

십대 임신부를 위한 건강관리 신청서(19 세 이하의 십대)

Application for Pregnant Teen Health Care Coverage (for Teens Under Age 19)

이름	중간이름 이니셜	성
거주지 주소(고정된 주소가 없으면 아래 우편 주소칸을 작성하십시오.)		
도로 주소	시	주 우편번호
우편 주소(모든 서신을 위임한 대리인에게 우송해 주기를 원하면 아래를 작성해 주십시오.)		
도로 주소	시	주 우편번호
선호하는 전화번호		
이 전화번호는 의사/의료서비스 제공자가 메시지를 남길 수 있는 번호입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요, 아니라고 답할 경우, 이 섹션을 작성하지 마십시오.		
연락처:	음성메일 전화번호:	
언어 및 장애 서비스		
영어로 말하고 읽고 또는 쓰는데 어려움이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
통역사가 필요하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
번역문이 필요하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
어느 언어로 말하기를 원하십니까? _____		
어느 언어로 읽기를 원하십니까? _____		
문의사항 (귀하의 응답은 보험 수혜 여부에 아무런 영향을 주지 않습니다.)		
미국 시민권자 또는 합법적으로 미국에 거주하는 이민자입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
아메리카계 인디언 또는 알래스카 원주민입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
임신한 사실을 비밀로 유지하기를 원합니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
임신 기간 중에 발생한 의료비 미납분이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
생년월일(월/일/년)	임신 종료일(월/일/년) (정확한 날짜를 모를 경우 추정 날짜를 기입하십시오.)	사회보장번호 (사회보장번호가 없는 경우 빈 칸으로 두십시오.)
선택할 수 있는 위임 대리인(AREP 는 귀하가 승인한 사람으로서 보건국에서 귀하의 보험혜택에 관해 말할 수 있고 귀하의 10 대 임신부 의료 보장 관련 우편물들을 수령할 수 있는 사람입니다.) AREP 를 두려면 아래 정보를 작성해 주십시오.		
AREP 의 이름	기관명	전화번호
도로 주소	시	주 우편번호
한 곳 또는 둘 다 체크하십시오. <input type="checkbox"/> 우편물을 제 우편 주소로 보내주십시오. <input type="checkbox"/> 제 우편물을 AREP 의 주소로 보내주십시오.		
먼저 자세히 읽으신 후 서명하십시오.		
본인은 다음 사항을 알고 있습니다. <ul style="list-style-type: none"> • 보건국 또는 기타 주 또는 연방 기관에서 제 상황을 확인할 수 있습니다. • 제 임신 사실을 비밀로 해 줄 것을 위에 요청한 경우, 본 프로그램을 통해 받는 서비스 비용을 다른 어떤 보험사에도 청구하지 않습니다. 		
선언 및 서명		
본인은 이 신청서에 있는 정보를 읽고 이해했으며, 위증시 처벌을 받는다는 조건 하에 이 신청서에 본인이 제공한 정보가 진실하며 정확하고 본인이 아는 바를 기입하였음을 선언합니다.		
신청인의 서명	날짜	