양 섬 주민 ☐ 백인

☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인 ☐ 하와이인 ☐ 기타 인종

☐ 캄보디아인 ☐ 일본인 ☐ 사모아인

성명(이름, 성) 출생 성별 본인과의 관계? 생년월일

사회보장번호 (SSN)* 이 사람에 대해 혜택을 받기를 원하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요 미국 시민권자 ☐ 예 ☐ 아니오

인종(선택 – 본인에게 해당하는 최대 다섯 가지 항목 선택)

미국 시민권자 ☐ 예 ☐ 아니요 워싱턴주 주민 ☐ 예 ☐ 아니요

귀하는 히스패닉, 라티노 또는 스페인계입니까?(선택)

☐ 쿠바인 ☐ 멕시코인/멕시코계 미국인/치카노 ☐ 스페인계/히스패닉 아님

☐ 기타 스페인계/히스패닉 ☐ 푸에르토리코인

인종(선택 – 본인에게 해당하는 최대 다섯 가지 항목 선택)

☐ 아메리칸 인디언 ☐ 중국인 ☐ 한국인 ☐ 태국인

☐ 아시아인 ☐ 필리핀인 ☐ 라오스인 ☐ 베트남인

☐ 아시아 인디언 ☐ 괌 주민 ☐ 기타 태평양 섬 주민 ☐ 백인

☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인 ☐ 하와이인 ☐ 기타 인종

☐ 캄보디아인 ☐ 일본인 ☐ 사모아인

성명(이름, 성) 출생 성별 본인과의 관계? 생년월일

사회보장번호(SSN)* 이 사람에 대해 혜택을 받기를 원하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요 미국 시민권자 ☐ 예 ☐ 아니오

시민권자 또는 비 시민권자 지위: (하나를 선택하십시오)

미국 시민권자 ☐ 예 ☐ 아니요 워싱턴주 주민 ☐ 예 ☐ 아니요

귀하는 히스패닉, 라티노 또는 스페인계입니까?(선택)

☐ 쿠바인 ☐ 멕시코인/멕시코계 미국인/치카노 ☐ 스페인계/히스패닉 아님

☐ 기타 스페인계/히스패닉 ☐ 푸에르토리코인

인종 (선택 – 본인에게 해당하는 최대 다섯 가지 항목 선택)

☐ 아메리칸 인디언 ☐ 중국인 ☐ 한국인 ☐ 태국인

☐ 아시아인 ☐ 필리핀인 ☐ 라오스인 ☐ 베트남인

☐ 아시아 인디언 ☐ 괌 주민 ☐ 기타 태평양 섬 주민 ☐ 백인

☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인 ☐ 하와이인 ☐ 기타 인종

☐ 캄보디아인 ☐ 일본인 ☐ 사모아인

_____ _____ _____ _____

성명(이름, 성) 출생 성별 본인과의 관계? 생년월일

_____

사회보장번호(SSN)* 이 사람에 대해 혜택을 받기를 원하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오 미국 시민권자 ☐ 예 ☐ 아니오

시민권자 또는 비 시민권자 지위: (하나를 선택하십시오)

미국 시민권자 ☐ 예 ☐ 아니오 워싱턴주 주민 ☐ 예 ☐ 아니오

귀하는 히스패닉, 라티노 또는 스페인계입니까?(선택)

☐ 쿠바인 ☐ 멕시코인/멕시코계 미국인/치카노 ☐ 스페인계/히스패닉 아님

☐ 기타 스페인계/히스패닉 ☐ 푸에르토리코인

인종 (선택 – 본인에게 해당하는 최대 다섯 가지 항목 선택)

☐ 아메리칸 인디언 ☐ 중국인 ☐ 한국인 ☐ 태국인

☐ 아시아인 ☐ 필리핀인 ☐ 라오스인 ☐ 베트남인

☐ 아시아 인디언 ☐ 괌 주민 ☐ 기타 태평양 섬 주민 ☐ 백인

☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인 ☐ 하와이인 ☐ 기타 인종

☐ 캄보디아인 ☐ 일본인 ☐ 사모아인

_____ _____ _____ _____

성명(이름, 성) 출생 성별 본인과의 관계? 생년월일

_____

사회보장번호(SSN)* 이 사람에 대해 혜택을 받기를 원하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오 미국 시민권자 ☐ 예 ☐ 아니오

시민권자 또는 비 시민권자 지위: (하나를 선택하십시오)

미국 시민권자 ☐ 예 ☐ 아니오 워싱턴주 주민 ☐ 예 ☐ 아니오

귀하는 히스패닉, 라티노 또는 스페인계입니까?(선택)

☐ 쿠바인 ☐ 멕시코인/멕시코계 미국인/치카노 ☐ 스페인계/히스패닉 아님

☐ 기타 스페인계/히스패닉 ☐ 푸에르토리코인

인종(선택 – 본인에게 해당하는 최대 다섯 가지 항목 선택)

☐ 아메리칸 인디언 ☐ 중국인 ☐ 한국인 ☐ 태국인

☐ 아시아인 ☐ 필리핀인 ☐ 라오스인 ☐ 베트남인

☐ 아시아 인디언 ☐ 괌 주민 ☐ 기타 태평양 섬 주민 ☐ 백인

☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인 ☐ 하와이인 ☐ 기타 인종

☐ 캄보디아인 ☐ 일본인 ☐ 사모아인

*HCA 는 이민 집행 목적으로 이 정보를 이민 기관과 공유하지 않습니다. SSN이 없으면 공백으로 두십시오.

6 일반 정보

1. 지난 30일 동안에 본인, 배우자, 또는 가족 구성원이 다른 주, 부족 또는 다른 기관으로부터 건강보험혜택을 받았습니까?

   ☐ 예 ☐ 아니오 `예'라고 답변하셨다면 설명해주십시오 _____

2. 본인, 배우자, 또는 가족 구성원이 다른 주에서 보충적 소득 보장(SSI)을 받았습니까?

   ☐ 예 ☐ 아니오 '예'일 경우 누구입니까? _____

3. 본인, 배우자, 또는 가족 구성원이 이민자이며 보증인이 있습니까?

   ☐ 예 ☐ 아니오 '예'일 경우 누구입니까? _____

4. 본인, 배우자, 또는 가족 구성원이 미군 또는 주방위군에서 복무를 했거나 복무한 사람의 피부양자 또는 배우자입니까?

   ☐ 예 ☐ 아니오 '예'일 경우 누구입니까? _____

5. 본인은 함께 살지 않고 아직 신청서에 포함시키지 않은 세금 피부양자가 있습니까?

   ☐ 예 ☐ 아니오 '예'일 경우 세금 피부양자의 성명(들)을 나열하십시오 _____ _____

   _____ _____ _____

6. 본인은 다음 중 어디에 해당합니까? ☐ 미혼자(싱글) ☐ 배우자와 동거하는 기혼자 ☐ 배우자와 별거 중인 기혼자

   ☐ 이혼자 ☐ 과부/홀아비 ☐ 등록 동거관계에 있음 ☐ 합법적으로 별거

7 고용 소득 또는 자영업 소득(증빙서류 첨부)

고용소득은 고용 또는 자영업을 통해 얻은 소득을 뜻하며 몇 가지 예시*를 보면 다음과 같습니다

고용

- Form W-2 box 1에서 연방 소득세가 원천징수되는 급여, 임금 또는 팁
- 보너스 및 커미션
- 연금 플랜 지급
- 고용주가 세금을 원천징수하지 않는 일자리의 소득(긱 이코노미 작업 등)
- 예약 탑승이나 배달을 위한 운전
- 심부름 또는 작업 수행
- 온라인 상품 판매
- 크리에이티브 또는 전문 서비스 제공
- 기타 임시 작업, 주문 작업 또는 프리랜스 작업 제공
- 노조 파업 수당

자영업:

- 사업체 소유 또는 운영
- 농장 소유 또는 운영
- 종교 단체 성직자 또는 구성원
- 소득이 있는 법정 종업원

***출처:** irs.gov/credits-deductions/individuals/earned-income-tax-credit/earned-income-and-earned-income-tax-credit-eitc-tables

1. 본인이나 배우자에게 또는 본인이 혜택을 신청하는 사람에게 근로소득이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 '예'일 경우 이 항목을 작성하십시오.

2. _____ _____ _____
이 소득을 번 사람: 고용주 성명 고용주 전화번호

_____ 이 직업은 자영업입니까? ☐ 예 ☐ 아니오
시작일
받은 총액(공제 전의 달러 금액) _____단위: ☐ 매시 ☐ 매주 ☐ 격주 ☐ 월 2회 ☐ 매월

_____ _____
주당 근로시간 급여일(예: 1일, 15일, 또는 매 금요일)

3. _____ _____ _____
이 소득을 번 사람: 고용주 성명 고용주 전화번호

_____ 이 직업은 자영업입니까? ☐ 예 ☐ 아니오
시작일

받은 총액(공제 전의 달러 금액) _____단위: ☐ 매시 ☐ 매주 ☐ 격주 ☐ 월 2회 ☐ 매월

8 기타 소득(모든 가족 구성원)(증빙서류 첨부)

1. 기타 소득의 예시:

- 아동양육비 또는 배우자 부양금
- 교육적 혜택(학자금 대출, 보조금, 근로 장학금)
- 도박으로 번 소득
- 선물(현금지원/ 상품권)
- 이자수익/배당금
- 노동산업부(L&I)
- 철도 급부금
- 임대 소득
- 퇴직금 또는 연금
- 판매 계약/약속 어음
- 사회보장
- 부족 소득
- 신탁
- 실직수당
- 재향군인처(VA) 또는 군 급부금
- 기타

2. 귀하, 귀하의 배우자 또는 귀하가 혜택을 신청하는 사람이 받고 있는 기타 소득을 나열하십시오.

기타 소득 유형	이 소득을 번 사람	월 총소득	이 소득을 번 사람	월 총소득
기타 소득 유형	이 소득을 번 사람	월 총소득	이 소득을 번 사람	월 총소득
기타 소득 유형	이 소득을 번 사람	월 총소득	이 소득을 번 사람	월 총소득
기타 소득 유형	이 소득을 번 사람	월 총소득	이 소득을 번 사람	월 총소득
기타 소득 유형	이 소득을 번 사람	월 총소득	이 소득을 번 사람	월 총소득

3. 본인, 배우자, 또는 가족 구성원이 투자연금 소득을 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

연금 소유자	회사 또는 기관	금액 또는 가치	월소득	구입일
연금 소유자	회사 또는 기관	금액 또는 가치	월소득	구입일

9 주거비(LTSS를 신청한 경우 증빙서류 첨부)

임차료	주택담보대출	장소 대여	주택보유자 보험	재산세	기타 비용

정부 아파트와 같이 다른 사람 또는 기관에서 이들 지출비 전액 또는 일부 지원 등의 도움을 받고 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오 '예'일 경우 누구입니까? _____

10 공제액

1. 본인, 배우자 또는 본인이 혜택을 신청하는 사람이 다음 금액을 지불했거나 지불해야 합니다.

아동 또는 성인 피부양자 돌봄	월 금액	지불인
법원이 명령한 아동양육비	월 금액	지불인
수취인 수수료	월 금액	지불인
후견인 수수료	월 금액	지불인
법원이 명령한 변호사 수임료	월 금액	지불인
반복되는 의료비 (Medicare 또는 귀하가 지불한 기타 건강보험료 포함)	월 금액	지불인

2. 본인, 배우자 또는 본인이 혜택을 신청한 사람이 의료비를 지불해야 합니까?

의료비 유형	발생일	채무액	채무자
의료비 유형	발생일	채무액	채무자
의료비 유형	발생일	채무액	채무자

3. 본인, 배우자, 또는 본인이 혜택을 신청한 사람이 장애 근로자이며 고용 지원 비용이 있습니까? 이것을 장애 관련 근로 비용 (IRWE)이라고 합니다.

☐ 예 ☐ 아니오 '예'일 경우 IRWE 금액 _____

11 자산(증빙서류 첨부)

(Medicare Savings 프로그램(MSP) 또는 장애 근로자를 위한 헬스케어를 신청했다면 이 항목을 건너뛰십시오)

1. 자산은 귀하가 소유하고 있거나 구매하는 물건 중에서 다른 사람이 보유한 현금이나 돈으로 판매, 거래, 또는 전환될 수 있는 것입니다. 자산에는 가구, 가정용품 또는 의복 등 개인 소모품 등은 포함되지 않습니다. 다음을 자산으로 취급할 수 있습니다.

- 현금
- 당좌예금구좌(Checking account)
- 보통예금구좌(Savings account)
- 예금증서(CD)
- 머니마켓 계좌
- 저축채권
- 채권
- 뮤추얼 펀드
- 주식
- 연금
- 신탁
- IRA
- 401K
- 퇴직 기금
- 주택, 현재 살고 있는 집 포함
- 장례비
- 콘도미니엄
- 토지
- 판매 계약
- 건물
- 종신 부동산
- 생명보험
- 선지급 장례 플랜
- 학자금
- 타임쉐어(Time-share)
- 사업 장비
- 농장 장비
- 가축

2. 귀하, 귀하의 배우자 또는 귀하가 혜택을 신청하는 사람이 소유하고 있거나 구매 중인 자산을 기재하십시오.

자산 유형	소유주	위치	가치	소유주	위치	가치
자산 유형	소유주	위치	가치	소유주	위치	가치
자산 유형	소유주	위치	가치	소유주	위치	가치
자산 유형	소유주	위치	가치	소유주	위치	가치

3. 본인, 본인의 배우자 또는 본인이 혜택을 신청하는 사람이 자동차, 트럭, 밴, 보트, RV, 트레일러 또는 기타 모터 운송 수단을 갖고 있습니다.

년도(예: 2010)	제조사(예: Ford)	모델(예: Escort)	채무액

☐ 임대했다면 체크하십시오 ☐ 의료 목적으로 사용했다면 체크하십시오

년도(예: 2010)	제조사(예: Ford)	모델(예: Escort)	채무액

☐ 임대했다면 체크하십시오 ☐ 의료 목적으로 사용했다면 체크하십시오

12 추가 LTSS 자산

(LTSS 서비스를 신청하는 경우에만 작성하십시오)

1. 본인, 본인의 배우자 또는 본인이 혜택을 신청하는 사람이 주요 거주지로 집을 소유하고 있거나 구매 중입니다.

부동산 주소	현재 가치(평가자에 따라 다름)	부동산 담보 대출
부동산 주소	현재 가치(평가자에 따라 다름)	부동산 담보 대출

2. 본인, 본인의 배우자 또는 본인이 혜택을 신청하는 사람이 지난 5년 내에 자산을 판매, 교환했거나 남에게 주었거나 양도했습니까 (재산, 신탁, 차량 또는 종신 부동산 포함)? ☐ 예 ☐ 아니오
'예'일 경우 아래를 기입하십시오(필요할 경우 다른 용지에 적어 첨부하십시오).

자산의 유형	양도일	양도된 자산의 가치	양도받은 사람
자산의 유형	양도일	양도된 자산의 가치	양도받은 사람

13 장기 요양 보험

(Medicare 세이빙스 프로그램(Medicare Savings Programs))에 필요하지 않음)

본인/우리에게 장기요양보험이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 이 보험이 유효 LTC Partnership(LTCP) 보험약관입니까? ☐ 예 ☐ 아니오
'예'일 경우 보험회사 이름과 가입자들을 기재하십시오.

보험 회사	보험증권번호	보험 계약자 성명	가입자	달러 단위 가치 (LTCP인 경우)
보험 회사	보험증권번호	보험 계약자 성명	가입자	달러 단위 가치 (LTCP인 경우)

이 신청서에 대해 추가로 하실 말씀이 있으시면 용지에 적어 첨부하십시오.

14 위임 대리인 정보

위임 대리인이란 해당 가구의 상황을 알고 있으며, 가족 구성원으로부터 건강보험 가입 관련 업무를 가족 구성원을 대신해 수행하도록 승인을 받은 성인을 의미합니다.

위임 대리인 지명 시 귀하는 그 위임 대리인에게 다음 권한을 부여하는 것입니다.

- 귀하를 대신해 신청서에 서명합니다.
- 귀하의 신청서 및 계좌에 관한 안내문을 수신합니다.
- 청서 및 계좌에 관한 모든 사안에 귀하를 대리합니다.

1. 귀하를 대변할 위임 대리인이 있으십니까? ☐ 예 ☐ 아니오
2. 위임 대리인이 귀하의 신청서 및 계좌에 관한 안내문을 수신하기를 원합니까? ☐ 예 ☐ 아니오
3. 이 위임 대리인이 법적 후견인 권한을 가지고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 '예'일 경우 누구입니까? _____
4. 이 위임 대리인이 위임권을 가지고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

'예'일 경우 누구입니까? _____

위임 대리인 성명/단체

전화번호

이메일 주소

위임 대리인 우편주소

15 먼저 자세히 읽고 서명하십시오

건강보험혜택 및 장기요양보호혜택에 대한 환불:
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** 21**세가 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** 55**세 이상인 경우**)

특정한 주 기금 출연 서비스(**이 서비스를 받을 당시 수혜자의 나이에 상관 없음**).

WAC 182-527-2742**에 따라 비용 회수를 받아야 하는 서비스 목록을 확인하실 수 있습니다.** WAC 182-527-2746**에 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 장애인이 경우**
- **자녀가 해당 부동산에 거주하고 있고** 21**세 미만인 경우**

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

권리 양도 및 협조:
귀하는 Washington Apple Health **보험혜택을 받으실 경우,** 제3**자에 의한 의료비 지불 권한을 워싱턴주에게 양도하시는 것임을 이해하고 계십니다. 다시 말해, 워싱턴주는 귀하의 의료비를 지불해야 할 법적 의무가 있는 다른 보험 플랜**(**전배우자 또는 사망한 부모의 보험 플랜일 수 있음**)**에게 의료비를 청구할 것입니다. 그 보험 플랜의 가입자는 그 플랜에 의해 지불되는 귀하의 의료비에 대한 정보를 받아볼 수 있습니다. 그러나 그로 인해 귀하 본인이나 자녀가 위험해질 수 있다고 걱정되면,** 제3**자에 의한 의료비 지불 내역을 추적하지 못하도록 저희 측에 요청하실 수 있습니다.**

연금 정보 공개:
귀하 또는 귀하의 배우자에게 연금 이자가 있고 귀하가 Washington Apple Health(**Medicaid**) **장기요양혜택을 수락한 경우는 귀하께서는 워싱턴주를 연금 잔여 수익자로 기재하셔야 합니다.**

행정 심의회 권리
귀하의 건강보험혜택 또는 장기요양보호 서비스에 대한 당국의 결정에 동의하지 않을 경우 행정 심의회 절차를 통해 항소를 할 권리가 있습니다. 또한, 이의가 제기된 결정 또는 조치에 대해 감독관 또는 행정관에게 재검토를 요청할 수 있으며, 이러한 귀하의 요구는 행정 심의회에 대한 귀하의 권리에 아무런 영향을 주지 않습니다.

16 허가

본인은 지원 신청 또는 갱신을 위해 본인이 제공한 정보가 정확한지 판단받기 위해 연방 및 주 관리의 검증을 받아야 한다는 것을 알고 있습니다. 본인은 워싱턴주 보건관리국(Health Care Authority, HCA) **및 사회보건서비스부**(Department of Social and Health Services, DSHS)**에서 자산증명을 수행하여 본인의 자격증명을 결정하고 본인의 재무정보의 정확성을 확인하도록 권한을 부여합니다. 본인은** HCA **및** DSHS**가 자산증명 절차의 일환으로 임의의 금융기관을 조사하고 연락을 취할 수 있다는 것을 알고 있습니다. 본인은 본인의 신청에 대한 부정적인 최종 결정이 내려졌을 때, 본인의 수혜 자격이 종료되었을 때, 또는 본인이 언제든지** HCA**나** DSHS**에 서면으로 통지하여 이 권한을 철회하였을 때 이 권한이 종료됨을 인정합니다. 본인이 권한 제공을 철회하거나 거부할 경우, 본인은 워싱턴주** Apple Health **노인, 맹인 또는 장애인(SSI 관련) Medicaid 프로그램** (Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled Medicaid) **자격을 얻지 못함을 알고 있습니다.**

자산 검증에 대한 허가를 거절하거나 취소하더라도 TSOA(**노인맞춤지원**) **않습니다. 수혜자격에 영향을 주지 않습니다.**

17 유권자 등록

당국은 자동 유권자 등록을 포함한 유권자 등록 서비스를 제공합니다.
투표를 하기 위해 등록 신청을 하거나 투표 등록을 거절한다고 해서 그것이 본 기관에서 제공하는 서비스나 보조금 액수에 영향을 미치지는 않습니다. 유권자 등록 양식을 작성하는 데 도움이 필요한 경우 지원해 드립니다. 도움을 구하거나 받는 것은 전적으로 귀하에게 달려 있습니다. 유권자 등록 신청서는 다른 사람이 없는 데서 따로 작성하실 수 있습니다. 유권자 등록 신청 또는 등록 거절에 대한 귀하의 권리를 침해하거나 투표를 위한 등록 또는 등록 신청 결정에 따른 사생활 보호권을 침해하거나 또는 본인이 원하는 정당 또는 기타 우선하는 정당을 선택할 권리를 침해하는 사람이 있으면 Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, 이메일 elections@sos.wa.gov 또는 전화 1-800-448-4881아래 주소로 이의를 제기할 수 있습니다.

자동 투표 등록을 하시겠습니까? ☐ **예** ☐ **아니오**

어떤 상자에도 체크를 하지 않으시면 귀하께서 자동 유권자 등록 자격이 있고 거부를 하지 않은 경우를 제외하고, 저희는 귀하께서 현재 유권자 등록을 하지 않기로 결정하신 것으로 판단합니다.

위 "아니오"를 체크하지 않으신 경우 자동 유권자 등록 자격을 가질 수 있습니다. 귀하의 연령이 다음 선거일에 18세 이상이고 미국 시민이며 DSHS에 귀하의 이름, 주거지, 우편 주소, 생년월일, 시민권 정보 확인, 본 신청서에 제공된 정보가 사실임을 증명하는 서명이 있을 경우 귀하는 자동 유권자 등록 자격을 가집니다.

자동 투표 등록을 하시겠습니까? ☐ **예** ☐ **아니오**

"예"라고 표시된 상자에 체크하시거나 아무 상자에도 체크를 하지 않고 자동 유권자 등록 자격 요건을 충족하시면 DSHS가 귀하의 정보를 주 정부 서기관실(Office of the Secretary of State)에 전달하며 귀하는 자동으로 투표 등록이 됩니다.

의견을 작성하거나 더 많은 정보를 넣으시려면 별지를 첨부하십시오.

18 선언 및 서명

본인은 이 신청서에 있는 정보를 읽고 이해했으며, 본인은 이 신청서에 있는 정보를 읽고 이해했습니다. 본인은 워싱턴 주법 아래 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 본 혜택을 신청하는 사람의 시민권 및 이민 신분 정보를 포함하여, 본인이 이 신청서에 제공한 정보가 정확하고 진실하며 본인이 아는 바를 제공했음을 선언합니다.

의뢰인 서명	전화번호	날짜
의뢰인 서명	전화번호	날짜
의뢰인 서명	전화번호	날짜
의뢰인 서명	전화번호	날짜