

신청자 정자체로 명확하게 기재하고 어두운 음영 부분은 작성하지 마십시오.

이름, 중간 이름, 성			집 전화		
주택 주소 도로명	아파트 아니요	시	주	우편번호	카운티
이 주소지는 셀터입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					
우편 주소 도로명/사서함 (위와 다를 경우)	아파트 아니요	시	주	우편번호	카운티

이름 본인의 이름을 먼저 기재하고, 별명과 결혼 전 성도 기재하십시오. 모든 자녀를 기재하기 위해 필요한 경우 추가 용지를 첨부하십시오.

이름, 중간 이니셜, 성	생년월일 (월/일/연도)	성별	소셜 시큐리티 번호	인종/민족 (아래의 코드를 참조하십시오)
본인				
배우자				
자녀*				
자녀*				

*18세 미만인 경우. 인종/민족 소속 코드: **B:** 흑인, 비 히스패닉계 **W:** 백인, 비 히스패닉계 **H:** 히스패닉계 **A:** 아시아 또는 태평양 군도 **I:** 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민 **U:** 알 수 없음 **O:** 기타

시민권 정보

미국 시민입니까? 예 아니요
아니요인 경우, 적절한 이민 신분을 갖추고 있습니까? 예 아니요 해당되는 경우, 외국인 등록 번호, 등록 일자 및 입국 일자를 기재하십시오.

외국인 등록 번호	등록 일자(DOS)	입국 일자(DEC)
-----------	------------	------------

배우자는 미국 시민입니까? 예 아니요
아니요인 경우, 배우자가 적절한 이민 신분을 갖추고 있습니까? 예 아니요 해당되는 경우, 외국인 등록 번호, 등록 일자 및 입국 일자를 기재하십시오.

외국인 등록 번호	등록 일자(DOS)	입국 일자(DEC)
-----------	------------	------------

MEDICARE 정보

신청자 Medicare 번호(적색 및 청색 Medicare 카드 기준)	
Medicare 파트 A를 보유하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	발효일
Medicare 파트 B를 보유하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	발효일
배우자 Medicare 번호(적색 및 청색 Medicare 카드 기준)	
배우자가 Medicare 파트 A를 보유하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	발효일
배우자가 Medicare 파트 B를 보유하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 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 \$
------	-------------

귀하 또는 배우자가 신탁 수혜자에게 지급액을 받고 있거나 신탁 수혜자입니까? 예 아니요

납부자:	가치 \$
------	----------

소득

다음과 같은 모든 가용 소득을 아래에 기재하십시오: 급여, 임금, 연금, 사회 보장, 퇴직금, 임대 또는 사업 소득 등. 필요한 경우, 추가 용지를 첨부하여 모든 소득원을 기재하십시오.

신청자, 배우자 또는 18세 미만의 자녀 성명	금액 제공자는 누구입니까? (이름/소득원)	해당 금액?	빈도 (주 1회, 2주 1회, 월 1회, 기타)

어떤 언어로 통지서를 받으시겠습니까? 영어로만 스페인어 및 영어

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.

서명

신청자/대리인 서명	날짜
배우자 서명	날짜
대리인 주소	
시	주
우편번호	
전화번호	관계

유의사항

신청서 작성

모든 문항에 답변해 주십시오. 귀하가 결혼하였으며 배우자와 함께 거주하는 경우 신청서상 “본인”과 “배우자”란의 문항을 모두 작성해야 합니다.

신청서에 서명하고 날짜를 기록해 주십시오.

부부가 모두 신청하는 경우, 둘 다 MSP 신청서에 서명해야 합니다.

다음 확인 문서를 포함하십시오.

해당 목록을 검토하고 Medicaid 프로그램에 대해 MSP의 자격이 주어지는지 결정하기 위해 제공해야 할 서류를 제출해야 합니다.

Medicare 보험료의 소급 상환을 요청할 경우, 이전 3개월 기간 동안의 소득 증빙을 보내야 합니다. 신청인 배우자가 있는 경우, 배우자 또한 해당 서류를 제출해야 합니다.

- 귀하의 Medicare 카드의 **앞면과 뒷면 사본**.
- **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.
- **생년월일 증빙:** 주 운전 면허증, 미국 출생증명서, 영주권 카드(“그린카드”) 또는 뉴욕 주 혜택 신분증명서.
- **거주 증빙:** 임대인으로부터 받은 자택 주소가 있는 임대차 계약/서신/임대 영수증, 운전 면허증(6개월 이내에 발행된 경우), 유틸리티 청구서(가스, 전기, 전화, 케이블, 연료 또는 수도), 주소가 있는 정부 ID 카드, 재산 세금 기록 또는 대출 명세서 또는 소인이 찍힌 봉투 또는 엽서(사서함에 전송될 경우 사용 불가)
- U.S. 시민이 아닌 경우 귀하의 현재 이민 신분을 나타내는 서류를 제출해야 합니다.

신청서 및 증빙 서류를 본인의 지역 사회 복지부(LDSS) 또는 인적자원관리부(HRA)에 우편으로 보내십시오. 본인 카운티 내의 주소는 다음에서 확인하십시오. http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

조건, 권리 및 책임

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

폐널티

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.

변경사항

본 신청서의 정보에 변화가 생길 시 이를 즉각 보고한다는 점에 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. 소셜 시큐리티 번호는 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 적절한 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.

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

본인은 신청서를 철회하는 데 동의합니다.

신청자 서명	날짜
--------	----

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