

귀하는 **Medicare** 보험료 납부에 대한 지원을 받을 자격이 있을 수 있습니다.

날짜:

_____ 님

귀하는 최근 **Medicare Part D** 의 처방약 보험에 대한 추가 보조를 사회보장국(**Social Security Administration**)에 신청하셨습니다. 그 당시, **Medicare** 세이빙스 프로그램을 통해 뉴욕 주 **Medicaid** 사무국에 귀하의 **Medicare** 비용 지원에 대한 평가 신청서를 보내기로 동의하였습니다. **Medicare** 세이빙스 프로그램은 **Medicaid** 사무국을 통해 시행되는 혜택입니다.

이 혜택에 대한 귀하의 자격여부를 결정하기 위해서 몇 가지 추가 정보가 필요합니다:

1 단계: 첨부된 “정보 요청” 양식을 작성합니다.

2 단계: **Medicare** 카드 (빨간색, 백색 및 파란색 카드) 앞 뒷면을 복사합니다.

3 단계: 급여용지, 사용주로부터의 서신, 소득세 신고서, 실업 및 퇴직군인 혜택 또는 임차인 또는 숙박인으로부터의 서신 같은 소득 증명을 수집합니다. 배우자와 함께 사는 경우(배우자가 신청하지 않더라도) 배우자 소득증명을 첨부합니다.

4 단계: **Medicare** 보험료 이외에 납부하는 다른 건강보험 보험료 증명을 수집합니다. 보험료 증명으로는 사용자로부터의 서신, 보험료 내역 및 급여용지가 가능합니다. 귀하의 다른 지불된 보험료 액수는 계수 가능한 소득으로부터 공제할 수 있으며 이로 인해 **Medicare** 세이빙스 프로그램에 대한 자격조건을 갖추는데 도움이 될 수 있습니다.

5 단계: 미국시민이 아닌 경우, 현재 이민 신분을 밝히는 서류 사본을 수집합니다.

6 단계: 작성한 후, 서명하고 날짜를 기입한 후 위에 명시한 서류의 사본들과 함께 제공한 봉투에 넣어 신청서를 다시 보냅니다.

_____까지 다시 보내주시기 바랍니다.

별지

OHIP-0035 ko (12/27/16)

요청한 정보가 도착하지 않으면, Medicare 세이빙스 프로그램을 통해 혜택을 받으실 수 없으며 저희가 Medicare 세이빙스 프로그램에 자격요건이 되지 않는다는 통지서를 보내드릴 것입니다.

모든 Medicaid 혜택 대상이 되기 위해서는 첨부된 “정보요청” 양식을 사용할 수 있습니다. 양식에 있는 질문에 “예”를 체크하면 Medicaid 혜택을 신청할 수 있는 신청서 패킷을 따로 보내드릴 것입니다.

이 양식에 대해 도움이 필요한 경우, 위에 나열된 Medicaid 사무국에 연락하거나 건강보험 정보 상담 및 지원 프로그램 (**Health Insurance Information Counseling & Assistance Program, HIICAP**) **1-800-701-0501** 로 연락할 수 있습니다. TTY 사용자는 **1-877-486-2048** 로 전화해야 합니다.