

지침
 1. 정자체로 명확하게 기입해 주십시오. 음영 부분은 작성하지 마십시오.
 2. 양식을 빠짐없이 정확하게 작성하십시오.
 3. 페이지 뒷면의 양식에 서명하십시오.
 4. 이 재인증 양식을 기재된 주소로 반송하십시오.

지역구 이름 및 주소

재인증 반영 사항

변경 없음
 변경
 미해결 문서 필요

사무국	부서 ID	담당자 ID	케이스 유형	케이스 번호	지구
			20		
케이스 이름			면접 대상자 이름		카테고리

MA 자격 일자

시작일			종료일		
월	일	연도	월	일	연도

수령인 정보

이름	미들 이니셜	성	생년월일		
			월	일	연도
성별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> X			성 정체성(선택 사항)* (아래 코드 참조)		
*성 정체성: 성 정체성은 본인이 자신을 어떻게 인지하고 부르는가를 말합니다. 성 정체성은 출생 시 가지고 있던 성별과 같을 수도, 다를 수도 있습니다. 성 정체성 코드: M-남성, F-여성, N-논바이너리 또는 생물학적 성에 불응, X-X, T-트랜스젠더, D-다른 정체성: 제시된 공간에 귀하의 정체성을 자세히 기재하십시오.					
사회 보장 번호	수령인을 호칭하는 다른 이름을 기재				ONC

수령인 시설의 이름과 주소

수령인의 배우자 정보

배우자 이름	미들 이니셜	배우자의 성	생년월일		
			월	일	연도
배우자가 사망했습니다 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	배우자가 신청/재인증/수령 중입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		배우자의 사회 보장 번호		
배우자 주소		배우자 전화번호 ()			
귀하의 배우자를 호칭하는 다른 이름을 기재					ONC

귀하의 배우자와 함께 살고 있는 부양가족을 기재	가족 구성원의 사회 보장 번호	가족 구성원의 생년월일		
		월	일	연도
가족 구성원은 귀하 또는 귀하 배우자와 어떤 관계입니까?				
이 양식을 작성하는 사람의 이름 및 주소(수령인 또는 수령인의 배우자가 아닌 경우)			해당인의 전화번호 ()	

재원

수령인이 보유할 수 있는 재원을 포함시키십시오.

	예	아니요	\$ 가치	계좌 번호		위치
개인 부수 계좌(Personal Incidental Account, PIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
저축 예금 계좌(당좌 예금/저축/은행 예금 증서, 신용조합)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
소송 해결, 상속 예상	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
신탁 자금	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
생명보험	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
연금 보험	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
주식, 채권, 저축 채권	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
부동산(별장 및 주택 포함)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
소득 창출 재산	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
소득을 창출하지 않는 재산	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
자가 주택 소유	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
뮤추얼 펀드	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
IRA, KEOGH, 401-K, 이연 보상	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
기타 연금 또는 퇴직 계좌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
장례 기금, 장례 신탁, 장자(묘지), 장례 계약	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
기타 재원(구체적으로 명시)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
자동차	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		연도	제조사	모델

지난 60개월 이내에 귀하 또는 귀하의 배우자가 현금, 수입, 부동산 또는 기타 자산을 매각, 기부 또는 양도하였습니까?

예	아니요	자산	\$ 가치	누구에게 주었습니까?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

음영 부분은 작성하지 마십시오.

음영 부분은 작성하지
마십시오.

수령인, 수령인의 배우자 또는 부양 가족이 보유할 수 있는 모든 소득을 포함시키십시오.	수령인의 소득			배우자의 소득			가족 구성원의 소득		
	예	아니요	\$ 금액	예	아니요	\$ 금액	예	아니요	\$ 금액
사회보장연금/철도노후연금	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
연금	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
재향군인 연금	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IRA, KEOGH, 401-K, 이연 보상	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
위자료/배우자 지급금	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
대출/임대 소득	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
연금 보험	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
은행 계좌 이자, 뮤추얼 펀드, 주식, 크레딧 유닛에서 발생하는 이자	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
주식, 채권, 뮤추얼 펀드의 배당소득	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
장애 수당, SSI, 고용 등과 같은 기타 소득 (구체적으로 명시하십시오)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
신탁, 소송 해결, 상속 등을 통해 소득이 발생할 예정입니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

건강 보험	
Medicare(레드, 화이트, 블루 카드)를 보유하고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예인 경우, <input type="checkbox"/> 파트 A <input type="checkbox"/> 파트 B
귀하의 배우자나 부양가족이 Medicare에 가입되어 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예인 경우, <input type="checkbox"/> 파트 A <input type="checkbox"/> 파트 B
귀하, 귀하의 배우자 또는 부양가족이 고용주, 노동조합, 퇴직 제도에서 제공하는 건강 보험 플랜 및 양육비 지원, 민간 보험 플랜이나 VA의 보장을 받고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
보장받는 사람의 이름	
보험료 지불자	
보험 회사 이름	
보험 증서 번호	
보험 적용 대상은 누구입니까?	
보험 효력 발생일	
보험료 금액과 지급 빈도는 어떻게 됩니까?	

주거비	
배우자가 주거비를 받습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예일 경우, 아래에 요청한 정보를 기재하십시오.	
월 임대료 금액	월 대출 금액
\$	\$
월별 세액	월 난방비
\$	\$

인종/민족 소속은 신청자에게만 해당됩니다
 (작성은 선택사항입니다. 그러나 작성하지 않을 경우 면접관이 관찰을 통해 이를 기록해야 할 수도 있습니다. 이 정보는 모든 사람이 공정하게 지원/케어를 받기 위한 목적으로만 수집됩니다. 해당 정보는 귀하의 자격에 영향을 미치지 않습니다.) 본인은: (하나만 선택)
 인종/민족 코드: B-흑인 또는 아프리카계 미국인 W-백인 H-히스패닉 또는 라틴계 *A-아시아인 또는 태평양 섬 원주민
 I-아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민 *P-하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 원주민 U-알 수 없음 O-기타.
 *-아시아인, P-하와이 원주민 또는 태평양 섬 주민을 선택한 경우 기타 AAPI에 대한 아래 정보를 참조하십시오.
 †기타 아시아계 미국인/태평양 섬 주민(선택 사항) - 본인의 AAPI 하위 그룹을 명시하십시오. 이 커뮤니티에서 하위 그룹은 중국인, 일본인, 필리핀인, 한국인, 베트남인, 캄보디아인, 인도네시아인, 파키스탄인, 스리랑카인, 대만인, 하와이 원주민, 사모아인, 통가인, 괌인 또는 차모로인, 마셜인, 피지인 등을 말합니다.

차별 금지 사항 - 본 신청서는 인종, 피부색, 성별, 장애, 종교적 신념, 출신 국가 또는 정치적 신념과 관계없이 고려됩니다.

사회 보장 번호 - Medicaid(MA)를 신청하는 사람은 Medicaid를 요청받은 모든 사람의 사회보장번호를 공개해야 합니다. 단, 해당 개인이 응급 의료 질환의 치료를 위해서만 MA를 원하는 미등록 외국인인 경우는 예외입니다. 이러한 공개는 18NYCRR의 섹션 351.2 및 360-1.2와 42 USC 1320b-7의 권한에 따라 Medicaid에 의무적으로 적용됩니다. 사회보장번호는 Medicaid 신청자와 수혜자의 적절한 신원 정보를 제공하고 소득, 자격 및 혜택 금액을 확인하는 데 사용됩니다. 또한 당국은 귀하의 사회보장번호를 사용하여 IRS에 등록된 볼로 소득 데이터 및 뉴욕주 노동부(New York State Department of Labor)에 등록된 근로 소득 데이터와 비교할 것입니다.

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 제공할 것입니다.

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

보험 및 기타 혜택의 양도 - 본인은 건강 보험/상해 보험 혜택 또는 본인이 받을 자격이 있는 기타 자원에 대한 청구서를 제출할 것이며, 이에 따라 그러한 자원을 이 신청서를 접수한 사회복지 공무원에게 양도합니다. 또한, 이 신청서를 제출하는 사회복지 공무원에게 필요한 혜택이나 자원을 재원을 양도하는 데 도움을 줄 것입니다.

직접 지불 - 본인은 Medicaid 자격이 있는 동안 제공되는 의료 및 기타 보건 서비스에 대해 본인 또는 본인의 가구원이 받는 건강/상해 보험 혜택에 대한 지불이 사회복지 담당 공무원에게 직접 이루어지는 것을 승인합니다.

MEDICARE - 본인은 Medicaid 자격이 있는 동안 본인에게 제공되는 의료 및 기타 보건 서비스에 대한 향후 미납 청구서에 대해 “Medicare”(보조 의료 보험 프로그램 타이틀 XVIII의 파트 B)에 따라 청구 비용이 의사 및 의료 서비스 공급자에게 직접 지급되도록 승인합니다.

처벌 - 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 그러한 다른 사람을 위해 사용되어야 합니다.

연방법 및 주법에서는 개인이 자활 능력을 상실한 달의 첫날 또는 자활 능력을 상실하여 Medicaid를 신청한 날의 이전 및 이후 60개월 이내에 개인이나 그 배우자가 공정한 시장 가치보다 낮은 가격으로 자산을 양도할 경우, 나중에라도 개인이 요양 시설 서비스를 받을 자격을 박탈하도록 규정하고 있습니다.

확약 - 본 신청서에 서명함으로써, 본인은 사회복지부에 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 사회복지부에 양도합니다. 본인은 의료 기관에 있어 집으로 돌아올 예정이 없는 경우에는 Medicaid를 받는 대로 특정 상황 하에서 선취권을 제기하고 물적 재산(부동산)을 되찾을 수 있음을 이해합니다. 본인을 대신해 지급한 Medicaid는 의료 서비스를 받은 당시 지원에 대한 법적 책임이 있었던 사람이 되찾을 수 있음을 이해합니다.

수령인 서명	서명일	배우자 서명	서명일
대리인 서명	서명일		
담당자 서명	서명일	감독자 서명	서명일