



## EPIC란?

Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage(EPIC) 프로그램은 New York State Department of Health 에서 관리하는 프로그램입니다. 노령자에게 Medicare Part D가 보장하는 처방약에 대해 **Part D 공제액을 제외한 공동부담금**을 지원합니다. EPIC는 또한 Medicare Part D에서 제외된 의약품도 다수 보장합니다.

- **부담금 플랜** 가입자는 소득에 따라 EPIC에 연간 부담금을 납부합니다. EPIC 공동부담금은 의약품 비용에 따라 \$3 ~ \$20입니다. Medicare에서 최대 추가 지원을 받고 있는 경우 EPIC 부담금이 면제됩니다.
- **공제액 플랜** 가입자는 의약품에 대한 EPIC 공동부담금을 납부하기 전에 자신의 소득에 따라 연간 최종본인부담 공제액을 제외해야 합니다.

EPIC는 또한 연 소득이 \$23,000(미혼인 경우) 또는 \$29,000(기혼인 경우) 미만인 가입자에 대해 최대 기본 플랜 금액까지 Medicare Part D 플랜 보험료를 지급합니다.

소득이 더 높은 가입자는 Part D 플랜 보험료를 본인이 부담해야 합니다.

- 이러한 가입자의 부담을 줄여주기 위해 EPIC 공제액은 Medicare Part D 기본 플랜의 연비용만큼 인하됩니다.
- 공제액 플랜 일람표의 음영 부분에 있는 소득에 대한 EPIC 공제액은 제시된 금액보다 적습니다.

## 가입 대상

- 65세 이상의 New York State 거주자로서 연소득이 \$75,000(미혼) 또는 \$100,000(기혼) 이하인 경우
- Medicaid 초과 소득 프로그램 가입이 가능한 노령자로 Medicaid 전액 혜택을 받지 않는 경우

## Medicare Part D 등록

**EPIC 혜택을 받기 위해 모든 EPIC 가입자는 Part D가 있어야 합니다.** EPIC는 적절한 주 정부 의약 처방 지원 프로그램이기 때문에 가입자는 EPIC에 가입한 연도에 Part D 플랜에 등록할 수 있습니다. 또한 1년 중 한 번 Medicare Part D 플랜을 변경할 수 있습니다.

## ‘추가 지원’으로 비용을 절약할 수 있습니다.

EPIC는 소득 기준에 부합하는 경우 노령자를 대신하여 추가 지원을 신청하기 위해 이 신청서의 정보를 사용하며 EPIC 가입 여부를 결정하기 위해 1-3번의 정보만을 사용합니다.

- 기존에 추가 지원을 받고 있는 고령자는 사회보장국에서 발행한 양식의 결정문 복사본을 보낼 수 있습니다.
- 추가 지원이 승인되면 고령자는 적은 금액의 공동부담금을 부담하게 되며 Medicare Part D 보장 갭의 적용을 받지 않습니다. Medicare와 EPIC가 Part D 플랜 보험료의 전액 또는 대부분을 지불합니다.

## 신청 방법

- 신청서를 작성하여 서명한 후 다음 주소로 우편 발송해 주십시오.
- 동거하고 있는 본인과 배우자의 총소득을 기입해야 하며(둘 중 한 명만 신청하는 경우라도) 두 명 모두 신청서에 서명해야 합니다.
- 배우자와 별거 중이든 동거 중이든 동일한 양식을 사용할 수 있습니다. 독신, 이혼, 사별, 별거 중인 경우(예: 요양원 거주 등) ‘미혼’에 체크해 주십시오. 배우자가 같은 곳에 거주하는 경우 ‘기혼’에 체크해 주십시오.

상세한 정보는 EPIC 헬프라인 수신자부담 전화 1-800-332-3742(TTY 1-800-290-9138)번으로 전화해 주시기 바랍니다.

다음 주소에서 신청서 다운로드: [http://health.ny.gov/health\\_care/epic/application\\_contact.htm](http://health.ny.gov/health_care/epic/application_contact.htm)  
언어 버전을 선택하시거나

다음으로 신청서를 보내십시오; EPIC

P.O. Box 15018

Albany, New York 12212-5018

## 전년도 소득

1-3번은 EPIC 결정을 위한 목적으로만 사용됩니다. 기혼이고 배우자와 동거 중이라면 두 사람 모두의 정보를 기입하십시오. 이 페이지 뒷면의 EPIC 요율 일람표와 3번 금액을 대조하여 소득, 연간 부담금 또는 연간 공제액을 기준으로 플랜을 결정해 주십시오.

## 추가 지원 대상

이미 Medicare Savings Program에 가입되어 있는 고령자는 자동으로 추가 지원을 받을 수 있습니다. 결정문을 1부 보내주십시오. 대상인 경우 4~22번을 생략할 수 있습니다.

## 현재 월간 소득

- 4-9번. 사회보장연금, 재향 군인 수당 등 유형별로 공제 전 현재 월간 소득을 기입해 주십시오. 매월 금액이 변경되는 경우 각 번호에 지난 12개월 동안의 평균 월간 소득을 추정해 기입해 주십시오. 임금 및 자영업, 이자 소득, 배당금, 공공 보조금, 의료비 상환 또는 위탁 양육 수당은 포함하지 마십시오. 해당 번호에 기입할 소득이 없는 경우 \$0을 기입해 주십시오.
- 8A번. 본인 또는 배우자가 5번에 기입한 기타 소득 유형(예: 위자료, 당기 임대소득, 산재보험, 개인 또는 국가 장애급여 등)을 지정해 주십시오.
- 10번. 지난 2년 동안 4-8번에 기입했던 금액이 감소했는지 여부를 기입해 주십시오.

## 자산

- 11-14번. 본인과 배우자(기혼이며 동거하는 경우) 또는 둘 모두 소유하고 있는 은행 계좌, 투자 자본 또는 현금의 현재 잔액(또는 추정치)을 기입해 주십시오. 본인과 다른 사람과 함께 소유하고 있는 현금 또는 투자 자본을 포함해 주십시오. **집, 차량, 매장지, 개인 소유물 또는 사회 보장 또는 사회 보장 수당(SSI)의 체납액은 포함하지 마십시오. 해당되지 않는 경우 각 번호에 \$0을 기입해 주십시오.**

## 기타 비용과 수익

미혼인 경우 소득과 자산을 기준으로 질문(12-14번)에 답해 주십시오. 기혼이고 배우자와 동거 중이며 해당되는 경우 합산 소득과 자산을 기준으로 질문(12-14번)에 답해 주십시오.

- 15번. 자산 항목의 (8-10)번 질문에 기입한 투자 자본에서 얻은 현금이 본인 또는 배우자의 장례 비용 또는 매장 비용으로 사용될 것으로 예상되는 경우 예에 체크해 주십시오. 그렇지 않으면 아니요에 체크해 주십시오.
- 16번. 본인 또는 배우자가 본인의 집 이외의 부동산 (예: 여름 별장, 임대 부동산 또는 집과 분리된 미개발 토지)을 소유하고 있는 경우 예에 체크해 주십시오. 그렇지 않으면 아니요에 체크해 주십시오.
- 17번. 동거 중인 가족 중 본인 또는 배우자가 생활에 필요한 금액의 최소 절반을 지원해야 하는 사람 수를 기입해 주십시오. 동거 중인 가족에는 혈연, 결혼 또는 입양을 통해 본인과 관련된 모든 사람이 포함될 수 있습니다. 이 질문에 해당되지 않는 경우 0을 입력해 주십시오.

**본인과 배우자(동거 중인 경우)가 지난 2년 동안 일한 경우에만 질문 18-22번에 답변해 주십시오. 해당되지 않는 경우 질문 18-22번을 비워 두십시오.**

- 18번. 이번 연도의 본인 또는 배우자의 **세금 및 공제 전 급여**로 예상되는 금액을 기입해 주십시오.
- 19번. 자영업자인 경우 이번 연도의 본인 또는 배우자의 순 소득 또는 손실로 예상되는 금액을 기입해 주십시오. 손실이 예상되는 경우 음수를 기입해 주십시오.
- 20번. 지난 2년 동안 18번 또는 19번에 기입했던 금액이 줄었다면 예에 체크해 주십시오. 그렇지 않으면 아니요에 체크해 주십시오.
- 21번. 일을 그만두었거나 그만둘 계획이 있는 경우 해당 월과 연도(MM/YYYY)를 기입해 주십시오. 본인 또는 배우자가 계속 일할 계획이라면 비워 두십시오.
- 22번. 본인 또는 배우자가 배우자가 일하는 데 드는 비용을 지불하는 경우에는 예, 아닌 경우에는 아니요에 체크해 주십시오. 여기서 지불 비용이란 다음을 말합니다. 휠체어, 질병 치료 및 약 비용, 개인 보조 서비스, 차량 개조 또는 기타 이송 서비스, 업무 관련 보조 기술, 안내견 비용, 감각 및 시각 보조 장치, 점자 번역 미혼 또는 배우자가 65세 이상인 경우 해당 사항 없음에 체크해 주십시오.
- 23번. 이미 '추가 지원' 혜택을 받고 있는 경우 결정문 1부를 첨부해 주십시오.



**‘추가 지원’ 결정: 총 현재 월 소득을 기입해 주십시오.**

EPIC는 본인을 대신하여 연방 혜택인 ‘추가 지원’을 신청하기 위해 4-22번의 답변을 사용합니다. 법률상 EPIC 혜택을 받는데 필수인 사항입니다. 이미 ‘추가 지원’ 혜택을 받으셨다면 4-22번을 건너뛰고 23번으로 진행하여 결정문을 제출할 것임을 표시하십시오.

현재 월간 금액	본인 소득	배우자 소득
(소득이 없는 경우 \$0 기입)		
4. 월간 공제 전 사회보장연금	\$ _____	\$ _____
5. 월간 공제 전 철도노후연금	\$ _____	\$ _____
6. 월간 공제 전 재향 군인 수당	\$ _____	\$ _____
7. 월간 금액 – 공제 전 기타 생활보조금 및 연금 (아래 자산 섹션에 기입된 금액은 포함하지 않음)	\$ _____	\$ _____
8. 월간 금액 – 위에 열거되지 않은 기타 소득 (위자료, 당기 임대소득, 산재보험, 개인 또는 국가 장애급여 포함)	\$ _____	\$ _____
<b>8A. 기타 소득의 유형 지정(8번):</b>	_____	_____
9. 총 월간 소득(위 4번 및 8번합계)	\$ _____	\$ _____

본인의 수입이 신청 중인 해당 연도의 ‘추가 지원’ 한도를 초과한다면 ([http://health.ny.gov/health\\_care/epic/medicare.htm](http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm)의 EPIC 웹사이트 또는 <http://www.ssa.gov>의 사회보장국 웹사이트 참조) 10-22번을 건너뛰어 진행해 주십시오. 인터넷을 이용할 수 없는 경우 다음 번호로 EPIC 헬프라인에 문의해 주십시오. 1-800-332-3742 (TTY 1-800-290-9138).

10. 지난 2년 동안 4-8번에 기입했던 금액이 줄었습니까?  예  아니요
11. 은행 계좌 – 현재 총 잔고(당좌 예금, 저축, 단기금융시장, 예금 증서) \$ \_\_\_\_\_
12. 주식, 채권, 저축 채권, 뮤추얼 펀드 개별 퇴직 계좌 또는 기타 유사한 투자 \$ \_\_\_\_\_
13. 집 또는 다른 곳에 보관한 현금 \$ \_\_\_\_\_
14. 총 자산(11-13번 추가) \$ \_\_\_\_\_

본인의 자산이 신청 중인 해당 연도의 ‘추가 지원’ 한도를 초과한다면 ([http://health.ny.gov/health\\_care/epic/medicare.htm](http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm)의 EPIC 웹사이트 또는 CMS 웹사이트에서 유사 정보 참조) 15-22번을 건너뛰어 진행해 주십시오.

15. 자산은 매장이거나 장례비로 사용될 예정입니까?  예  아니요
16. 집 말고도 부동산을 소유하고 있습니까?  예  아니요
17. 동거 중인 가족 중 본인 또는 배우자가 생활에 필요한 금액의 최소 절반을 지원해야 하는 사람은 몇 명입니까? (본인과 배우자는 포함하지 마십시오) \_\_\_\_\_
18. 이번 연도의 세금 및 공제 전 급여는 얼마라고 예상하십니까? 본인: \$ \_\_\_\_\_ 배우자: \$ \_\_\_\_\_
19. 자영업자인 경우 이번 연도의 순 소득 또는 손실은 얼마라고 예상하십니까? 본인: \$ \_\_\_\_\_ 배우자: \$ \_\_\_\_\_
20. 지난 2년 동안 18번 또는 19번에 기입했던 금액이 줄었습니까?  예  아니요
21. 최근에 일을 그만두었거나 일을 그만둘 계획이라면 월과 연도를 기입해 주십시오.(예: 09/2018) 본인: \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_ 배우자: \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_

**22. 본인의 배우자가 65세 미만이고 시각 장애인이거나 장애가 있는 경우**

본인 또는 배우자가 배우자가 일하는 데 필요한 비용을 지불합니까?  예  아니요  해당 사항 없음

**23. 이미 Medicare Savings Program에 가입되어 있고 ‘추가 지원’**

혜택을 받고 있는 경우 결정문 1부를 첨부했습니까?  예  아니요  해당 사항 없음

이 신청서 작성에 도움을 준 사람이 있는 경우 그 사람의 이름, 주소, 전화 번호를 기입해 주십시오.

이름(정자체)

전화번호(지역 번호 포함)

( )

우편 주소

시/주/우편번호

**다음 내용을 자세히 읽고 아래에 서명해 주십시오.**

본인은 본 신청서에 기입된 정보가 정확함을 보증합니다. 본인은 New York State에 거주하고 있으며 현재 Medicaid 전액 혜택을 받고 있지 않습니다. 본인은 본인의 연령, 소득, 거주지, Medicare 상태 및 Medicare Part D 의약품 플랜(해당되는 경우)의 증빙을 제출해야 한다는 것을 알고 있습니다. 본인은 또한 EPIC에 가입하기 위해서는 Medicare Part D 의약품 플랜에 등록해야 한다는 것을 알고 있습니다. 본인은 Part D 플랜 또는 Medicare 보조금(추가 지원)(대상인 경우) 등록에 필요한 식별 정보를 제출하지 않으면 EPIC 보장이 종료될 수 있음을 이해하고 있습니다. 본인은 EPIC, Social Security Administration(사회보장국), Medicare, NYS Medicaid 프로그램, NYS Tax Department(NYS 세무당국), Medicare Part D 의약품 플랜 및 기타 관련 기관이 본인이 대상인지 확인하는 데 필요한 모든 정보를 교환하는 것에 동의합니다. EPIC에 의한 중복 또는 초과 지급 시, 본인은 Part D 또는 정부 플랜에 따라 본인이 받게 되는 모든 의약품 혜택을 EPIC에게 양도합니다. 본인은 본인의 담당 의료기관에게 지급, 감사 또는 관련 의료 행위에 사용할 목적으로 처방 및/또는 진단과 관련된 본인의 의료 정보를 EPIC 프로그램에 공개할 권한을 부여합니다.

본인(그리고 동거 중인 경우 배우자)은 아래에 서명해야 합니다.

본인 서명(법정 대리인)

날짜

배우자 서명(법정 대리인)

날짜

**주의: 만약 ‘추가 지원’을 받을 수 있는 대상이며 4-22번을 작성하지 않았거나 사회보장국에서 발행한 결정문 1부를 제출하지 않았다면 신청서를 제출하지 않은 것으로 간주합니다.**

작성된 양식을 다음 주소로  
우편 발송해 주십시오.

EPIC  
P.O. Box 15018  
Albany, NY 12212-5018



EPIC  
Elderly Pharmaceutical  
Insurance Coverage  
Program

또는 팩스를 다음 번호로 보내주십시오. (518) 452-3576

연 소득	연간 부담금
최대 \$ 6,000	\$8
\$ 6,001 - \$ 7,000	\$16
\$ 7,001 - \$ 8,000	\$22
\$ 8,001 - \$ 9,000	\$28
\$ 9,001 - \$10,000	\$36
\$10,001 - \$11,000	\$40
\$11,001 - \$12,000	\$46
\$12,001 - \$13,000	\$54
\$13,001 - \$14,000	\$60
\$14,001 - \$15,000	\$80
\$15,001 - \$16,000	\$110
\$16,001 - \$17,000	\$140
\$17,001 - \$18,000	\$170
\$18,001 - \$19,000	\$200
\$19,001 - \$20,000	\$230
\$20,000 초과	공제액 플랜 참조

합산 연 소득	연간 부담금 (개별)
최대 \$ 6,000	\$8
\$ 6,001 - \$ 7,000	\$12
\$ 7,001 - \$ 8,000	\$16
\$ 8,001 - \$ 9,000	\$20
\$ 9,001 - \$10,000	\$24
\$10,001 - \$11,000	\$28
\$11,001 - \$12,000	\$32
\$12,001 - \$13,000	\$36
\$13,001 - \$14,000	\$40
\$14,001 - \$15,000	\$40
\$15,001 - \$16,000	\$84
\$16,001 - \$17,000	\$106
\$17,001 - \$18,000	\$126
\$18,001 - \$19,000	\$150
\$19,001 - \$20,000	\$172
\$20,001 - \$21,000	\$194
\$21,001 - \$22,000	\$216
\$22,001 - \$23,000	\$238
\$23,001 - \$24,000	\$260
\$24,001 - \$25,000	\$275
\$25,001 - \$26,000	\$300
\$26,000 초과	공제액 참조



**EPIC**  
Elderly Pharmaceutical  
Insurance Coverage  
Program



# EPIC 요율 일람표

# 공제액 플랜 일람표

음영 부분 - 본인의 EPIC 공제액은 표시된 금액 이하입니다.

연 소득	연간 공제액
\$20,000 이하	부담금 플랜 참조
\$20,001 - \$21,000	\$530
\$21,001 - \$22,000	\$550
\$22,001 - \$23,000	\$580
\$23,001 - \$24,000	\$720
\$24,001 - \$25,000	\$750
\$25,001 - \$26,000	\$780
\$26,001 - \$27,000	\$810
\$27,001 - \$28,000	\$840
\$28,001 - \$29,000	\$870
\$29,001 - \$30,000	\$900
\$30,001 - \$31,000	\$930
\$31,001 - \$32,000	\$960
\$32,001 - \$33,000	\$1,160
\$33,001 - \$34,000	\$1,190
\$34,001 - \$35,000	\$1,230
\$35,001 - \$36,000	\$1,260
\$36,001 - \$37,000	\$1,290
\$37,001 - \$38,000	\$1,320
\$38,001 - \$39,000	\$1,350
\$39,001 - \$40,000	\$1,380
\$40,001 - \$41,000	\$1,410
\$41,001 - \$42,000	\$1,440
\$42,001 - \$43,000	\$1,470
\$43,001 - \$44,000	\$1,500
\$44,001 - \$45,000	\$1,530
\$45,001 - \$46,000	\$1,560
\$46,001 - \$47,000	\$1,590
\$47,001 - \$48,000	\$1,620
\$48,001 - \$49,000	\$1,650
\$49,001 - \$50,000	\$1,680
\$50,001 - \$51,000	\$1,710
\$51,001 - \$52,000	\$1,740
\$52,001 - \$53,000	\$1,770
\$53,001 - \$54,000	\$1,800
\$54,001 - \$55,000	\$1,830
\$55,001 - \$56,000	\$1,860
\$56,001 - \$57,000	\$1,890
\$57,001 - \$58,000	\$1,920
\$58,001 - \$59,000	\$1,950
\$59,001 - \$60,000	\$1,980
\$60,001 - \$61,000	\$2,010
\$61,001 - \$62,000	\$2,040
\$62,001 - \$63,000	\$2,070
\$63,001 - \$64,000	\$2,100
\$64,001 - \$65,000	\$2,130
\$65,001 - \$66,000	\$2,160
\$66,001 - \$67,000	\$2,190
\$67,001 - \$68,000	\$2,220
\$68,001 - \$69,000	\$2,250
\$69,001 - \$70,000	\$2,280
\$70,001 - \$71,000	\$2,310
\$71,001 - \$72,000	\$2,340
\$72,001 - \$73,000	\$2,370
\$73,001 - \$74,000	\$2,400
\$74,001 - \$75,000	\$2,430
\$75,000 초과	자격 없음

합산 연 소득	연간 공제액 (개별)
\$26,000 이하	부담금 플랜 참조
\$26,001 - \$27,000	\$650
\$27,001 - \$28,000	\$675
\$28,001 - \$29,000	\$700
\$29,001 - \$30,000	\$725
\$30,001 - \$31,000	\$900
\$31,001 - \$32,000	\$930
\$32,001 - \$33,000	\$960
\$33,001 - \$34,000	\$990
\$34,001 - \$35,000	\$1,020
\$35,001 - \$36,000	\$1,050
\$36,001 - \$37,000	\$1,080
\$37,001 - \$38,000	\$1,110
\$38,001 - \$39,000	\$1,140
\$39,001 - \$40,000	\$1,170
\$40,001 - \$41,000	\$1,200
\$41,001 - \$42,000	\$1,230
\$42,001 - \$43,000	\$1,260
\$43,001 - \$44,000	\$1,290
\$44,001 - \$45,000	\$1,320
\$45,001 - \$46,000	\$1,575
\$46,001 - \$47,000	\$1,610
\$47,001 - \$48,000	\$1,645
\$48,001 - \$49,000	\$1,680
\$49,001 - \$50,000	\$1,715
\$50,001 - \$51,000	\$1,745
\$51,001 - \$52,000	\$1,775
\$52,001 - \$53,000	\$1,805
\$53,001 - \$54,000	\$1,835
\$54,001 - \$55,000	\$1,865
\$55,001 - \$56,000	\$1,895
\$56,001 - \$57,000	\$1,925
\$57,001 - \$58,000	\$1,955
\$58,001 - \$59,000	\$1,985
\$59,001 - \$60,000	\$2,015

합산 연 소득	연간 공제액 (개별)
\$60,001 - \$61,000	\$2,045
\$61,001 - \$62,000	\$2,075
\$62,001 - \$63,000	\$2,105
\$63,001 - \$64,000	\$2,135
\$64,001 - \$65,000	\$2,165
\$65,001 - \$66,000	\$2,195
\$66,001 - \$67,000	\$2,225
\$67,001 - \$68,000	\$2,255
\$68,001 - \$69,000	\$2,285
\$69,001 - \$70,000	\$2,315
\$70,001 - \$71,000	\$2,345
\$71,001 - \$72,000	\$2,375
\$72,001 - \$73,000	\$2,405
\$73,001 - \$74,000	\$2,435
\$74,001 - \$75,000	\$2,465
\$75,001 - \$76,000	\$2,495
\$76,001 - \$77,000	\$2,525
\$77,001 - \$78,000	\$2,555
\$78,001 - \$79,000	\$2,585
\$79,001 - \$80,000	\$2,615
\$80,001 - \$81,000	\$2,645
\$81,001 - \$82,000	\$2,675
\$82,001 - \$83,000	\$2,705
\$83,001 - \$84,000	\$2,735
\$84,001 - \$85,000	\$2,765
\$85,001 - \$86,000	\$2,795
\$86,001 - \$87,000	\$2,825
\$87,001 - \$88,000	\$2,855
\$88,001 - \$89,000	\$2,885
\$89,001 - \$90,000	\$2,915
\$90,001 - \$91,000	\$2,945
\$91,001 - \$92,000	\$2,975
\$92,001 - \$93,000	\$3,005
\$93,001 - \$94,000	\$3,035
\$94,001 - \$95,000	\$3,065
\$95,001 - \$96,000	\$3,095
\$96,001 - \$97,000	\$3,125
\$97,001 - \$98,000	\$3,155
\$98,001 - \$99,000	\$3,185
\$99,001 - \$100,000	\$3,215
\$100,000 초과	자격 없음

미혼

기혼