

메디케이드 재결정/메디케어 저축 프로그램 신청서



Seniors and People with Disabilities

요청할 경우, 이 신청서는 장애를 가진 사람이 이용할 수 있는 다른 형식으로 제공될 것입니다. 제공될 수 있는 다른 형식: 큰활자로 인쇄된 것, 점자, 음성 테이프, 녹음된 것, 전자 형식, 구두 설명. 요청은 직원에게 알려거나 전화, 팩스 또는 TTY를 이용하십시오.

이름 남 여 생년월일 쓰시얼 씨큐리티 번호

배우자 이름 쓰시얼 씨큐리티 번호

집 주소 전화

시 주 우편번호

우편 주소 (거주지와 다를 경우)

모든 부양가족은 별도 용지에 열거하십시오.

신청인 또는 신청인의 식구중 누군가가 미국의 재향군인입니까? 예 아니오

신청인의 수입:

쓰시얼 씨큐리티 혜택	\$ <input type="text"/>	재향 군인 혜택	\$ <input type="text"/>
퇴직 또는 연금 혜택	\$ <input type="text"/>	직장에서의 보수	\$ <input type="text"/>
기타	\$ <input type="text"/>	기타	\$ <input type="text"/>

배우자의 수입:

쓰시얼 씨큐리티 혜택	\$ <input type="text"/>	재향 군인 혜택	\$ <input type="text"/>
퇴직 또는 연금 혜택	\$ <input type="text"/>	직장에서의 보수	\$ <input type="text"/>
기타	\$ <input type="text"/>	기타	\$ <input type="text"/>

본인 또는 신청인(들)은 하나 이상의 다음과 같은 항목을 소유하거나 공유하고 있습니다:

수표 구좌(들)	\$ <input type="text"/>
저축 구좌(들)	\$ <input type="text"/>
재산권, 신탁, 퇴직 기금, 정기예금	\$ <input type="text"/>
기타	\$ <input type="text"/>

신청인 본인, 또는다른 신청인이, 지난 60 개월 이내에, 개인 재산, 현금, 부동산(토지, 건물 또는 종신 재산권 이자), 또는 주택 재산권 융자금을 팔거나, 거래하거나, 증여했습니까?

예 아니오

‘예’라고 답한 경우, 다음을 작성하십시오:

재산 품목	이전 날짜	이전시의 가치	수령 금액	받을 금액	매월 수령 금액
<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>

사회복지부 (DHS)에서는 누구에게도 차별대우를 하지 않을 것입니다. 이는 DHS가 수혜 자격이 있는 모든 사람을 돕는다는 뜻입니다. 사회복지부에서는 누구든 나이, 인종, 피부색, 출신국, 성별, 성적 성향, 종교, 정치적 믿음 또는 장애여부를 이유로 도움 요청을 거부하지 않을 것입니다. 이러한 이유 때문에 DHS에서 차별대우를 받았다고 생각할 경우, 항의를 제기할 수 있습니다.

SDS 539C

Client

Date sent

Case number

Prime number

Date of birth

Program

Branch code

Worker

Worker phone #

신청인 자신 또는 다른 신청인들이 자동차, 트럭, 오토바이, 보트, 캠핑 자동차, 스노우 모빌, 트레일러, 거래 도구, 농장 또는 사업 장비, 가축, 목재 등을 소유하거나 구매중입니까?

예 아니오

항목	제조사, 모델 및 년도 또는 기타 설명	가치	값을 금액
		\$	\$
		\$	\$

본인 또는 다른 신청인들이 하나 이상의 다음과 같은 품목을 소유 또는 구매중이거나 그 지분을 가지고 있습니다:

집 모빌 홈 기타 토지 또는 건물 없음

각 품목마다 아래를 작성하십시오

품목 #1	품목 #2
-------	-------

a. 주소:		
b. 부동산 용도:		
c. 매월 지불금:	\$	\$
d. 부동산 세금:	\$	\$
e. 구조물에 대한 화재보험:	\$	\$
f. 순 자산 가치:	\$	\$

신청인 자신 또는 다른 신청인들이 주거처를 임대하거나 분담금을 지불하고 있습니까? 예 아니오

‘예’라고 답한 경우, 매월 지불금 \$ 수취인

신청인 자신 또는 다른 신청인들이 주거처 및 공공요금에 대한 보조를 받습니까? 예 아니오

지불하는 사람	항목	빈도	액수
			\$
			\$

신청인 자신 또는 다른 신청인들이 건강 보험을 가지고 있습니까? 예 아니오

‘예’라고 답한 경우, 유형을 고른후 다음을 작성하십시오:

<input type="checkbox"/> 개인적 보험	<input type="checkbox"/> 정부 혜택	<input type="checkbox"/> 특수 보험
회사	보험 번호	보험료
		\$
		\$

신청인 자신 또는 다른 신청인들이 상해보험 보상 청구를 했습니까? 예 아니오

‘예’라고 답한 경우, 그 사람(들) 및 부상 날짜를 열거하십시오.

‘예’라고 답한 경우, 적절한 DHS 0451 양식을 작성하십시오.

신청인 자신 또는 다른 신청인들중 생명보험 또는 매장보험을 가지고 있는 사람이 있습니까? 예 아니오

‘예’라고 답한 경우, 아래를 작성하십시오.

회사	보험 번호	액면가	현금 액수	상해를 입은 사람
		\$	\$	
		\$	\$	

신청인 자신 또는 다른 신청인들에게 지난 90 일내에 받은 진료에 대한 밀린 의료비가 있습니까? 예 아니오

신청인 자신 또는 다른 신청인들 중에 생명보험이나 장례비용을 치르도록 다른 사람에게 맡긴 금전을 포함한 선불 장례보험 또는 매장신탁이 있습니까? 예 아니오

회사 이름 액수 \$

주소

신청인은 다음 중 어느 것을 가지고 있습니까?

- 비상시 연락할 사람
- 소송 후견인
- 위임 대리인

- (대리) 위임장
- 재산 관리인

이름

전화번호

신청인에게는 이 자료를 제공할 의무가 없지만, 신청인의 답변은 연방정부의 민권법이 준수되고 있는지 결정하는데 도움이 될 것입니다. 이 자료는 신청인의 신청서를 검토할 때는 사용되지 **않습니다**. 신청인은 이 자료를 제공하지 않아도 됩니다; 자료를 제공하지 않을지라도 신청인의 신청서 검토에는 어떠한 영향도 미치지 않습니다. DHS 는 Title VI of the Civil Rights Act of 1964(민권법)에 따라 이와같은 자료를 물을 수 있습니다.

- 민족적 배경 (하나를 고르시오): 히스패닉 또는 라티노 히스패닉이나 라티노가 아님
- 인종적 배경 (하나 이상 고를 수 있음): 흑인 또는 아프리카계 미국인 아시아인 백인
- 미 인디언 또는 알래스카 원주민 하와이 원주민 또는 기타 태평양 제도 계열

신청인이 이 양식에 제공한 자료는 연방정부, 주정부 및 지방 담당관, 그리고 주정부의 소득 및 수혜자격 확인 시스템에 의하여 확인 및 검토를 받게 될 것입니다. 이 자료는 또한 미 연방 시민권 및 이민국에 확인을 위해 제출될 수도 있습니다.

보상액 “양도” 공공 보조금 수혜자격을 얻기 위해서는, 신청자는 신청자가 받는 모든 금전, 또는 다음과 같은 곳으로부터 받게되는 권리를 사회복지부(Department of Human Services - DHS)에서 갖도록 양도하지 않으면 안됩니다: 1) 개인적인 건강보험, 그리고 2) 사회복지부가 부상에 관련하여 지불한 비용에 대한 책임이 있거나, 또는 있을 지도 모르는, 다른 사람 또는 다른 출처

이 양식에 서명함으로써, 신청인은 사회복지부(Department of Human Services)에 신청인의 공공 보조금으로 보상되는 모든 사람의 이들 지급액에 대한 모든 권한을 “양도”하기로 동의합니다. 이는 신청인 자신과 다른 식구를 의미합니다.

이 양식에 서명함으로써, 신청인은 사회복지부(Department of Human Services)가 이들 지급액을 찾아서 입수할 수 있도록 도울 것을 동의합니다. 사회복지부가 취할 수 있는 지급액에는 한도 액수가 있습니다. 취할 수 있는 액수는 신청인과 신청인의 가족을 위해 지급한 보조금 액수를 초과할 수 없습니다.

신청인은 또한 의료 제공자, 병원, 고용주 및 정부 기관이 의료 기록을 보험회사에 공개할 수 있음을 동의합니다. 여기에는 신청인 및 의료 보조금을 받는 다른 식구에 관한 기록이 포함됩니다. 이는 오직 지급액을 받을 목적에 한하여 허용될 것입니다.

신청인이 다른 보험을 가지고 있을 경우. 만일 신청인 또는 신청인의 식구가 다른 보험을 가지고 있을 경우, 진료를 받기 전에 진료 제공자(의사, 진료소 또는 병원)에게 이야기하십시오. 이들 진료 제공자는 DHS 에 청구하기 전에 다른 보험회사에 먼저 청구해야 합니다.

만일 신청인에게 자녀가 있고 자녀의 다른 부모가 신청인과 살고있지 않은 경우, 신청인은 자녀의 보건 진료 보험 및 의료 현금 보조를 받기 위해 주정부의 자녀 양육비 프로그램과 협력해야할 필요가 있을지도 모릅니다. *신청인이나 신청인의 자녀에게 위협이 따른다고 생각될 경우 자녀 양육비를 신청인이 해결하려고 해서는 안됩니다.*

만일 보험이 지불해야하는 의료비를 사회복지부가 지불하는 경우, 그 금액은 회수 조치하게 될 것입니다. 예를 들면 다음과 같습니다:

- 만일 개인 보험이 지불해야하는 청구서를 사회복지부가 지불한 경우, 사회복지부는 그 금액을 그 보험회사로부터 회수할 것입니다.
- 만일 사회복지부가 청구서를 지불하고 제공자가 또 보험회사에서 받았을 경우, 사회복지부는 그 금액을 제공자로부터 회수할 것입니다.
- 만일 사회복지부가 의료비 또는 서비스 청구서를 지불하고 보험회사는 이를 위한 수표를 신청인에게 보낸 경우, 사회복지부는 그 금액을 신청인으로부터 회수할 것입니다.

쏘시얼 씨큐리티 번호 (SSN)가 요구되는 사람

연방법은 의료혜택을 신청하는 모든 사람으로 하여금 사회복지부에 쏘시얼 씨큐리티 번호를 제시하도록 규정하고 있습니다.

이 규정은 Citizen/Alien Waived Emergent Medical program(내/외국인 규정면제 응급 의료 프로그램)이나 오레곤 자립안(OPD)을 통한 응급 의료 혜택만을 신청하는 사람 또는 혜택을 신청하지 **않는** 사람에게는 적용되지 않습니다.

DHS 의 쏘시얼 씨큐리티 번호(SSN) 사용 및 공개

사회복지부는 신청자의 SSN 을 다음과 같은 경우에 사용하게 됩니다:

- 신청인이 수혜자격이 있는지 결정하는데 도움을 주기 위해
- 신청자의 수입, 기타 자산을 확인하고; IRS, 메디케이드, 자녀 양육비, 쏘시얼 씨큐리티 및 실직자 혜택과 같은 다른 주 및 연방정부 기록에 부응하기 위하여
- 신청하는 혜택 프로그램의 기금 제공처가 요구하는 총체적인 자료 또는 기록을 마련하기 위하여

DHS 의 신청자 SSN 사용 또는 공개:

- 신청하는 혜택 또는 혜택을 받는 프로그램 운영에 필요한 경우
- 업무의 질적 평가 및 개선 실시를 위하여
- 정확한 액수의 지급액을 확인하고 초과된 혜택을 회수하기 위하여
- 어느 누구도 한 가구 이상에서 혜택을 받는 일이 없도록 확인하기 위하여

연방 법률 42 USC 1320b-7(a) and (b), 7 USC 2011-1036,

42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920 및 42 CFR 457.340(b)

DHS 규정 OAR 461-120-0210

치료 목적을 위한 특정 보건 보안 자료의 교환

오레곤 주법 (ORS 192.518 ~ 192.526)은 관리진료 보험이 신청자에게 행동적 또는 신체적 보건 진료를 제공하고 있을 때, DHS 와 관리진료 보험으로 하여금 다음과 같은 보건 보안 자료를, 여러분의 허가 없이도, 치료 활동 목적으로 관리진료 보험과 공유하도록 허용합니다:

- 신청인 이름 및 메디케이드 수혜자 번호
- 신청인의 병원 제공자 또는 주치의 이름
- 신청인의 진료 제공자 메디케이드 번호
- 신청인에 대한 진단
- 신청인에게 제공된 진료에 관한 다음과 같은 자료:
 - 진료 날짜
 - 진료에 제공된 단위 수량
 - 절차 및 세입 부호
 - 약물치료 처방 및 관찰 자료

재산권 청구에 대한 진술. 이 양식에 서명함으로써, 신청인은 사회복지부가 (ORS 414.105 에 명시된 바와 같이) 신청인의 재산으로 부터 금전을 취할 수 있다는 것을 이해합니다. 취할 수 있는 액수는 일반적으로 신청자가 55 세 이후에 받은 (장기가료를 포함한) 의료 혜택의 액수와 같습니다. 여기에는 실제 제공된 의료 진료의 액수에 상관 없이 신청자를 위해 오레곤 건강 계획(보험)을 통하여 관리 진료 제공자에게 지급한 인원별 지급액이 포함됩니다. 만일 신청인이 사망시에 (OAR 461-135-0832 에 명시된 바와 같이) 영구적으로 공공시설에 수용되었을 경우, 55 세 이전에 지급된 의료 혜택을 회수할 수도 있습니다. 회수는 메디케어 파트 D 보상에 의하여 요구되었던 처방약품 혜택을 위하여 지급된 금액을 포함하여 모든 나이에 받았던 상당수의 현금 혜택에도 발생할 수 있습니다. 이 금전은 신청인의 사망시에 신청인의 자산으로부터 취해질 수 있습니다. 신청인에게 생존 배우자가 있을 경우, 이러한 요구는 그 배우자의 사망시까지 연기됩니다. 만일 21 세 이하의 생존 자녀가 있을 경우, 또는 생존 자녀가 시각 장애자나 장애자일 경우, 재산권에 대한 청구는 없을 것입니다 (ORS 115.125.)

권리 및 책임. 본인은 위에 설명된 본인의 권리와 책임을 읽고 이해하며, SDS 0539R 또는 DHS 0415R 사본을 가지고 있습니다.

본인은 본인이 이 신청서에 제공한 자료가 사실이며, 본인의 지식과 믿음에 따라 최선을 다한 정확하고 완벽한 것임을 맹세합니다. 거짓 진술이나 자료를 고의적으로 알리지 않았을 경우에는 주법 및 연방법에 따라 처벌을 받게됨을 알고 있습니다.

세대주의 합법적 정식 서명

날짜:

배우자의 서명

날짜: