

# 신청서 양식



캔자스 주민의 건강  
관리를 위하여



1-800-792-4884 1-800-792-4292 (문자 전화)

## 신청서 작성시 참고 사항:

**질문 2**, 인종/민족을 기입할 때, 다음에서 해당하는 문자를 사용하십시오.

- A:** 미국 원주민 또는 알래스카 원주민
- B:** 흑인 또는 아프리카계 미국인
- H:** 라틴계
- P:** 태평양 제도 또는 하와이 원주민
- S:** 아시아계
- W:** 백인

**질문 2**, 임신한 신청자의 경우, 성명란에 "태아"를 기입하고, 태아부모의 이름도 기입하십시오.

**질문 3**, 최근 3개월간의 봉급 명세서, 또는 최근 3개월간의 총 임금이 기재된 재직 증명서를 제출해야 합니다. 기타 소득이 있는 경우 반드시 포함시키십시오.

**질문 4**, 맞벌이 부부 지원금의 증빙 서류로서, 보육 시설에서 발급한 3개월 간의 영수증 또는 서명된 계산서를 제출할 수 있습니다.

**질문 8**, 가족 중 누구라도 최근 6개월 안에 의료 보험에 가입한 적이 있는 경우 기입하십시오. 또한 보험 카드의 양면을 복사한 사본을 제출하십시오.

소득이 아래의 금액에 해당하면, 귀하 또는 귀하의 자녀가 보험에 가입할 수 있는 자격이 있습니다. 아래 금액은 변경될 수 있으며, 자격을 결정하는 유일한 기준이 아닙니다.

**HealthWave XXI 가족에 청구되는 보험료는 가족 총소득의 5%를 초과하지 않습니다.**

	연 소득	월 소득	주 소득
1인 가족	\$18,624	\$1,552	\$361
2인 가족	24,984	2,082	484
3인 가족	31,344	2,612	607
4인 가족	37,704	3,142	731
5인 가족	44,064	3,672	854
6인 가족	50,424	4,202	977
7인 가족	56,784	4,732	1,100

**1. 신청인 정보:** 대개의 경우 신청인이 이 양식을 직접 작성합니다. 미성년자만을 신청하는 경우, 부모나 보호자가 신청인이 될 수 있습니다.

신청인 성명(다른 이름이 있는 경우 기입하십시오.) \_\_\_\_\_

자택 주소 \_\_\_\_\_ 아파트 동 호수 또는 지번 \_\_\_\_\_

시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편 \_\_\_\_\_ 번호 \_\_\_\_\_

우편 주소(자택 주소와 다른 경우) \_\_\_\_\_ 시 \_\_\_\_\_ 번호 \_\_\_\_\_

추가 정보가 필요한 경우, 전화로 귀하에게 문의할 것입니다. 어느 시간에 연락하는 것이 가장 좋겠습니까? **오전** 또는 **오후**(원하는 시간에 동그라미를 치십시오.)

자택 전화번호 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 직장 전화번호 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 메시지 서비스 전화번호 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 직장으로 전화를 해도 괜찮습니까? **예** 또는 **아니오** (해당 사항에 동그라미를 치십시오.)

**2. 가족 사항:** 귀하를 첫 행에 기입하고, 그 아래에 함께 거주하는 모든 사람을 기입하십시오. 피보험 대상자에 표시를 하십시오. 임신부가 있는 경우, "태아"를 기입하십시오.

성명	이 사람을 신청합니까?	각 피보험 대상자에 대해 다음을 기입하십시오.		본인과의 관계	생년월일	성별	임산부의 경우 출산 예정일을 기입하십시오.	인종/민족 기입하지 않아도 됩니다.	부모의 성명	
		사회 보장 번호*	미국 시민						부	모
	예 아니오		예 아니오	본인						

\*피보험 대상자의 경우, 반드시 사회 보장 번호를 기입하십시오. 신청서에 기재된 모든 사람의 사회 보장 번호(SSN)를 기입하면 보다 나은 서비스를 받을 수 있습니다.

**3. 소득 정보:** 가족 중 누구라도 다음 종류의 소득이 있는 경우, 아래의 표를 작성하십시오. **최근 3개월 간의 소득 증명원(봉급 명세서 또는 재직 증명서)을 첨부하십시오.**

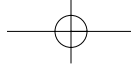
자영업은 5절에 설명되어 있습니다. 내용을 모두 기입할 수 없으면 별도의 용지를 사용하십시오.

- 급여/팁
- 맞벌이 부부 지원금
- 산재 보상금
- 군인 특별 수당
- 임대 소득
- 별거 및 이혼 부양비
- 실업수당
- 사회보장/SSI
- 가족의 월 소득
- 퇴역 수당
- 연금
- 기타(투자 수익, 이자 등)

근로자 또는 소득이 있는 사람의 이름	소득의 종류	해당되는 경우 고용주 이름 및 전화 번호를 기입하십시오.	세전/공제 전 소득 금액	팀 또는 수수료 총액	시급 및 주간 근무 시간	급여 수령 방법: 주급, 격주급, 월 2회, 월급	주간 및 월간 지급 근무 일수	다음 급여일

**4. 맞벌이 부부 지원금:** 각 자녀에 대해 맞벌이 부부 지원금을 위한 최근 3개월 간의 증명원을 제출하십시오. 영수증 사본 또는 보육 시설에서 발급한 계산서 모두 유효합니다.

1. 자녀의 이름	지불 금액	지불 주기	2. 자녀의 이름	지불 금액	지불 주기	3. 자녀의 이름	지불 금액	지불 주기	4. 자녀의 이름	지불 금액	지불 주기



**5. 자영업:** 자영업을 하는 모든 사람을 기입하고, 최근의 납세 신고서 사본(제출한 경우) 또는 최근 3개월 간의 수입 및 비용을 증명하는 서류를 첨부하십시오.

이름	상호 및 업종	주간 근무 시간	비용 공제 전 월간 총수입	월간 총비용

**6. 미지불 의료 청구서:** 최근 3개월 간 미지불된 의료비의 보상을 받을 수 있습니다. 피보험 대상자 중 누구라도 최근 3개월 간 지불하지 않은 의료비가 있고, 이 제도의 혜택을 받을 수 있는 자격이 있는지 여부를 알고 싶은 경우, 예 또는 아니오에 동그라미를 치십시오. 최근 3개월 간의 소득 증명원을 첨부해야 합니다.

**7. 투자 신탁 예금:** 피보험 대상자 중 누구라도 투자 신탁에 예금이 있습니까? 예 또는 아니오(해당 사항에 동그라미를 치십시오.) "예" 인 경우, 귀하에게 자세한 내용을 문의할 것입니다.

**8. 의료 보험:** 1페이지에 기재된 사람 중에서 종류와 관계없이 현재 보험에 가입되어 있거나 최근 6개월 간 의료 보험에 가입한 적이 있는 사람을 기입하십시오.

의료 보험 가입자의 이름 (해당자를 모두 기입하십시오.)	1	3	5

보험 회사 \_\_\_\_\_ 보험 보상의 종류 \_\_\_\_\_  
보험 가입자의 보험 카드 앞면과 뒷면의 복사본을 제출하십시오. 건강 및 사고, 주요 의료 및 치과 또는 기타

개시일 \_\_\_\_\_ 만료일 \_\_\_\_\_ 최근 6개월 간 의료 보험이 만료된 사람이 있는 경우, 이유를 기입하십시오. \_\_\_\_\_

**9. 가정에서 우선적으로 사용하는 언어:**(기입하지 않아도 됩니다.) 영어 \_\_\_\_\_ 스페인어 \_\_\_\_\_ 독일어 \_\_\_\_\_ 히브리어 \_\_\_\_\_ 베트남어 \_\_\_\_\_ 프랑스어 \_\_\_\_\_ 이탈리아어 \_\_\_\_\_ 기타 \_\_\_\_\_

**10. 정보 공개의 중요 조건 및 허락:**

본인은 인종, 피부색, 성별, 연령, 장애, 종교, 정치적 신념 또는 원래 국적에 관계없이 동등한 대우를 받을 권리가 있음을 이해하고 있습니다.

본인은 HealthWave, HealthConnect 또는 기타 보상 프로그램의 실무와 직접 관련되지 않는 한, 본인이 제공한 정보가 보호 받도록 할 권리가 있음을 이해하고 있습니다.

본인은 피보험 대상자 모두의 사회보장 번호를 제공하거나 신청해야 한다는 사실을 이해하고 있으며, 이 프로그램의 실무를 위해 사회보장 번호의 사용을 허락합니다. 또한 사회보장 번호는 은행, 사회보장 관리국 및 미국 연방 국세청과 같은 기관과 컴퓨터 조회를 하는데도 사용됩니다.

본인은 의료 피보험 대상자와 이러한 의료 보험 혜택을 받을 자격이 있는 것으로 결정된 모든 사람이 미국 시민이거나, 시민권은 없지만 법적으로 이민 지위에 있는 사람임을 보증합니다.

피보험 대상자의 경우, 모두 이민지위 증명서를 제출해야 합니다.

본인은 현재 소득, 주소 및 세대 구성 정보를 제공하는 것이 중요하다는 것을 이해하고 있습니다.

본인은 피보험 대상자의 의료비 일부 또는 전체를 지불할 법적 책임이 있는 제삼자 자원(예: 의료 보험, 법정 확대 의료 보조금 지급, 신탁, 법정 관리 등)을 사용한 다음 이를 보고할 책임

이 있다는 것을 이해하고 있습니다. 본인은 제삼자 자원 사용 불가 결정이 내려진 동안 특정 서비스에 대한 지불이 보류될 수 있다는 것을 이해하고 있습니다.

본인은 피보험 대상자 중 일부 또는 전부가 자격이 있는 경우 Medicaid 프로그램에서 유사한 의료보험 보상을 받을 수 있다는 것을 이해하고 있습니다.

본인은 자격이 있는 동안 피보험 대상자에게 제공된 의학적 서비스 및 기타 의료 서비스에 대해 이 프로그램에서 의사와 기타 의료 서비스 제공자에게 직접 지급하는 것을 허락합니다.

본인은 이 신청서의 질문들을 이해하고 있으며 정보를 숨기거나 허위 정보를 제공하면 불이익이 있다는 것을 이해하고 있습니다.

본인은 본인이 아는 범위 내에서 답변이 사실과 다름없음을 위증에 대한 불이익을 겪고 보증합니다.

성인 및 미성년자를 피보험 대상자로 신청할 때 성인 중 하나라도 의료 보험 보상을 받을 자격이 있는 것으로 결정된 경우, 본인은 필요한 지원 규정을 제정하고 시행할 때 맞벌이 부부 지원금 시행(CES)을 돕는데 동의합니다. 세대의 성인이 의료 보조를 받을 자격이 있는 경우, 본인은 의료 보조를 받는 모든 사람에 대한 의료 지원 지급금을 신고할 것에 동의합니다.

본인은 HealthWave 및 HealthConnect 프로그램에서 보상하는 의료 서비스에 대해 제삼자 자원에 의해 본인에게 지급된 지급금이 해당 의료비 청구를 결제하는데 사용된다는 것과 이 프로그램들이 제삼자 자원이 보상하지 못하는 서비스에 대해서만 결제한다는 것을 이해하고 있습니다. 본인은 이러한 제삼자 자원 업무를 수행함에 있어서 의료대위 변제기구와 협조할 것에 동의합니다.

본인은 이 프로그램 하에서 의료 서비스 제공자가 SRS, 미국보건청, 보험 회사 및 계약을 체결한 기타 의료 서비스 제공자에게 의료 정보를 제공하는 것을 허락합니다. 본인은 또한 SRS가 행정상 목적으로 다른 기구 및 계약자와 의료 정보를 공유하는 것을 허락합니다.

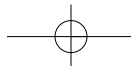
이는 HealthWave 및 HealthConnect에만 사용할 수 있는 신청서입니다. 노인 프로그램 및 장애인 프로그램과 같은 기타의 의료 프로그램은 지역의 SRS 지소에서 신청할 수 있습니다.

본인은 본인이 결정에 동의하지 않는 경우 공정한 발언의 기회를 요청할 권리가 있다는 것을 이해하고 있습니다.

서명에 의한 요청은 결정 후 30일 이내에 이루어져야 합니다.

**11. 서명:** 이 신청서에 서명이 없거나 날짜가 기입되어 있지 않으면 유효하지 않습니다.

신청자의 서명 _____	날짜 _____	본인은 상기 조건을 읽고 이를 이해하고 있기에 이 신청서에 서명합니다. 이는 또한 본인의 정보를 알고 있는 고용주, 의료 서비스 제공자, 회계 기관, 보험 제공자, 보상 제공자 및 기타 개인 또는 대행사가 HealthWave, HealthConnect 또는 기타 보상 프로그램에게 비밀 유지 정보를 포함하여 본인의 자격을 증명하는 데 필요한 정보를 공개하는 것을 허락합니다. 이 신청서에 기재된 모든 정보는 주 및 연방 개인 정보 보호법의 보호를 받습니다. 이 허가서는 당일부터 효력을 발생합니다. 이 허가서 사본의 효력은 원본과 동일합니다.
배우자 또는 기타 성인의 서명 (해당되는 경우) _____	날짜 _____	



신 청 서 양 식



중요 사항  
반드시 숙지하십시오

동봉한 신청서의 모든 질문을 자세히 읽은 다음 답하십시오. (신청서에 내용을 모두 적을 수 없는 경우 별도의 용지에 적어 첨부하십시오.)

신청서에 필요한 모든 증빙 서류는 사본을 첨부하십시오. (원본을 보내지 마십시오.)

18세인 경우 별도의 신청서를 작성하십시오.

신청서에 반드시 서명하고 날짜를 기입하십시오. 6주 내지 8주 안에 회신을 받을 수 있습니다.

신청서와 증빙 서류를 우편으로 보낼 때는 동봉한 요금 별납 봉투를 사용하십시오.

다른 언어로 된 신청서를 받거나, 무료 통역 서비스 또는 무료 일반 신청 안내를 이용하려면, 1-800-792-4884 또는 1-800-792-4292 (문자 전화)로 문의하십시오.

모든 신청서는 Medicaid부터 먼저 심사합니다.

18세 이상으로 HealthConnect를 선택한 경우, 일부 의료 기관에서는 미화 1달러에서 3달러에 해당하는 환자 부담금을 지불해야 합니다.