

메디케어 세이빙스 프로그램(Medicare Savings Programs) 신청서

본 신청서를 작성하기 전에 다음 내용을 읽어 주십시오.

귀하의 소득에 따라 Medicare Savings (MSP)는 Medicare 보험료 또는 Medicare에서 지불하지 않는 공제금, 공동보험료, 코페이 등 귀하의 기타 비용 납부를 도와드릴 수 있습니다.

다섯 가지 방법으로 이 신청서를 제출할 수 있습니다.

- **우편:**
DSHS
CSD Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
- **팩스:** 1-888-338-7410
- **온라인:** washingtonconnection.org
- **전화:** 1-877-501-2233
- **전화:** dshs.wa.gov/office-locations를 통해 지역 커뮤니티 서비스 사무소에서 우편함을 확인하십시오

1

신청인 이름 및 연락처 정보

이름(본인)

중간이름 이니셜

성 및 접미사

수혜자 ID 번호(해당하는 경우)

거주지 주소

시

주

우편 번호

실제 주소지가 없는 경우 아래 상자에 체크하십시오

우편주소(상기와 다를 경우)

시

주

우편 번호

기본 전화번호

보조 전화번호

영어로 말하고 읽고 쓰는 것과 관련하여 도움이 필요합니까?

아니요

예

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

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

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.

1. 공식 대표자를 임명하십니까? 아니요 예
2. 대리인이 귀하의 신청서 및 계좌에 관한 안내문을 수신하기를 원하십니까? 아니요 예
3. 대리인이 법적 후견인 권한을 가지고 있습니까? 아니요 예 '예'라 답한 경우, 이름: _____
4. 대리인이 위임권을 가지고 있습니까? 아니요 예 '예'라 답한 경우, 이름: _____

대리인 이름 / 조직

전화번호

대리인 우편 주소

전화번호

혜택을 신청하지 않는 사람을 포함해 귀하 본인, 배우자, 함께 거주하는 부양가족을 기재해 주십시오(필요할 경우 다른 용지에 적어 첨부하십시오).

_____	_____	본인	
		_____	_____
성명(이름, 중간 이름, 성)	출생 시 성별	귀하와의 관계?	생년월일

사회보장번호(SSN)* 이 사람이 혜택을 받기를 원하십니까? 아니요 예

시민 또는 비 시민 상태: (하나를 선택하십시오)

미국 시민권 여부 아니요 예 워싱턴주 주민 아니요 예

귀하는 히스패닉, 라티노 또는 스페인 출신입니까? (임의기입란)

쿠바	멕시코인/멕시코계 미국인/치카노	스페인계/히스패닉계 아님
기타 스페인계/히스패닉계	푸에르토리코인	

인종(선택 - 해당하는 항목을 최대 다섯 개 선택하십시오)

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

저희가 이 정보를 수집하는 이유 - 저희는 이 정보를 이용하여 모든 사람의 보건 형평성을 개선하고 보건 의료 접근성을 높이고자 합니다. 귀하께서 제공하신 정보로 인해 건강보험 혜택에 대한 귀하의 수혜자격은 달라지지 않습니다.

성명(이름, 중간 이름, 성)	출생 시 성별	귀하와의 관계(예: 배우자, 자녀)	출생 날짜
------------------	---------	---------------------	-------

사회보장번호 (SSN)*	이 사람이 혜택을 받기를 원하십니까?	아니요	예
---------------	----------------------	-----	---

시민 또는 비 시민 상태: (하나를 선택하십시오)

미국 시민권 여부	아니요	예	워싱턴주 주민	아니요	예
-----------	-----	---	---------	-----	---

귀하는 히스패닉, 라티노 또는 스페인 출신입니까? (임의기입란)

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

인종(선택 - 해당하는 항목을 최대 다섯 개 선택하십시오)

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

저희가 이 정보를 수집하는 이유 - 저희는 이 정보를 이용하여 모든 사람의 보건 형평성을 개선하고 보건 의료 접근성을 높이고자 합니다. 귀하께서 제공하신 정보로 인해 건강보험 혜택에 대한 귀하의 수혜자격은 달라지지 않습니다.

성명(이름, 중간 이름, 성)	출생 시 성별	귀하와의 관계(예: 배우자, 자녀)	출생 날짜
------------------	---------	---------------------	-------

사회보장번호(SSN)*	이 사람이 혜택을 받기를 원하십니까?	아니요	예
--------------	----------------------	-----	---

시민 또는 비 시민 상태: (하나를 선택하십시오)

미국 시민권 여부	아니요	예	워싱턴주 주민	아니요	예
-----------	-----	---	---------	-----	---

귀하는 히스패닉, 라티노 또는 스페인 출신입니까? (임의기입란)

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

인종(선택 - 해당하는 항목을 최대 다섯 개 선택하십시오)

시민 또는 비 시민 상태: (하나를 선택하십시오)

미국 시민권 여부 아니요 예 워싱턴주 주민 아니요 예

귀하는 히스패닉, 라티노 또는 스페인 출신입니까? (임의기입란)

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

인종(선택 - 해당하는 항목을 최대 다섯 개 선택하십시오)

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

저희가 이 정보를 수집하는 이유 - 저희는 이 정보를 이용하여 모든 사람의 보건 형평성을 개선하고 보건 의료 접근성을 높이고자 합니다. 귀하께서 제공하신 정보로 인해 건강보험 혜택에 대한 귀하의 수혜자격은 달라지지 않습니다.

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

4

의료 혜택 정보

자격 또는 수령: Medicare 파트 A
해당되는 곳에 체크하십시오.

본인 아니요 예 Medicare번호 _____
배우자 아니요 예 Medicare번호 _____
기타 아니요 예 Medicare번호 _____

자격 또는 수령: Medicare 파트 B
해당되는 곳에 체크하십시오.

본인 아니요 예 Medicare번호 _____
배우자 아니요 예 Medicare번호 _____
기타 아니요 예 Medicare번호 _____

본인/우리에게는 다른 의료보험이 있습니다 아니요 예

'예'일 경우 해당 의료보험과 가입자를 적어주시겠습니까?

지난 3개월간에 메디케어 Part A 또는 Part B 보험료를 지불하셨습니까? 아니요 예

'예'라고 답변하신 경우 개월 수를 말씀해주시오

5 소득

귀하 및 귀하와 함께 생활하시는 배우자의 소득을 적어주시오(해당하는 경우). 공제(예: 세금 또는 보험료) 전의 소득금액을 기재하십시오. 소득에는 다음을 포함하되 이것으로 국한하지 않습니다.

- 급여
- 자영업 소득
- 커미션
- 하숙/임대료
- 철도 급부금
- 사회보장금
- 재향군인 수당
- 별거수당
- 실직 수당 또는 근로자 보상금
- 부족 소득*
- SSI/공공 지원금
- 연금/은퇴 수당
- 배당금 및 이자
- 기타

*부족 소득을 계산에 포함해야 하는지 알아보시려면 부족 소득 데스크 에이드를 참조하십시오. hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/tribal-income-desk-aid.pdf

이름	고용주 또는 소득원	세전소득	수령 횟수?

6 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 미치지 않습니다. 유권자 등록 양식을 작성하는 데 도움이 필요한 경우 지원해 드립니다. 도움을 구하거나 받는 것은 전적으로 귀하에게 달려 있습니다. 유권자 등록 신청서는 스스로 작성하실 수도 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 아래 주소로 이의를 제기할 수 있습니다.

Washington State Election Division, PO Box 40229, Olympia, WA 98504, 이메일 elections@sos.wa.gov, 또는 전화 1-800-448-4881.

투표 등록을 하시거나 유권자 등록을 갱신하시겠습니까? 아니요 예

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? 아니요 예

"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.

7

먼저 자세히 읽고 서명하십시오

본인은 다음 사항을 알고 있습니다.

- 본인은 본인의 상황이 변경될 경우 반드시 해당 기관 또는 기관의 지명인에게 서면으로 또는 전화로 즉시 보고해야 합니다. 혜택을 정확하게 받지 못할 수도 있습니다.
- 본 기관 또는 기타 주정부 또는 연방 기관에서 제 상황을 확인할 수 있습니다.
- 도움을 받으려면 본 기관이 요청한 해당 증빙서류를 반드시 제공해야 합니다. 본 기관 또는 본 기관의 지명인은 해당 증빙서류를 획득하는데 도와줄 수 있고, 이를 획득하기 위해 다른 사람이나 기관에 연락해 줄 수 있습니다.
- 의료혜택을 신청하여 수혜하는 사람은 모든 의료지원이나 제삼자가 지불하는 의료비 지불금에 대한 당사자의 권리를 워싱턴 주정부에 양도하는 것입니다.

의견을 말씀하시거나 더 상세한 정보를 포함하시려면 별지를 첨부하십시오.

8

선언 및 서명

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.

신청자 서명

날짜

신청자를 도와준 사람의 서명(해당하는 경우)

조직

날짜

HCA와 DSHS는 연방과 Washington 주의 모든 민권법을 준수하며 저희 서비스를 공정하게 제공하기 위해 노력합니다. 도움이 필요하시거나 다른 형식이나 언어로 작성된 문서가 필요하시다면 1-877-501-2233으로 문의하십시오.