

**의료 지원을 대체 의료 지원 범위로
변경하려는 의도에 대한 통지**

통지 날짜:	발효 날짜:	기관/센터 또는 지역 사무실 이름 및 주소		
케이스 번호	CIN/RID 번호			
케이스 이름(C/O 이름 존재 시 함께 기재) 및 주소				
		문의 사항이 있거나 도움 필요 시 일반 전화번호 _____		
		또는 기관 컨퍼런스 _____		
		공정심리 정보 및 지원 _____		
		기록 열람 _____		
		법률 지원 정보 _____		
사무실 번호	부서 번호	복지사 번호	부서 또는 복지사 이름	전화번호

귀하가 함께 동거 중인 21세 미만의 부양 가족의 보호자이면 의료 지원은 _____까지 12개월 동안 과도 의료 지원이 계속될 예정입니다.

이는 귀하의 소득(자녀 양육비를 포함한 Medicaid 공제액보다 적은 금액)이 신규 고용 또는 근로 소득의 상실로 인해 가족 지원소득 한도를 넘었기 때문입니다.

대체 의료 지원을 받는 기간 동안에 실직 상태가 되었으면 당국에 더 이상 21세 미만의 부양 자녀가 함께 살거나 이사를 하지 못한다는 사실을 알려야 합니다. 건강 보험에 가입했거나 사용할 수 있게 되면 당국에 연락하십시오. 당국은 귀하의 건강 보험료를 대신 납부해 드릴 수 있습니다.

문의 사항이 있으면 담당 복지사에게 전화하십시오.

이 판정은 규정 18 NYCRR 360-3.3(c)를 근거로 합니다.

규정에 따라 필요 사항, 소득, 재산, 거주 형태 또는 주소에 변경이 있을 경우 당 기관에 즉시 알려야 합니다.

**귀하는 본 결정에 대해 이의를 제기할 권리가 있습니다.
본 결정에 대한 이의 제기 방법은 본 통지서의 뒷면을 참조해 주십시오**

