

정자체로 명확하게 기재하고 어두운 음영 부분은 작성하지 마십시오.

신청자 _____ 집 전화 (____) _____
이름 _____ 중간이름 이니셜 _____ 성 _____

자택 주소 _____
도로명 _____ 아파트 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____ 카운티 _____
이 주소지는 쉐터입니까? 예 아니요

우편 주소 _____
(위와 다를 경우) 도로명/사서함 _____ 아파트 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____ 카운티 _____

이름 (본인의 이름을 먼저 기재하고, 별명과 결혼 전 성도 기재하십시오.)

이름	중간이름 이니셜	성	생년월일	성별	소셜 시큐리티 번호	인종/민족 코드 (선택 사항)
본인						
배우자						
자녀*						

*18세 미만인 경우, 다른 자녀를 기재하기 위해 필요한 경우 추가 용지를 첨부하십시오.

인종/민족 소속 코드: A-아시아계 B-흑인 또는 아프리카계 미국인 H-히스패닉 또는 라틴계 I-미국 원주민 또는 알래스카 원주민
(하나 이상을 선택할 수 있습니다.) W-백인 P-하와이 원주민 또는 기타 태평양섬 원주민 U-알 수 없음

신청자 Medicare 정보

Medicare # _____ (적색 및 청색 Medicare 카드 기준) Medicare 파트 A를 보유하고 있습니까? 예 아니요 발효일 _____
Medicare 파트 B를 보유하고 있습니까? 예 아니요 발효일 _____

배우자 Medicare 정보, 해당하는 경우

Medicare # _____ (적색 및 청색 Medicare 카드 기준) 배우자가 Medicare 파트 A를 보유하고 있습니까? 예 아니요 발효일 _____
배우자가 Medicare 파트 B를 보유하고 있습니까? 예 아니요 발효일 _____

Medicare 보험료의 소급 상환 제공을 원하십니까? 예 아니요
귀하 또는 배우자가 Medicare 외의 건강 보험료를 지불하고 있습니까? 예 아니요 납부자: _____ 월별 금액 \$ _____
귀하 또는 배우자가 자녀/배우자 부양비를 지불하고 있습니까? 예 아니요 납부자: _____ 월별 금액 \$ _____
전체 Medicaid 혜택 신청을 원하십니까? 예 아니요

급여, 임금, 연금, 사회 보장, 퇴직금, 임대 또는 사업 소득 등과 같은 모든 가용 소득을 아래에 기재하십시오. 세금 또는 기타 공제 이전에 받은 금액을 기재하십시오.

신청자, 배우자 또는 18세 미만의 비장애 자녀 성명 (필요한 경우 추가용지에 기재 후 첨부)	금액 제공자는 누구입니까? (이름/소득원)	해당 금액?	빈도 (매주, 격주, 매달)

어떤 언어로 통지서를 받으시겠습니까? 영어로만 스페인어 및 영어

이 양식에 서명함으로써 본인은 Medicare 저축 프로그램에 신청서에 나열된 각 개인이 자격이 있을 경우 적절한 프로그램에 가입된다는 점을 이해합니다. 또한, 다음 페이지에 명시된 조건, 권리 및 책임 조항을 읽고 이해했습니다. 위증서 처벌을 받는다는 조건 하에 본인이 아는 한도 내에서 본 신청서의 내용은 모두 진실임을 증명합니다.

신청자 또는 대리인 서명 _____ 날짜 _____
배우자 서명 _____ 날짜 _____

대리인 주소, 전화번호 및 관계

증빙 서류

귀하는 소득 증빙 및 지불하고 있는 모든 건강 보험료 증빙을 해야 합니다. 해당 목록을 검토하고 Medicaid 프로그램에 대해 추가 혜택의 자격이 주어지는지 결정하기 위해 제공해야 할 서류를 제출해야 합니다. Medicare 보험료의 소급 상황을 요청할 경우, 본 양식의 오른쪽 상단 코너에 기재된 "신청일" 이전 3개월 기간 동안의 소득 증빙을 보내야 합니다.

- **소득 증빙:** 급여 수표 부분, 고용주 발송 서신, 소득세 신고서, 소셜 시큐리티, 실업, 재향군인 수당과 같은 비근로 소득에 대한 수여 서신, 또는 세입자, 하숙인, 임차인의 서한.
- **Medicare 외에 지불하는 건강 보험료:** 고용주 서신, 보험료 명세서 또는 급여 명세서.

처리 지연을 피하기 위해 본 신청서의 상기 표시된 공간에 서명 및 날짜를 기재하셔야 합니다.

조건, 권리 및 책임

본 양식을 작성하고 서명함으로써, 본인은 Medicare 저축 프로그램 가입을 신청합니다. **MEDICARE 보험료 지급은 MEDICAID 혜택을 의미합니다.**

페널티

본인의 신청서는 조사 대상이 될 수 있음을 이해하며, 해당 조사에 협조할 것에 동의합니다. 연방 및 주 법률은 귀하가 Medicaid 혜택 신청하거나 자격에 대한 질문을 받는 언제든지 진실을 말하지 않거나 다른 사람이 귀하의 신청 또는 귀하의 지속적인 자격에 대해 진실을 말하지 않도록 할 경우, 벌금이나 구금, 또는 둘 다에 의해 처벌할 수 있다고 규정하고 있습니다. 귀하가 Medicaid에 대한 최초 및 지속적인 자격에 관한 사실을 은폐 또는 공개하지 않는 경우, 또는 혜택을 받거나 지속하기 위해 귀하가 대신 신청한 타인의 권리에 영향을 미치게 될 사실을 은폐 또는 공개하지 않는 경우에도 처벌이 적용됩니다. 그리고 이러한 혜택은 본인을 위해 사용되지 않고 다른 사람을 위해 사용되어야 합니다.

변경 사항

본인은 필요사항, 소득, 재산, 거주 형태, 또는 주소에 변동이 있을 경우 본인이 알고 있는 한도 내에서 즉시 기관에 고지할 것에 동의합니다.

소셜 시큐리티 번호(Social Security Number, SSN)

Medicare 저축 프로그램을 신청하시려면 임산부가 아닌 경우 귀하의 소셜 시큐리티 번호를 보고해야 합니다. 해당 의거 법률은 다음과 같습니다. 18NYCRR Sections 351.2, 360-1.2, 및 360-3.2(j)(3), 42USC 1320b-7. 사회보장번호는 뉴욕 및 기타 관할지역 내의 지역 사회복지지구에서, 또한 지역 사회복지지구와 연방, 주, 지역 기관 간에 여러 방식으로 사용됩니다. 소셜 시큐리티 번호는 신원을 확인하거나, 근로 소득 및 비근로 소득을 파악하거나, 부재 부모가 신청인을 위해 건강 보험을 받을 수 있는지 확인하거나, 신청인이 자녀 양육비를 받을 수 있는지 확인하거나, 신청인이 지원금 또는 기타 도움을 받을 수 있는지 확인하는 등에 필요합니다.

시민권 및 이민 신분 인증서

본인은 위증을 할 경우 처벌을 받는다는 조건 하에서 이 신청서에 이름을 서명함으로써 본인 및/또는 본인이 서명한 모든 사람이 미국 시민권자 즉 미국 국적자이거나 또는 만족할 만한 이민 신분이라는 사실을 확인합니다. 본인은 경우에 따라 본인에 관한 정보가 이민 신분 확인을 위해 미국 이민국(USCIS)에 제출될 수 있음을 이해합니다. 본인은 또한 본인에 대한 정보의 이용 또는 공개 대상은 이민자 신분 확인 절차 및 Medicaid 프로그램의 관리 및 실행과 직접적으로 관련된 담당자 및 기관으로 제한됨을 이해합니다.

차별 금지 사항

본 신청서는 인종, 피부색, 성별, 장애, 종교적 신념, 출신 국가 또는 정치적 신념과 관계없이 검토됩니다.

증명

본 신청서에 서명함으로써, 본인은 사회 복지부에 제출했거나 제출할 Medicaid의 근거가 되는 정보가 정확함을 선언하고 확인합니다. 본인은 또한 본인의 지원에 대한 법적 책임을 지닌 사람으로부터 지원을 요청할 권리 및 기타 제3자 자원을 추구할 권리를 사회 복지부에 양도합니다. 본인을 대신해 지급한 Medicaid는 의료 서비스를 받은 당시 지원에 대한 법적 책임이 있었던 사람이 되찾을 수 있음을 이해합니다.

동의서

본인은 이 신청서/인증서에 서명함으로써, 사회복지부에서 본인이 제공한 정보를 검증 또는 확인하기 위한 조사를 하거나 Medicaid에 관한 본인의 요청과 관련하여 기타 조사 활동을 하는 것에 동의함을 이해합니다. 추가 정보 요청이 있으면 제공하겠습니다.

본 양식을 읽고 작성한 이후에 Medicare 저축 프로그램의 신청을 하지 않기로 결정한 경우 다음 서명란에 서명하십시오.

본인은 신청서를 철회하는 데 동의합니다 _____ 날짜 _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information				Date	Employed by		
Eligibility Determined by Worker (Date):					Eligibility Approved by (Date):		
Central/Office	Application Date	Unit ID	Worker ID	Case Type	Case No	Reuse Ind.	
Case Name		District		Registry No.		Ver.	
Effective Date				Reason Code	Proxy		
<input type="checkbox"/> MA Disp. <input type="checkbox"/> Denial <input type="checkbox"/> Withdrawal					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		