

워싱턴주 Apple Health 보험 신청

장기 간호/노인, 맹인, 장애자를 위한 혜택

<p>당신이 다음과 같은 조건을 충족하면, 지원서를 이용하여 어떤 건강 보험 혜택에 자격이 되는지를 알아보십시오</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 장기적인 요양 서비스 (요양원 간호, 보조 생활시설, 성인 공동거주 주택 또는 자택 간호 프로그램)을 신청해야 하는 경우 • 당신 또는 가족이 65 세 이상인 경우 • 당신 또는 가족이 메디케어를 가지고 있는 경우 • 메디케어 보험비 또는 함께 가지고 있는 타보험 비용에 대한 보조가 필요한 경우 • 당신 또는 가족이 장애를 가지고 있는 경우 <p>참조: 만약 가족, 자녀, 임신, 새로 등록하는 성인 보험을 신청하려면, www.wahealthplanfinder.org에서 볼 수 있는 Healthplanfinder를 참조하거나 1-855-923-4633 로 전화하십시오.</p>
<p>온라인으로 더 빠르게 신청 하십시오</p>	<p>이 신청서를 다음 웹 사이트에서 온라인으로 제출할 수 있습니다. www.washingtonconnection.org</p>
<p>신청에 필요한 정보:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 소셜시큐리티 번호 • 출생 날짜 • 이민 신분 • 수입 정보 • 재원 정보 (예를 들면 은행계좌 밸런스, 주식, 채권, 신탁, 연금)
<p>왜 이렇게 많은 정보가 필요한가요?</p>	<p>당신이 어떤 건강보험 혜택에 자격이 있는지를 결정하기 위해서 이런 정보를 요청하고 있습니다. 법으로 규정된 것과 같이, 제공하신 정보는 외부로 유출하지 않습니다.</p>
<p>작성된 지원서는 서명 후 다음과 같이 제출하시면 됩니다.</p>	<p>장애 관련된 워싱턴주 Apple 건강보험, 피난자 보험, 65 세 이상 시니어 보험, 그리고 메디케어 보험비와 경비에 대한 보조 프로그램의 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> • 다음 주소로 우편 발송: DSHS Community Services Division - Customer Service Center PO Box 11699, Tacoma, WA 98411-6699 • 지원서를 1-888-338-7410 로 팩스 전송 • 해당 지역 지역 사무실 (CSO)에 제출. 사무실 위치는 www.dshs.wa.gov/onlinecso/findservice.shtml 에서 찾을 수 있습니다. • www.washingtonconnection.org에서 온라인으로 지원하셔도 됩니다. • 질문이 있으면 1-877-501-2233 로 전화하십시오. <p>너싱홈 간호, 자택 내 개인적인 간호, 보조 생활시설, 성인 패밀리 홈 프로그램과 같은 장기 건강 혜택의 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> • 다음 주소로 우편 발송: DSHS Home and Community Services – Long Term Care Services PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826 • 지원서를 1-855-635-8305 로 팩스 전송 • 해당 지역 지역 사무실 (HCS) 에 제출. 사무실 위치는 http://www.altsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm에서 찾을 수 있습니다. • www.washingtonconnection.org에서 온라인으로 지원하셔도 됩니다 • 질문이 있습니까? 가까운 HCS 사무실은 http://www.altsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm에서 찾을 수 있습니다.

건강 보험 혜택 권리와 책임 사항

당신의 권리 (본 기관의 준수 사항)
모든 건강보험 혜택 프로그램에 해당

귀하가 필요한 서류를 읽고 작성할 수 있도록 도와드립니다. 도움이 필요한 경우 Washington Healthplanfinder 에 문의하실 수 있습니다. 또는 노령이시거나 시각 장애, 기타 장애가 있으신 경우, 장기 서비스와 지원(LTSS)이 필요하신 경우, 보건사회부(Department of Social and Health Services, DSHS)로 문의해주시오.

통역 또는 번역 서비스를 제공합니다. Washington Healthplanfinder 나 DSHS 와 연락하는 과정에서 필요한 경우, 무료로 그리고 즉각적으로 이 서비스를 해드립니다.

귀하의 개인정보를 누출하지 않습니다. 하지만 자격 검증과 등록에 필요한 경우, 어떤 정보는 다른 주 또는 연방 기관과 공유할 수도 있습니다.

이의를 제기할 기회를 드립니다. 만약 귀하가 Washington Healthplanfinder 나 DSHS 를 사용하는 동안 결정된 사항이, 특정 건강보험, LTSS, 건강 플랜 가입에 대한 자격, 건강 보험비 관련 세금 크레딧, 또는 비용분담 절감에 영향을 줄 수 있기 때문에 동의할 수 없는 경우에 이의를 제기할 수 있습니다. 이의제기를 신청하시면, 귀하의 건은 재검토 됩니다. <http://wahbexchange.org/appeals/>에 있는 Healthplanfinder Appeals Page 를 방문하거나 Healthplanfinder 고객지원센터 (1-855-923-4633)에 연락하면, 이의제기 과정에 대한 더 많은 정보를 찾으실 수 있습니다.

만약 워싱턴 Apple 건강 혜택의 결정에 대한 이의제기이고, 케이스 재검토에서 해결되지 않은 경우는 행정 심문회 (Administrative Hearing)에서 다루어지게 됩니다. DSHS 프로그램에 대한 이의제기는 DSHS 고객 서비스 센터(Customer Service Contact Center) 1-877-501-2233 으로 문의하시거나 커뮤니티 서비스 사무소(Home and Community Services Office)를 방문해주시오.

귀하를 공정하게 대우합니다. 인종과 피부색, 정치적 신념, 출신 국가, 종교, 나이, 성별 (성적 정체성과 성별에 대한 고정관념을 포함), 성별 취향, 장애, 명예제대 또는 군 신분, 또는 출생지를 상관하지 않습니다. 차별에 대한 고소는 아래의 경로로 미국 Department of Health and Human Services (DHHS)에 제출하실 수 있습니다.

- <http://www.hhs.gov/ocr/civilrights/complaints/> 또는
- Regional Manager, Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services, 2201 Sixth Ave. – M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831
Voice phone 800-368-1019
Fax 206-615-2297
TDD 800-537-7697

귀하의 책임들 (귀하의 준수 사항)
모든 건강 보험 혜택 프로그램에 해당

SSN 와 이민 신분 (Immigration Status)에 대한 정보 개방. 몇 가지 예외를 제외하고는, 귀하는 본인 또는 가족 내 건강 보험 혜택 수혜 대상자 모두의 소셜시큐리티 번호 (SSN) 또는 이민 서류 번호를 제시하여야 합니다. SSN 는 건강보험료에 대한 세금감면을 신청하는데 필요합니다. 저희는 이 정보를 이용하여서 귀하의 신분, 시민권, 이민신분, 출생일, 다른 건강보험을 확인하고, 본 프로그램에 대한 귀하의 자격여부를 결정하게 됩니다. 이 정보는 어떤 이민국 기관과도 공유하지 않습니다. 다른 사람은 안되지만, 귀하의 가족을 위한 혜택도 신청할 수 있습니다. 가족 모두가 SSN 나 이민서류 번호가 없는 경우도, 이를 소지한 사람들은 신청하고 혜택을 받을 수 있습니다. 합법적인 체류를 증명하지 못하는 분들을 위한 몇 종류의 워싱턴주 Apple 건강 보험 프로그램도 있습니다. 귀하가 특정 가족 구성원의 SSN 또는 이민서류 번호를 제시하지 않기로 결정하면, 본 기관은 귀하를 통해서 비신청자의 수입에 대한 정보를 수집하여야 합니다. **만약 정부 기관의 요청이 있는 경우,** 귀하가 자격이 되는지를 결정하기 위한 정보와 증명을 제공하셔야 합니다.

귀하가 알고 있어 할 사항들
모든 건강 보험 혜택 프로그램에 해당

주 법률과 연방 법률의 적용. Washington Healthplanfinder 와 주에서 관리하는 신청 시스템의 운영, 그리고 이러한 제도를 이용하시고 보장을 받는 귀하의 권리와 책임에는 주 법률과 연방 법률이 적용됩니다. 이러한 제도를 이용하시면, 해당 제도의 보장을 받는 사람에게 적용되는 법률을 준수할 것에 동의하게 됩니다.

1973년에 설정된 국가 유권자 등록 규정에 따라서, 모든 주는 공공 지원 사무실을 통해서 유권자 등록을 도와주어야 합니다. 투표를 하기 위한 등록 신청이나 거부 여부가 본 기관이 귀하에게 제공하는 서비스나 혜택에 영향을 주지는 않습니다. www.vote.wa.gov 에서 선거 등록을 하거나 1-800-448-4881 에 전화하여 선거인 등록 용지를 신청할 수 있습니다. 건강보험 이동과 책임 규정 (HIPAA)의 규제에 의해서, HCA 와 DSHS 는 (위임장을 가지고 있거나 귀하가 이런 정보의 개방을 허락하는 동의서에 서명한 경우가 아니라면) 위임 대리인을 포함한 그 어떤 누구와도 귀하 또는 가족의 건강 정보에 대해서 상의할 수 없도록 되어 있습니다. 여기에는 정신건강 정보, HIV, AIDS, STD 검사 결과, 또는 치료와 약물 중독 치료 서비스에 대한 개방도 포함됩니다.

수혜가능 치료를 위한 규정 (the Affordable Care Act)
때문에 Washington Healthplanfinder 와 DSHS 는, 귀하의 동의 없이는, 위임되지 않은 누구에게라도 귀하 또는 가족의 개인신상을 파악할 수 있는 정보 (PII)를 제공하지 못합니다.

귀하가 Washington Healthplanfinder 와 DSHS 에 제공하는 정보는 귀하가 건강 보험혜택을 받을 자격이 있는지를 결정하기 위해 연방 그리고 주 정부 공무원에 의해서 확인과정을 거치게 됩니다. 이 확인을 위해서 해당 부서 직원이 추후에 귀하에게 연락할 수도 있습니다.

만약 Healthplanfinder 에서 건강보험을 위한 지원서 작성을 거의 마쳤지만 어떤 이유로든지 제출 과정을 끝내지 못한 경우, 귀하의 정보는 Healthplanfinder 에 90 일간 저장되어서 다시 사용하실 수 있습니다. 만약 90 일 기간 동안 지원서 제출을 하지 않는 경우, 귀하의 정보는 Healthplanfinder 시스템에서 지워지게 됩니다.

Washington Healthplanfinder 와 HCA, DSHS 는 귀하의 건강보험 플랜을 관리하지는 않습니다. 귀하의 건강보험 회사를 통해서 귀하의 보장 혜택 사항에 대한 더 많은 정보를 제공받으실 수 있습니다. 어떤 혜택을 받을 수 있는지, 현재의 플랜에서 본인의 지불해야 하는 액수, 혜택을 신청하거나 거부된 혜택에 대한 이의제기 등과 같은 건강보험 플랜의 약관에 대해서 질문이 있으면, 귀하의 건강보험 담당업체에게 문의하셔야 합니다. 만일 귀하가 Healthplanfinder 를 통해서 구입한 건강보험 혜택이 끝나고 COBRA 에 가입할 수 있는 경우, COBRA 를 관리하고 귀하에게 필요한 COBRA 통보와 선택기간 (election period)을 제공하는 것은 귀하의 고용자의 책임입니다.

귀하가 선택한 보험사로부터 확인 편지와 보험약관 (보험 계약 또는 증명서라고도 함)을 받기 전까지는 현재의 보험 또는 COBRA 혜택을 취소하지 마십시오. 약관 사항을 이해하며 또 동의를 하는지를 여부를 확인하고, 효력발생일과 대기기간, 보험비, 혜택사항, 제한사항, 제외사항, 추가문구를 주의해서 살펴보아야 합니다.

아동후원부 (DSC)를 통해서 지원강화 서비스 (support enforcement services)를 신청하실 수 있습니다.

이 서비스를 신청하시려면, www.childsupportonline.wa.gov 로 가거나 가까운 DCS 사무실에 연락하시면 됩니다.

귀하의 권리 (본 기관의 준수사항) 워싱턴 Apple Health 에만 해당

요청하시면, 귀하의 권리와 책임에 대해서 설명해 드립니다.

완성되지 않은 일부 신청서를 제출하셔도 됩니다. 이 경우, 최소한 귀하의 이름, 주소, 그리고 서명 또는 신청자가 위임한 대리인의 서명은 있어야 합니다. 본 기관이 이 일부 신청서를 접수한 날이 귀하의 신청일이 되고, 이것이 귀하의 혜택이 시작되는 시기에 영향을 줍니다. 귀하가 신청을 완전히 끝내지 않을 때까지 최종 결정을 내릴 수 없습니다.

WAC 182-503-0005 에서 제시한 다음 방법 중 어느 것을 통해서 신청서나 일부 신청서를 제출하셔도 됩니다.

본 기관에서는 WAC 182-503-0060 에서 규정하는 시간표에 보다 늦어지지 않게 귀하의 신청서를 즉각적으로 처리하고 있습니다.

자격 여부를 결정하기 위해서 필요한 정보를 요구하는 경우 (휴일 제외) 10 일의 시간을 드립니다. 귀하의 요청이 있으면, 더 시간을 드립니다. 만약 귀하가 정보를 제공하지 않거나 더 시간을 요구하지 않은 경우, 본 기관은 귀하의 건강보험 혜택을 거부, 종료, 변경을 할 수 있습니다.

만일 본 기관에서 귀하의 자격요건을 결정하는데 필요한 정보 또는 증빙서를 수집하는데 문제가 있는 경우는, 저희가 도와드립니다. 만일 저희가 비용이 들어가는 서류를 요구할 경우, 저희가 주문을 하고 비용을 지불합니다.

귀하의 건강보험 혜택이 끝나는 경우, 대부분 최소한 10 일 이전에 통지를 해드립니다.

대부분의 경우, 45 일 이내에 서면으로 결정사항을 보내드립니다. 일부 장애에 대한 건강 보험 혜택의 경우는 60 일까지 걸리기도 합니다. 임신관련 의료에 관한 결정은 15 일 이내에 서면으로 보내드립니다.

만일 본 기관에서 귀하의 사례를 조사해야 할 경우, 귀하는 조사관의 질문에 **묵비권을 행사할 수 있습니다**. 조사관에게 다른 시간에 다시 오도록 요청할 수도 있습니다. 이러한 요구를 하여도 건강보험 혜택에 대한 자격에 영향을 주지 않습니다.

귀하가 WAC 182-504-0125 를 통한 다른 프로그램에 가입한 자격이 된다고 저희가 결정하는 기간 동안에도, **워싱턴주 Apple Health 혜택을 유지하여 드립니다**.

귀하가 자격이 되는 경우, WAC 182-503-0120 으로 정해진 것과 같이 **동등한 접근을 돕는 서비스들 (equal access services)**을 제공해드립니다.

귀하의 책임들 (귀하의 준수 사항) 워싱턴 Apple Health 에만 해당

WAC 182-504-0105 와 WAC 182-504-0110 에 의해서 요구되는 것과 같이 변경사항이 있으면, **30 일 이내에 보고해야 합니다**. 귀하의 승인서를 보시고 신고하셔야 하는 변경 사항이 무엇인지 확인하십시오.

요청이 있으면 **갱신을 하여야 합니다**.

건강보험 서비스에 대해서 의료제공자가 본 기관에 청구를 위하는 경우, **그들에게 필요한 정보를 제공하여야 합니다**.

자격이 되는 경우, **메디케어**를 신청하셔야 합니다.

요청이 있는 경우, **서비스의 질 보증을 체크하는 직원에 협력해 주어야 합니다**.

귀하가 Washington Apple Health 혜택을 신청하거나 받고 있는 경우, 다른 출처로부터 수입을 얻기 위해서 적절한 노력을 하고 또 지원 하여야 합니다.

귀하가 숙지하고 있어야 할 사항들 Washington Apple Health 에만 해당

Washington Apple Health 를 신청하거나 받고 있으면, 귀하는 의료 지원과 건강 진료에 대한 제삼자 지불 (third party payments)에 대한 모든 권리를 워싱턴 주에 위임하게 됩니다.

해당 기관에서는 귀하 자녀의 면역 기록을 아동면역 추적시스템 (Child Profile Immunization Tracking System)과 공유할 수 있습니다.

귀하가 **보고하는 정보는** 건강보험 혜택, 현금지원, 식품지원 그리고 자녀양육 보조금과 같은 프로그램들이 매일 제공하는 혜택에 대한 자격이 되는지를 결정하기 위한 목적으로 DSHS 에 제공될 수 있습니다.

법률에 따라 워싱턴주는 재산 회수를 통해 (RCW 41.05A.090, RCW 43.208.080, chapter 182-527 WAC) 일부 의료 서비스에 지급된 비용을 귀하의 재산에서 회수할 수 있습니다. 재산 회수는 귀하의 사망, 생존 배우자의 사망, 귀하의 생존 자녀의 21 세 연령 도달 시까지는 진행되지 않습니다. 또한 귀하의 사망 시 생존 자녀가 맹인/장애인인 경우에도 진행되지 않습니다. 회수 가능한 비용은 다음과 같습니다.

- 귀하께서 서비스를 받으실 당시 연령이 55 세 이상인 경우, 일부 Washington Apple Health 장기 서비스 및 지원
- 서비스 수령 당시 연령에 관계 없는 특정 주 전용 자금 지원 서비스

워싱턴주는 또한 귀하께서 영구적으로 시설에 입소하게 된 경우 (WAC 182-527-2820) 귀하의 연령에 관계 없이 귀하의 부동산에 사망 전 유치권을 제출할 수도 있습니다. 주는 다음에 해당하지 않는 한, 귀하의 자산이나 부동산을 매각하여 비용을 회수할 수 있습니다:

- 귀하의 배우자가 해당 부동산 내에 거주하는 경우,
- 귀하의 형제가 해당 부동산에 거주하고 있으며 공동 소유자 이고 특정 조건에 부합하는 경우
- 귀하의 자녀가 해당 부동산에 거주하고 있으며 맹인/장애인인 경우,
- 귀하의 자녀가 해당 부동산에 거주하고 있으며 21 세 미만인 경우

귀하께서는 WAC 182-527-2742 에서 비용 회수 대상 서비스 목록을 확인하실 수 있습니다. 또한 WAC-182-527-2754 에서 비용 회수가 면제되는 자산 목록을 확인하실 수 있습니다.

만일 귀하가 여러 진료 기관에서 불필요한 건강진료 서비스를 찾아 다니는 경우, **하나의 진료기관, 약국, 그리고/또는 병원만 사용하도록 제한 받을 수 있습니다**.

귀하가 숙지하고 있어야 하는 사항들 자격이 되는 건강보험에만 해당

귀하가 **Healthplanfinder 를 통해서 건강보험에 가입하는 과정에서, 플랜을 구입하거나 할인된 플랜을 받을 자격을 검증할 만한 충분한 정보를 Healthplanfinder 에 제공하지 않은 경우**, 또는 증명할 수 없는 정보를 제공한 경우, Washington Healthplanfinder 이 정하는 자격요건을 충족시키는 정보를 90 일 이내에 제출해야 합니다. 그 동안 Healthplanfinder 직원과 협력하여 누락된 정보를 제출하거나 서로 일치하지 않는 부분을 개선하여, 귀하의 혜택과 해당 비용 부담이 가능하면 빨리 시작되도록 노력하여야 합니다.

Healthplanfinder 를 통해서 자격이 되는 건강보험을 가입하고 있고 귀하의 수입에 변동이 있는 경우, 최대한 빠른 시일 내에 Healthplanfinder 에 통보하여야 합니다. 수입의 변동이 있으면, 귀하가 받을 수 있는 세금 혜택 (tax credit) 또는 분담비용 절감 (cost-sharing reductions)에 영향을 줄 수 있습니다. 수입변동으로 인한 저가의 플랜에 가입할 수 있는 자격이 될 수도 있고, 또는 수입이 증가하였는데 보고를 하지 않는 경우에는 받았던 세금 보조의 일부를 돌려주어야 할 수도 있습니다.

건강보험사의 약관 조항과 (만약 해당 사항이 있는 경우) 귀하의 선택 항목에 따라 **비용 부담비율은 바뀔 수 있습니다.** 최종 비율은 언제나 건강보험사에 의해서 결정됩니다.

비용분담 비율은 귀하가 신청한 효력개시일에만 유효합니다. 만일 귀하의 보험 실제 효력발생일과 신청한 효력발생일이 다른 경우, 비율 상승 또는 보험사의 약관의 변동, 그리고/또는 한 명 또는 여러 명의 가족 구성원의 생일 때문에 해당 보험의 비용이 제시된 비율과 다를 수 있습니다. (비율은 나이에 의해서 밀접하게 정해집니다.) 귀하가 선택한 보험사가 어떤 기간 동안에도 비율을 보장해주지 않을 수도 있습니다. 귀하의 보험 보장은 보험사에서 대금 수령을 확인해야 적용됩니다.

워싱턴주 고용안전국 (Employment Security Department)가 귀하의 급여와 고용기간에 대한 정보를 Washington Healthplanfinder 및 DSHS 에 공개할 수 있도록 동의하셔야 합니다. 이 동의가 있으면 Washington Healthplanfinder 의 신청과 재결정 과정이 간단해진다는 것을 인정하시는 것입니다. 귀하의 개인 정보는 Healthplanfinder 의 개인정보 통지 약관에 의해서 보호가 됩니다.

워싱턴주 Apple Health 보험 신청서
장기 간호/노인, 맹인, 장애자를 위한 혜택

신청자 성명과 연락 정보			
1. 이름 중간 이니셜 성			2. ACES 수혜자 ID 번호
신청자 또는 합법적인 대리인 서명 (필수) _____			
3. 거주지 주소			
카운티	시	주	Zip 코드
4. 우편 주소 (위 거주지와 다를 경우 기재)			
카운티	시	주	Zip 코드
5. 주요 전화 번호 <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 직장 ()			
6. 이차 전화 번호 <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 직장 ()			
7. 이메일 주소			
만약 시설에서 거주하고, 위의 주소와 다를 경우, 시설의 이름과 주소를 기입하십시오:			
8. 시설 이름			
9. 시설 주소			
카운티	시	주	Zip 코드
신청 중인 프로그램:			
10. 본인, 배우자, 또는 가족 성원이 다음 중 하나를 신청 중:			
<input type="checkbox"/> 노인, 맹인, 또는 장애자를 위한 건강보험혜택		<input type="checkbox"/> 장애를 가진 직장인을 위한 건강 보험 (HWD)	
<input type="checkbox"/> 메디케어 세이빙스 프로그램		<input type="checkbox"/> 호스피스 간병	
<input type="checkbox"/> 재택 간병인 서비스 (In-Home caregiver services)		<input type="checkbox"/> 보조생활 시설/성인 패밀리 홈	
<input type="checkbox"/> 요양원 간호 (Nursing Home care)			
미납 의료비용 정보			
11. 귀하 또는 귀하께서 보험을 신청하신 분 중에 최근 3개월 내에 발생한 미납 의료비용을 납부하는데 도움이 필요하신 분이 계십니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예. 예를 선택하신 경우 도움이 필요하신 분:			



언어 정보

12. 통역 필요. 사용언어: _____ 또는 서명; 본인의 편지를 다음 언어로 번역요청: _____

가족 정보

13. 신청 유무와 상관 없이 가족 모두를 기재 하십시오 (필요한 경우 용지를 추가해도 됩니다)

					비신청인의 경우, 선택사항			
성명 (이름, 중간이름, 성)	성별 남/녀	신청자와 관계	생년월일	수혜 대상자 체크	소셜시큐리티 번호	미 시민권자 여부	인증 (예는 아래 참조)	부족 이름 (미국 인디언과 알래스카 원주민 경우)
		본인		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

I. 일반정보

본인은 히스패닉 또는 라티노입니다: 예 아니오
 인증과 민족 배경에 대한 정보는 선택사항입니다. **종족에 대한 예:** 백인, 흑인 또는 아프리카인 미국인, 아시아인, 하와이 원주민, 태평양 열도인, 미국 인디언, 알래스카 원주민, 또는 혼혈인

1. 지난 30일 동안, 본인, 배우자 또는 가족 성원이 다른 주, 부족 또는 다른 기관으로부터 건강보험 혜택을 받았습니까? 예 아니오
2. 본인, 배우자 또는 가족 성원이 타 주의 보충 보장수입 (SSI)를 받았습니까? 네 아니오 '예'인 경우, 수혜자는?

3. 본인, 배우자 또는 가족 성원 중에 누군가가 보증인을 둔 외국인입니까?
 예 아니오 '예'인 경우, 외국인은? _____
4. 본인 또는 가족 성원 중:
 - a. 미군 또는 주 방위군, 예비군으로 복무한 사람이 있습니까: 예 아니오
 - b. 미군이나 주 방위군, 예비군으로 복무한 사람의 부양가족이나 배우자: 예 아니오. 4a 나 4b에 예라고 답하신 경우, 해당하시는 분 성함: _____
5. 본인과 함께 살지 않는 사람으로서 귀하의 신청서에 포함시키지 않은 소득공제 부양가족이 있습니까?
 예 아니오
 '예'인 경우 부양 가족의 이름을 기재 _____
6. 본인: 미혼 배우자가 있는 기혼자 별거 중인 기혼자 이혼자 과부/홀아비
 등록 동거관계에 있음 합법적인 별거

II. 취업 소득 (증명서 첨부)

1. 본인, 배우자, 또는 신청 대상자 중에서 근로 소득이 있습니까? 예 아니오 해당사항이 있으면 이 부분을 작성하십시오.

참조: 아메리칸 인디언/알래스카 원주민의 경우, 다음을 포함한 특정 수입은 보고할 필요가 없습니다: 알래스카 원주민 협회와 정착을 위한 신용기금, 신용기금에 등록된 자산에서 나오는 배당액; 어류채집, 자연자원의 채취와 수확으로 발생하는 지불과 배당액; 자연 자원의 소유와 개선에서 오는 배당액; 부족법 또는 전통으로 규정된 특수한 종교적, 영적, 전통적, 또는 문화적으로 중요한 물건의 소유로 생겨나는 지불액, 인디언 사무국 (Bureau of Indian Affairs)의 교육 프로그램에서 지원된 학비 보조

2. 수입이 있는 사람: _____	소득 총액 (소득공제 전의 달러 액수)
고용인의 이름과 전화번호	\$ _____ 매: <input type="checkbox"/> 시간 <input type="checkbox"/> 주 <input type="checkbox"/> 2주 <input type="checkbox"/> 달 2회 <input type="checkbox"/> 달
시작일	주당 근무시간: _____
자영업 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	급여일 (예: 1일, 15일, 또는 매주 금요일): _____
3. 수입이 있는 사람: _____	소득 총액 (소득공제 전의 달러 액수)
고용인의 이름과 전화번호	\$ _____ 매: <input type="checkbox"/> 시간 <input type="checkbox"/> 주 <input type="checkbox"/> 2주 <input type="checkbox"/> 달 2회 <input type="checkbox"/> 달
시작일	주당 근무시간: _____
자영업 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	급여일 (예: 1일, 15일, 또는 매주 금요일): _____

III. 기타 수입 (가족 성원 전부에 대해서 기입) (증명서 첨부)

1. 기타 수입의 예들:

- 자녀양육비 또는 이혼배우자 생계유지비
- 철도 혜택 (Railroad Benefits)
- 특정 부족에 지급되는 수입
- 교육 혜택 (학자금, 수상, 취업-학업 병행 프로그램 (Work-Study))
- 임대비
- 신용기금
- 게임 수입
- 은퇴 또는 연금
- 실업 혜택
- 선물 (현금 보조/선물권)
- 판매 계약/공채
- 베테랑 행정부 또는 군복무자 혜택
- 이자/배당액
- 소설시큐리티
- 기타
- 노동/산업청 (L&I)
- 보충 보장수입 (SSI)

2. 본인, 배우자, 또는 수혜신청자의 기타 수입에 대해서 기입 하십시오:

기타 수입의 종류	소득 수령자	월소득 총액	소득 수령자	월소득 총액
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$

3. 본인, 배우자, 또는 가족 성원 중에 투자연금 수입을 받는 사람이 있습니까? 예 아니오

연금 소유주	회사 및 기관	금액 및 가치	월소득	구매 일자
		\$	\$	

IV. 거주 비용 (LTC 서비스를 신청 중이고 기혼자이면 증명서를 첨부 하십시오)

임대비 \$	모기지 \$	공간 임대비 \$	주택소유자 보험 \$	재산세 \$	기타 비용 \$
-----------	-----------	--------------	----------------	-----------	-------------

타인이나 보조금 지불 주택 (subsidized housing) 등 단체가 상기 비용의 전체나 일부를 보조하고 있습니다. 예 아니오 '예'일 경우 보조자: _____

V. 공제 사항						
1. 본인, 배우자, 또는 신청대상자가 지불하고 있거나 지불하여야 하는 항목:						
			월 지불금		지불하는 사람	
아동 또는 성인 가족 부양비			\$			
법원이 명령한 아동 양육비			\$			
수취인 수수료			\$			
보호자 (guardianship) 비용			\$			
법원이 명령한 변호사 비용			\$			
지속적으로 발생하는 의료비 (귀하가 지불하는 메디케어 또는 다른 건강 보험료 포함)			\$			
2. 본인, 배우자, 또는 신청대상자가 아직 지불해야 할 의료비 잔액						
	의료비 유형	발생일	잔금		지불해야 하는 사람	
			\$			
			\$			
			\$			
3. 본인, 배우자, 또는 신청대상자가 장애가 있고, 일을 하고 있으며 일을 계속하기 위해서 지출해야 하는 비용이 있습니다. 이런 비용을 장애관련 근로 비용 (IRWE)라고 합니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'일 경우, IRWE 금액 \$ _____						
VI. 자산 (증명서 첨부) (장애가 있는 근로자를 위한 건강보험을 신청하는 경우는 다음 항목으로 가십시오)						
1. 자산이란 귀하가 소유하거나 구매하고자 하는 품목 중에서 판매, 교환, 또는 현금화 할 수 있는 것 또는 다른 사람에게 저당 잡힌 돈을 말합니다. 자산에는 가구, 의복과 같은 개인용품 등은 포함되지 않습니다. 다음과 같은 품목은 자산으로 분류됩니다.						
<ul style="list-style-type: none"> • 현금 • 은행 계좌 • 저축 계좌 • 예금 증서 (CD) • 머니마켓 계좌 • 저축 증권 • 증권 • 뮤추얼 펀드 • 주식 • 연금 • 신탁 • IRA • 401K • 퇴직연금 • 주택, 현재 살고 있는 집 포함 • 장래 보험 • 콘도미니엄 • 토지 • 판매 계약 • 건물 • 종신 부동산 • 생명보험 • 신지급 장래플랜 • 학자금 보험 • 공동소유 주택 • 사업용 장비 • 농업용 장비 • 가축 						
2. 귀하, 배우자, 또는 신청 대상자가 소유하고 있는 또는 구매 진행 중인 자산을 기재하십시오:						
자산 유형	소유주	현재 위치	가치	소유주	현재 위치	가치
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
3. 본인, 배우자, 또는 신청 대상자가 자동차, 트럭, 밴, 보트, RV, 트레일러, 또는 기타 모터 차량을 가지고 있습니다.						
연도 (예: 2010)	제조사 (예: Ford)	모델 (예: Escort)	리즈한 경우 체크	의료용으로 사용하는 경우 체크	납입 잔액	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	

VII. 기타 장기간호 혜택 자원에 대한 질문 (LTC 서비스를 신청하는 경우만, 작성하십시오)				
1. 본인, 배우자, 또는 신청 대상자가 주거주지로 집을 소유하거나 구매를 진행 중입니다:				
주택 주소		현시가 (감정 기관)	대출 잔액	
		\$	\$	
		\$	\$	
2. 본인, 배우자, 또는 신청 대상자가 최근 5년 이내에 자산을 판매, 교환, 기부, 양도하였습니다 (재산, 신탁, 차량, 현금 또는 종신 부동산을 포함). <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'인 경우 다음 사항을 기재 하십시오 (필요한 경우 다른 면을 첨부 가능)				
자산 유형 Type of Resource	양도일 Date of Transfer	양도 자산 가치 Value of Resource	양도 대상인 Who Was it	
		\$		
		\$		
VIII. 장기 요양 보험 (메디케어 세이빙스 프로그램의 경우, 필요하지 않음)				
본인/해당 신청인들이 장기요양 보험유무 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		자격이 되는 LTC 파트너쉽 보험계약자 입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
'예'인 경우, 보험회사의 이름과 피보험자의 이름을 기입하십시오.				
보험 회사	보험 번호	보험 가입자 이름	피보험자	가치 (LTCP인 경우)
				\$
				\$
IX. 공인 대리인 정보				
공인 대리인은 해당 가정의 사정을 잘 알고 있고, 해당 가정을 대리해서 일을 진행할 목적으로 해당 가정으로부터 위임을 받은 어떤 성인도 될 수 있습니다.				
공인 대리인을 선임하게 되면 그에게 다음과 같은 사항을 하도록 허가하게 됩니다:				
<ul style="list-style-type: none"> • 당신을 대리해서 신청서에 사인; • 당신의 신청 결과와 계정 (account)에 관한 통보 사항을 수령하고; • 당신을 대신해서 신청과 계정에 관한 모든 사항을 수행합니다. 				
1. 공인 대리인을 선임합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오				
2. 당신의 대리인이 당신의 신청과 계정에 대한 통보를 수령하기를 원하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오				
3. 이 대리인이 법적으로 유효한 보호자 (guardianship) 자격이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'인 경우 이름: _____				
4. 이 대리인이 위임장이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'인 경우 이름: _____				
공인 대리인의 이름 / 기관				
전화 번호 ()				
공인 대리인의 우편 수신 주소				
이메일 주소				

X. 먼저 자세히 읽고 서명하십시오

건강보험 혜택 및 장기요양에 대해 주에 환불하는 경우:

귀하가 장기요양 (long-term care) 서비스를 받은 경우, 보건국 (HCA)는 법에 의거하여, 워싱턴 Apple Health (메디케이드) 개인 요양 서비스를 포함한 장기요양 혜택에 들어간 비용을 충당하기 위해서 귀하의 자산 (사망 시 소유한 자산)을 회수할 수 있습니다. 메디케어 세이빙스 프로그램에서 지불한 메디케어 비용 분담금은 자산회수에서 제외됩니다. HCA는 주정부 기금으로 제공한 장기간호 서비스 비용의 경우, 서비스 받았던 연령에 상관없이 회수할 수 있습니다. 이를 자산 회수라고 합니다. 부족 토지 (tribal land)는 회수에서 제외될 수 있습니다.

장기 요양 서비스는 COPES, 워싱턴 Apple Health (메디케이드) 개인 간호, 요양원 (nursing home) 서비스, 성인 주간건강 (adult day health), 개인 간호 (private duty nursing) 뿐 아니라, 발달장애 행정국 (DDA)와 가정/커뮤니티 기반 서비스부 (HCBS)에서 제공하는 웨이버 프로그램과 다른 서비스까지 포함합니다. WAC 182-527-2742을 참조 하십시오.

자산회수는 귀하가 사망하기까지, 그리고 배우자가 있을 경우 배우자가 사망하기까지 실행되지 않습니다. 만약 부양 상속인이 있고, 어려운 상황에 처해 있으면 자산회수가 늦추어 질 수 있습니다.

귀하가 요양원 (nursing home)이나 기타 의료시설에 영구적으로 거주하는 경우, HCA는 제공된 의료지원, 의료서비스, 장기요양 서비스 비용을 환불 받기 위해 귀하의 재산에 대해 선취득권을 설정해 놓을 수 있습니다. 귀하가 집을 돌아가는 경우, HCA는 선취득권을 해제합니다. 다음에 해당할 경우, HCA에서 귀하의 집을 상대로 선취득권을 설정하지 않습니다.

- 귀하의 배우자가 집에 거주할 경우
- 집에 살고 있는 귀하의 자녀가 맹인, 장애인 또는 21세 미만일 경우
- 집에 대해서 지분 (equity interest)이 있는 귀하의 형제/자매가 그 집에 거주하고 귀하가 시설에 입주하기 바로 전까지 최소한 1년간 그 집에 거주한 경우
- MAGI에 근거한 Washington Apple Health 프로그램의 일환으로 보충 보장수입 (SSI) 또는 LTC 서비스를 수혜하는 경우

권리와 협력에 대한 규정:

Washington Apple Health 혜택을 받는 경우, 의료 비용에 대한 제삼자 지급 (third party payments)을 워싱턴 주로 위임하는 것을 알고 계셔야 합니다. 이는 귀하의 의료비용을 지불해야 할 책임이 있는 여타 보험에 워싱턴 주가 비용 청구를 하게 된다는 것을 의미합니다 (현재 귀하와 더 이상 동거하고 있지 않은 이혼한 배우자 또는 부모의 건강보험도 해당 될 수 있습니다). 그 건강보험의 가입자는 해당 보험에서 지불한 귀하의 의료비용에 대한 정보를 받아볼 수 있습니다. 만일 이로 인해서 귀하와 자녀가 위험한 상황이 될 수 있다면, 본 기관에 의료 비용에 대한 제삼자 지급을 요구하지 않도록 요청하실 수 있습니다.

'예'인 경우 다음 사항을 기재 하십시오 (필요한 경우 다른 면을 첨부 가능)

연금에 대한 설명:

만약 귀하와 배우자가 연금을 받기를 원하고, 워싱턴 Apple Health (메디케이드) 장기 보호 프로그램의 혜택을 받으면 워싱턴 주를 연금 잔여분 수혜자로 지정해야 합니다.

행정 심의 권리:

만일 귀하가 건강 보험 혜택이나 장기 요양 보호 서비스에 대한 당국의 결정에 동의하지 않는 경우, 행정 심의 과정을 거쳐서 이의를 제기할 권리가 있습니다. 또한, 이의가 제기된 결정이나 조치에 대해서 감독관 또는 행정관에게 제검토를 요청할 수 있으며, 이런 요구는 행정 심의에 대한 권리에 아무 영향을 주지 않습니다.

유권자 등록

본 기관에서는 전국유권자등록법(National Voter Registration Act of 1993)에 따라 유권자 등록 서비스를 제공합니다.

투표권 등록 또는 등록 거부는 본 기관에서 받으시는 서비스나 수혜 금액에 영향을 미치지 않습니다. 유권자 등록 신청서를 작성하시는데 도움이 필요하시면 저희가 도와드리겠습니다. 도움을 받으실지는 귀하께서 결정하실 수 있습니다. 유권자 등록 신청서는 본인이 직접 작성하실 수도 있습니다. 누군가 귀하의 투표권 등록이나 등록 거부 권한이나 본인의 정당 선택 또는 정당 선호 권리에 간섭하였다고 생각하신다면 Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881) 로 이의신청을 제기하실 수 있습니다.

귀하의 투표권을 등록하시거나 유권자 등록을 갱신하시겠습니까? 예 아니오
아무 칸에도 체크를 하지 않으시면 현재 투표 등록을 거부하신 것으로 간주됩니다.

선언과 서명

본인은 이 신청서에 있는 정보를 읽었고 이해하였습니다. 본인은 워싱턴 주법 아래 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에, 본 혜택을 신청하는 사람의 시민권과 이민 신분 정보를 포함하여, 본인이 이 신청서에 제공한 정보가, 본인이 아는 한도 내에서, 사실이며 정확하고 완전하다는 것을 선언합니다.

신청인 또는 위임 대리인의 서명

날짜 _____

신청인 또는 위임 대리인의 이름 (정자체로 기입)