

건강 보험 신청



Medi-Cal 등 저비용 건강 보험의 최종 목적지



목 차

알아야 할 사항	1
신청	2-19
첨부 문서 A-F	20-28
자주 묻는 질문 (FAQ)	29-33

Covered California는 신청인과 가족들이 저렴한 건강 보험을 구입할 수 있는 곳입니다. 단 한번의 신청으로 Medi-Cal 등 무료 또는 저비용의 건강 보험의 가입 자격이 되는 지 알 수 있습니다.

California 주에서 여러분과 가족의 건강 보험 가입에 도움을 주기 위해 Covered California™를 만들었습니다.

의료 보험의 가입은 여러분에게 마음의 평화를 가져다 주어 여러분이 건강한 삶을 살 수 있게 하는데 일조합니다. 보험이 필요할 때 여러분과 가족이 건강 보험에 가입할 수 있다는 것을 알게 됩니다.

본 신청서는 다음 중 어떤 보험에 가입자격이 되는지 알기 위해 사용할 수 있습니다.

- Medi-Cal 무료 또는 저비용의 보험
 - 유아 및 산모 액세스(AIM)의 저비용 임신부 보험
 - 저비용의 건강 보험 플랜
 - 건강 보험 납부 지원
- ➔ \$94,000이 되더라도 무료 또는 저비용 프로그램의 수혜 자격이 될 수 있음.
- ➔ 현재 보험에 가입된 가족을 위해서도 본 신청서를 사용할 수 있음.

CoveredCA.com에서 Covered California를 보다 신속하게 신청합니다

전화: 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)
월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m.

다른 언어로 된 신청서도 제공합니다

Español	1-800-300-0213
繁體字	1-800-300-1533
Tiếng Việt	1-800-652-9528
한국어	1-800-738-9116
Tagalog	1-800-983-8816
Русский	1-800-778-7695
Հայերեն	1-800-996-1009
فارسی	1-800-921-8879
ភាសាខ្មែរ	1-800-906-8528
Hmoob	1-800-771-2156
العربية	1-800-826-6317

큰 사이즈 인쇄와 같은 다른 형식의 신청서를 구하시려면 1-800-738-9116으로 연락합니다.



알아야 할 사항

신청 시 알아야 할 사항

- 보험을 필요로 하는 미국 시민 신청인의 사회 보장 번호, 또는 이민자의 신분예에 관한 증빙 자료 미국 시민 또는 이주 신분 증명은 신청인에게만 요구됨.
 - 세대원의 고용주 및 소득 자료.
 - 세금 납부 기록 예를 들어, 세대주로서 세금을 신고하는 자 및 과세 기준의 부양 가족.
 - 자신 또는 가족의 직업 건강 보험에 관한 자료.
- ➔ 여러분과 가족이 더 많은 혜택을 누릴 수 있도록 소득 등에 관한 자료가 요구됩니다.
- ➔ **여러분의 자료는 법적 보호하에 사적 기밀을 유지하고 안전하게 보관됩니다.**
해당 자료는 건강 보험의 자격 여부를 알기 위해서만 사용됩니다.
- ➔ 이민자를 포함한 가족들이 신청할 수 있습니다. 건강 보험의 수혜 자격에 해당되지 않더라도 신청할 수 있습니다. 해당 자격이 있는 자녀를 신청하더라도 이주 신분 또는 영주권자나 시민이 될 수 있는 기회에는 영향을 끼치지 않습니다.
- ➔ 세금을 신고하지 않는 경우에도 Medi-Cal을 통한 무료 또는 저비용 보험의 자격에 해당될 수 있습니다.
- ➔ 연방 정부에서 인정하는 아메리칸 인디언이나 알래스카 토착민으로 인디언 건강 서비스, 부족 건강 보험, 도시 인디언 건강 프로그램의 서비스를 수혜하고 있는 경우에도 Covered California를 통한 건강 보험의 자격에 해당될 수 있습니다.

보다 신속한 온라인 신청

CoveredCA.com 신청하면 안전하고 더 빨리 결과를 알 수 있습니다.

신청한 다음에는

작성하여 서명한 신청서를 다음으로 보내주세요:

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

- ➔ **요구하는 자료들이 모두 준비가 되지 않으셨더라도 신청서에 서명하여 보내주세요.** 신청 신청 과정을 마치는 데 도움을 드리기 위해 연락드릴 수 있습니다.
- ➔ **본 신청서와 함께 건강 보험 플랜 등록 비용을 보내지 마십시오.** 해당 플랜에서 부담하셔야 되는 상업 송장을 보내드립니다.

신청에 관한 도움 지원

무료로 도움을 받으실 수 있습니다.

- **온라인: CoveredCA.com**
- **전화: 고객 서비스 센터: 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500).**
무료 전화임. 월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m.
- **개인 상담: 도움을 지원하기 위해 교육 받은 공인 등록 상담원과 보험 대리인이 활동하고 있습니다. 집 또는 직장 부근의 공인 등록 상담원과 보험 대리인 명단이나 부근의 카운티 사회 복지 사무실의 목록을 알려면 CoveredCA.com을 방문하시거나 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료로 도와드립니다.**
- **장애인이시거나 필요하시다면 본 신청서의 작성을 무료로 도와드릴 수 있습니다. 현지 카운티 사회 서비스 오피스를 개별 방문하시거나 고객 서비스 센터 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요.**



도움이 필요하세요?

Covered California, **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임. 월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, **CoveredCA.com** 참고.

순서 2:

자신과 가족에 대해 알려주기

소득과 가족 규모는 적합한 프로그램을 결정하는 데 도움이 됩니다. 관련 정보를 통해 누구나 최상의 보험을 가입할 수 있도록 해드립니다.

본 신청서에 포함되어야 하는 사람들:

- 배우자
- 동거 자녀
- 자녀와 집에 동거하는 모든 부모
- 연방 소득세를 신고하는 경우, 연방 소득세 신고상 관련된 자 건강 보험의 신청을 위해 세금을 신고할 필요는 없습니다.
- ★ 다른 사람의 세금 신고상에 부양 가족으로 되어 있다면 자신과, 그리고 동거하는 가족 등 세금 신고상의 모든 세대원을 포함해야 합니다.
- ★ 동거인(예: 남자 친구, 여자 친구, 룸메이트)이 건강 보험을 필요로 할 경우, **자신의** 신청서를 제출해야 합니다.

가족 구성원 모두 순서2를 작성합니다. 본인부터 작성하시길 바랍니다.

- 신청서에 4명 이상 신청하는 경우, 추가되는 신청인마다 **6-8 페이지를 복사하여** 사용합니다.
- 제출하신 모든 자료는 법률에 의거하여 사적 기밀을 유지합니다. 해당 자료는 건강 보험의 자격 여부를 알기 위해서만 사용됩니다. 건강 보험을 신청하지 않는 가족에 대해서는 이민 상태나 사회 보장 번호 (SSN)를 제공하실 필요는 없습니다.

해당자 1 본인에 대한 정보

이름	중간 이름	성	Suffix (예: Sr., Jr., III, IV)	본인과의 관계 본인
성별: <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	성별: <input type="checkbox"/> 독신 <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 등록 동거 <input type="checkbox"/> 사별			
출생일 (월/일/연도)	임신했나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예인 경우 , 예상되는 출산 자녀 수는? _____ 분만 예정일은? _____			

건강 보험 신청 지금 보험에 가입되어 있더라도 더 좋은 보험 수혜나 저 비용 보험이 있을 수 있습니다.

- ▶ 자신의 건강 보험을 신청하십니까?
- 예 **예인 경우**, 아래의 질문들에 응답하고 4,5 페이지를 작성하세요.
 - 아니오 본인이 **아니고** 부양 가족을 신청하는 경우는 5페이지를 작성합니다.
 - 아니오 자신이나 부양 가족을 신청하는 것이 **아닌** 경우는 6페이지로 갑니다.

★ 사회 보장 번호 (SSN) ____ - ____ - ____	SSN이 없다면 그 사유는? <input type="checkbox"/> 입양 납세자 신원 번호 (ATIN) _____ <input type="checkbox"/> 개인 납세자 신원 번호 (ITIN) _____ <input type="checkbox"/> 종교 면제 <input type="checkbox"/> SSN 자격에 해당 안 됨
--	---

- ★ 건강 보험을 신청하려면 사회 보장 번호(SSN)를 제공해야 합니다. 소득 등을 확인하기 위해 사회 보장 번호(SSN)를 사용합니다. 신청하지 않더라도 SSN을 제공하면 신청 처리 과정이 빨라집니다. 본인을 신청하는 것이 아니지만 세금을 신고하고 과세 관련 세대원을 신청하는 경우에도 SSN을 제공해야 합니다.

신청하는 자가 SSN을 가지고 있지 않고 이를 갖기 위해 도움이 필요하시다면 **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하시거나 **CoveredCA.com**을 참고하세요.

해당자 1 다음 페이지 계속 ▶▶



도움이 필요하세요?

Covered California, **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임.
월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, **CoveredCA.com** 참고.

순서 2:

해당자 1 (계속)

연방 소득세 자료 세금을 신고하지 않는 경우에도 Medi-Cal 무료/저비용의 보험 수혜 자격이 될 수 있습니다. 귀하의 정보는 사적 기밀로 유지 보관합니다. 해당 자료는 건강 보험의 자격 여부를 알기 위해서만 사용됩니다.

주 세금 신고자인가요 (이름이 세금 보고서 상 첫번째임)? 예 아니오
본 신청서상의 한 명만이 세대주 세금 신고자입니다.

수혜 년도 동안 세금을 신고하나요?

예 아니오

예인 경우, 어떻게 신고하나요?

세대주 독신

기혼 신고 합산 기혼 신고 분리

귀하를 부양 가족으로 신고하는 납세자가 있나요? 예 아니오

예인 경우, 누구지요?

해당자 # _____ 입니다

이 해당자는 보호할 아이가 없는 부모임

이 해당자는 본 신청서상에 기재되지 않은 보호할 아이가 없는 부모임

다른 건강 보험이 있거나 직업을 통한 보험이 있나요? 예 아니오

예인 경우, 22, 23 페이지에 있는 첨부 문서 B를 작성하세요.

신체적, 정신적, 또는 발달 장애가 있나요?

예 아니오 장애에 관한 자세한 사항은 FAQ #27을 참고합니다.

장기 치료나 집과 지역 사회 서비스에 관해 도움이

필요하나요? 예 아니오

미국 시민 또는 미국 국적을 갖고 있나요? 예 아니오

미국 시민 또는 미국 국적을 갖고 있지 **않으면** 다음 질문에 답변하세요.

합법적 신분인가요? 예 **합법적 신분 상태 여부를 알려면 27 페이지** 첨부 문서 목록을 참고하세요. 그런 다음, 여기에 문서의 해당 내용을 기재하세요. 대부분의 경우, 문서 ID 번호는 외국인 등록 번호가 됩니다.

문서 타입: _____ ID 번호: _____

발행 카운티: _____ 유효 기일: _____

문서 상 표시 이름: _____

1996년 이후 미국에 거주하고 계시나요?

예 아니오

본인과 배우자, 또는 미혼 부양 자녀가 미국 군대 퇴역 군인이나 현재 복역중인가요?

예 아니오

메디케어 수혜자입니까?

예 아니오

지난 3개월간 도움이 필요한 의료비가 있나요?

예 아니오

19세 미만 자녀와 함께 살고 계시나요? 예 아니오

예인 경우, 자녀(들)을 부양하나요? 예 아니오

18~20세의 정규 학생인가요? 예 아니오

18~26세인가요? 예 아니오 **예인 경우**, 18세 생일에 주에서 위탁 양육 서비스를 제공받았나요? 예 아니오

18세이하인가요? 예 아니오 몇 분의 부모와 함께 살고 있나요? _____

일시적으로 거주지가 아닌 곳에서 살고 있나요? 예 아니오

지금 건강 보험 플랜을 선택하려면 을 체크 표시하고 25페이지의 첨부 문서 D를 작성하세요.

인종(민족)에 관해 알려주기 본 자료는 기밀을 유지하고 누구든지 건강 보험에 동일한 접근을 할 수 있게 하기 위해서만 사용됩니다. 자격 조건이 되는 건강 보험을 정하기 위하여 사용됩니다.

해당하는 인종(민족)은? (선택 사항; 해당 사항 모두에 체크 표시)

- | | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 백인 | <input type="checkbox"/> 아시아계 인디언 | <input type="checkbox"/> 일본인 | <input type="checkbox"/> 괌, 또는 차모르인 |
| <input type="checkbox"/> 흑인 (아프리카계) | <input type="checkbox"/> 캄보디아인 | <input type="checkbox"/> 한국인 | <input type="checkbox"/> 사모아인 |
| <input type="checkbox"/> 미국인 | <input type="checkbox"/> 중국인 | <input type="checkbox"/> 라오스인 | <input type="checkbox"/> 기타 |
| <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언, 또는 알래스카 토착민 | <input type="checkbox"/> 팔리핀인 | <input type="checkbox"/> 베트남인 | |
| | <input type="checkbox"/> 몽족 | <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 | |

히스패닉, 라틴, 또는 스페인계인가요?

(선택 사항) 예 아니오

예인 경우, 해당 사항 체크 표시:

멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노인


엘살바도르인 과테말라인

쿠바인 푸에르토리코인

기타 히스패닉, 라틴, 또는

스페인계: _____

★ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민에 해당하면 여기를 체크 표시하고 20,21페이지의 첨부 문서 A를 작성하세요.

해당자 1 다음 페이지 계속 

도움이 필요하세요?

Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임.
월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, CoveredCA.com 참고.



순서 2:

해당자 1 (계속)

현재 직업과 소득 수령 방법에 대해 알려주기 기재란이 더 필요하다면 별도 페이지를 첨부하세요.

지금 일하고 계시나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, 이 페이지의 기타 소득으로 가세요.

▶ **지금 어디에서 일하고 계시나요?** 직업이 많은 경우, 별도 페이지를 첨부함.

직업 1: 급여를 받는 방법은?	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____	<input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____
	<input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별	
	<input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	
고용주 이름 (선택 사항)		소득 수령 금액은 (세금 공제전)? \$ _____

직업 2: 소득 수령 방법은?	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____	<input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____
	<input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별	
	<input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	
고용주 이름 (선택 사항)		소득 수령 금액은 (세금 공제전)? \$ _____

▶ **자영업을 하시나요?**

직업 1: 자영업을 하시나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, 이 페이지의 기타 소득으로 가세요.

업종	이번 달 자영업 운영 순이익은 어떻게 되나요? \$ _____ 순소득은 비용 공제후 벌어들인 소득을 의미함. 27페이지 첨부 문서 E에 계상될 항목이 나열되어 있음.
----	---

직업 2: 자영업을 하시나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, 이 페이지의 기타 소득으로 가세요.

업종	이번 달 자영업 운영 순이익은 어떻게 되나요? \$ _____ 순소득은 비용 공제후 벌어들인 소득을 의미함. 27페이지 첨부 문서 E에 계상될 항목이 나열되어 있음.
----	---

▶ **기타 소득이 있으시나요?** 기타 소득은 직업 이외로 버는 돈임. 자녀 부양 수당, 퇴역 군인 수당, 보충 사회 보장 소득(SSI)은 포함하지 말 것. 기타 소득의 예를 참고하기 위해서는 27페이지 첨부 문서 E로 가세요.

기타 소득이 있으시나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, 이 페이지의 소득 변경으로 가세요.

이 소득의 원천은?	소득 수령 시기는? (하나 체크 표시)	얼마나?
	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____ <input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____ <input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별 <input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	\$ _____
	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____ <input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____ <input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별 <input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	\$ _____

▶ **달마다 소득 변화가 있나요?** 해당 사항이 있으시면 아래의 두 질문에 답변합니다.

올해 총소득 예상은? (선택 사항) (선택 사항) \$ _____	내년에 소득 변화를 예상하시면 새로운 총소득은 어떻게 될까요? (선택 사항) \$ _____
---	--

▶ **공제 사항이 있으시나요?** 연방 소득세 신고 시 공제 가능 금액을 납부하는 경우, 이를 알려주시면 건강 보험료를 줄일 수 있습니다. 자영업 비용은 포함 안 함. 27페이지 첨부 문서 E에 공제 유형이 나열되어 있음.

공제 사항이 있으시나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, 다음 페이지로 가세요.

공제 유형	공제 금액 수령 또는 지급 시기는? (하나 체크 표시)	얼마나?
<input type="checkbox"/> 이혼 수당 지급 <input type="checkbox"/> 학자금 대출 이자 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____ <input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____ <input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별 <input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	\$ _____
<input type="checkbox"/> 이혼 수당 지급 <input type="checkbox"/> 학자금 대출 이자 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____ <input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____ <input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별 <input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	\$ _____



도움이 필요하세요?

Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임.
월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, CoveredCA.com 참고.

순서 2:

해당자2 집에 살고 있는 다음 해당자에 대해 알려 주기

신청서에 4명 이상 신청하는 경우, 추가되는 신청인마다 6-8 페이지를 복사하여 사용합니다.

이름	중간 이름	성	점미사 (예: Sr., Jr., III, IV)	본인과의 관계
----	-------	---	----------------------------	---------

집 주소가 주 연락인 집 주소와 동일하면 여기를 체크 표시하세요.
동일하지 않은 경우, 아래에 집 주소 기재:

집 주소	아파트 #
------	-------

도시 이름(집 주소)	주 이름	ZIP 코드	카운티
-------------	------	--------	-----

집 주소가 없는 경우 여기를 체크 표시하세요. 아래에 우편물 수신 주소를 기재함.

우편물 수신 주소가 주 연락인 우편물 수령 주소와 동일하면 여기를 체크 표시하세요.
동일하지 않은 경우, 아래에 우편물 수신 주소 기재:

우편물 수신 주소 또는 P.O. Box (집 주소와 다른 경우)	아파트 #
-------------------------------------	-------

도시 이름(우편물 수신 주소)	주 이름	ZIP 코드	카운티
------------------	------	--------	-----

연락이 가장 잘 되는 전화 번호 <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 직장 번호: () -	다른 전화 번호 <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 직장 번호: () -
--	---

이메일 주소:

어떤 언어로 편지를 보내드릴까요?	어떤 언어로 소통하기를 원하나요?
--------------------	--------------------

성별: <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	성별: <input type="checkbox"/> 독신 <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 등록 동거 <input type="checkbox"/> 미망인
---	--

출생일 (월/일/연도)	임신 중인가요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예인 경우 , 예상되는 출산 자녀 수는? _____ 분만 예정일은? _____
--------------	--

건강 보험 신청 지금 보험에 가입되어 있더라도 더 좋은 보험 수혜나 저 비용 보험이 있을 수 있습니다.


▶ 건강 보험을 신청하고 있나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, SSN는 선택 기재 사항임.

★ 사회 보장 번호(SSN) ____ - ____ - ____	SSN이 없다면 그 사유는? <input type="checkbox"/> 입양 납세자 신원 번호 (ATIN) _____ <input type="checkbox"/> 개인 납세자 신원 번호 (ITIN) _____ <input type="checkbox"/> 종교 면제 <input type="checkbox"/> SSN 자격에 해당 안 됨
---------------------------------------	---

연방 소득세 자료 해당자가 세금을 신고하지 않았더라도 그래도 무료 또는 저비용의 Medi-Cal 보험 가입 자격이 될 수 있습니다. 해당자에 관한 정보는 사적 기밀로 유지 보관하고 건강 보험의 자격 여부를 정하기 위해서만 사용됩니다.

이 해당자가 주 세금 신고자인가요 (이름이 세금 보고서 상 첫번째임)? 예 아니오
 본 신청서상의 한 명만이 주 세금 신고자입니다.

수혜 년도 동안 이 해당자가 세금을 신고하나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예인 경우 , 어떻게 신고하나요? <input type="checkbox"/> 세대주 <input type="checkbox"/> 독신 <input type="checkbox"/> 부양 가족 <input type="checkbox"/> 기혼 신고 합산 <input type="checkbox"/> 기혼 신고 분리	이 해당자를 부양 가족으로 하는 납세자가 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예인 경우 , 누구지요? <input type="checkbox"/> 해당자# _____ 입니다 <input type="checkbox"/> 이 해당자는 보호할 아이가 없는 부모임 <input type="checkbox"/> 이 해당자는 본 신청서상에 기재되지 않은 보호할 아이가 없는 부모임
---	--

해당자2 다음 페이지 계속 

도움이 필요하세요?

Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임.
 월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, CoveredCA.com 참고.



순서 2:

해당자2 (계속)

다른 건강 보험이 있거나 직업을 통한 보험이 있나요? 예 아니오
예인 경우, 22, 23 페이지에 있는 첨부 문서 B를 작성하세요.

신체적, 정신적, 또는 발달 장애가 있나요? 예 아니오
 장애에 관한 자세한 사항은 FAQ #27을 참고합니다.

장기 치료나 집과 지역 사회 서비스에 관해 도움이 필요하나요?
 예 아니오

미국 시민 또는 미국 국적을 갖고 있나요? 예 아니오

미국 시민 또는 미국 국적을 갖고 있지 **않으면** 다음 질문에 답변하세요.

합법적 신분인가요? 예 **합법적 신분 상태 여부를 알려면**, 27 페이지 첨부 문서

목록을 참고하세요. 그런 다음, 여기에 문서의 해당 내용을 기재하세요. 대부분의 경우, 문서 ID 번호는 외국인 등록 번호가 됩니다.

문서 타입: _____ ID 번호: _____

발행 카운터: _____ 유효 기일: _____

문서 상 표시 이름: _____

1996년 이후부터 미국에 거주하고 계시나요? 예 아니오

해당자 자신과 배우자, 또는 미혼 부양 자녀가 미국 군대 퇴역 군인이나 현재 복역중인가요? 예 아니오

의료 보험을 수혜하고 있나요?

예 아니오

지난 3개월간 납부에 도움이 필요한 의료비가 있나요? 예 아니오

19세 미만 자녀와 함께 살고 계시나요? 예 아니오

예인 경우, 자녀(들)을 부양하나요? 예 아니오

18~20세의 정규 학생인가요? 예 아니오

18~26세인가요? 예 아니오

예인 경우, 18세 생일에 주에서 위탁 양육 서비스를 제공받았나요? 예 아니오

18세이하인가요? 예 아니오 몇 분의 부모와 함께 살고 있나요? _____

일시적으로 주가 아닌 곳에서 살고 있나요? 예 아니오

인종(민족)에 관해 알려주기 본 자료는 기밀을 유지하고 누구든지 건강 보험에 동일한 접근을 할 수 있게 하기
 위해서만 사용됩니다. 자격 조건이 되는 건강 보험을 정하기 위하여 사용됩니다.

인종(민족)은?(선택 사항; 해당 사항 모두에 체크 표시)

- | | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 백인 | <input type="checkbox"/> 아시아계 인디언 | <input type="checkbox"/> 일본인 | <input type="checkbox"/> 괌, 또는 차모르인 |
| <input type="checkbox"/> 흑인 (아프리카계) | <input type="checkbox"/> 캄보디아인 | <input type="checkbox"/> 한국인 | <input type="checkbox"/> 사모아인 |
| <input type="checkbox"/> 미국인 | <input type="checkbox"/> 중국인 | <input type="checkbox"/> 라오스인 | <input type="checkbox"/> 기타 _____ |
| <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언,
또는 알래스카
토착민 | <input type="checkbox"/> 팔리핀인 | <input type="checkbox"/> 베트남인 | |
| | <input type="checkbox"/> 몽족 | <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 | |

히스패닉, 라틴, 또는 스페인계인가요? (선택
 사항) 예 아니오

예인 경우, 해당 사항 체크 표시:

- | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노인 | <input type="checkbox"/> 엘살바도르인 | <input type="checkbox"/> 과테말라인 |
| <input type="checkbox"/> 쿠바인 | <input type="checkbox"/> 푸에르토리코인 | |
| <input type="checkbox"/> 기타 히스패닉, 라틴, 또는
스페인계: _____ | | |

★ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민에 해당하면 여기를 체크 표시하고 20,21페이지의 첨부 문서 A를 작성하세요.

해당자2 다음 페이지 계속 



도움이 필요하세요?

Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임.
 월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, **CoveredCA.com** 참고.

순서 2:

해당자2 (계속)

현재 직업과 소득 수령 방법에 대해 알려주기 기재란이 더 필요하면 별도 페이지를 첨부하세요.

지금 일하고 있나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, 이 페이지의 기타 소득으로 가세요.

▶ **어디에서 지금 일하고 있나요?** 직업이 많은 경우, 별도 페이지를 첨부함.

직업 1: 소득 수령 시기는?	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____	<input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____
	<input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별	
	<input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	
고용주 이름 (선택 사항)		소득 수령 금액은 (세금 공제전)? \$ _____

직업 2: 소득 수령 시기는?	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____	<input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____
	<input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별	
	<input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	
고용주 이름 (선택 사항)		소득 수령 금액은 (세금 공제전)? \$ _____

▶ **자영업을 하고 있나요?**

직업 1: 자영업을 하고 있나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, 이 페이지의 기타 소득으로 가세요.

직업 유형	이번 달 자영업 운영 순소득은 어떻게 되나요? \$ _____ 순소득은 비용 공제후 벌어들인 소득을 의미함. 27페이지 첨부 문서 E에 계상될 항목이 나열되어 있음.
-------	---

직업 2: 자영업을 하고 있나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, 이 페이지의 기타 소득으로 가세요.

직업 유형	이번 달 자영업 운영 순소득은 어떻게 되나요? \$ _____ 순소득은 비용 공제후 벌어들인 소득을 의미함. 27페이지 첨부 문서 E에 계상될 항목이 나열되어 있음.
-------	---

▶ **기타 소득이 있나요?** 기타 소득은 직업 이외로 버는 돈임. 기타 소득의 예를 참고하기 위해서는 27페이지 첨부 문서 E로 가세요. 자녀 부양 수당, 퇴역 군인 수당, 보충 사회 보장 소득(SSI)은 포함하지 말 것.

기타 소득이 있나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, 이 페이지의 소득 변경으로 가세요.

이 소득의 원천은?	소득 수령 시기는? (하나 체크 표시)	얼마나?
	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____ <input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____ <input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별 <input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	\$ _____
	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____ <input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____ <input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별 <input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	\$ _____

▶ **달마다 소득 변화가 있나요?** 해당 사항이 있으시면 아래의 두 질문에 답변합니다.

올해 총소득 예상은? (선택 사항) \$ _____	내년에 소득 변화를 예상하시면 새로운 총소득은 어떻게 될까요? (선택 사항) \$ _____
---------------------------------	--

▶ **공제 금액이 있나요?** 연방 소득세 신고 시 공제 가능 금액을 납부하는 경우, 이를 알려주시면 건강 보험료를 줄일 수 있습니다. 자영업 비용은 포함 안 함. 27페이지 첨부 문서 E에 공제 유형이 나열되어 있음.

공제 금액이 있나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, 다음 페이지로 가세요.

공제 유형	공제 금액 수령 또는 지급 시기는? (하나 체크 표시)	얼마나?
<input type="checkbox"/> 이혼 수당 지급 <input type="checkbox"/> 학자금 대출 이자 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____ <input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____ <input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별 <input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	\$ _____
<input type="checkbox"/> 이혼 수당 지급 <input type="checkbox"/> 학자금 대출 이자 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____ <input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____ <input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별 <input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	\$ _____

도움이 필요하세요?

Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임.
월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, CoveredCA.com 참고.



순서 2:

해당자3 집에 살고 있는 다음 해당자에 대해 알려 주기

이름	중간 이름	성	접미사 (예: Sr., Jr., III, IV)	본인과의 관계
----	-------	---	----------------------------	---------

집 주소가 주 연락인 집 주소와 동일하면 여기를 체크 표시하세요.
동일하지 않은 경우, 아래에 집 주소 기재:

집 주소	아파트 #
------	-------

도시 이름(집 주소)	주 이름	ZIP 코드	카운티
-------------	------	--------	-----

집 주소가 없는 경우 여기를 체크 표시하세요. 아래에 우편물 수신 주소를 기재함.

우편물 수신 주소가 주 연락인 우편물 수령 주소와 동일하면 여기를 체크 표시하세요.
동일하지 않은 경우, 아래에 우편물 수신 주소 기재:

우편물 수신 주소 또는 P.O. Box (집 주소와 다른 경우)	아파트 #
-------------------------------------	-------

도시 이름(우편물 수신 주소)	주 이름	ZIP 코드	카운티
------------------	------	--------	-----

연락이 가장 잘 되는 전화 번호 <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 직장 번호: () -	다른 전화 번호 <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 직장 번호: () -
--	---

이메일 주소:

어떤 언어로 편지를 보내드릴까요?	어떤 언어로 소통하기를 원하나요?
--------------------	--------------------

성별: <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	성별: <input type="checkbox"/> 독신 <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 등록 동거 <input type="checkbox"/> 미망인
---	--

출생일 (월/일/연도)	임신 중인가요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예인 경우 , 예상되는 출산 자녀 수는? _____ 분만 예정일은? _____
--------------	--

건강 보험 신청 지금 보험에 가입되어 있더라도 더 좋은 보험 수혜나 저비용 보험이 있을 수 있습니다.


▶ 건강 보험을 신청하고 있나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, SSN는 선택 기재 사항임.

★ 사회 보장 번호 (SSN) ____ - ____ - ____	SSN이 없다면 그 사유는? <input type="checkbox"/> 입양 납세자 신원 번호 (ATIN) _____ <input type="checkbox"/> 개인 납세자 신원 번호 (ITIN) _____ <input type="checkbox"/> 종교 면제 <input type="checkbox"/> SSN 자격에 해당 안 됨
--	---

연방 소득세 자료 해당자가 세금을 신고하지 않았더라도 그래도 무료 또는 저비용의 Medi-Cal 보험 가입 자격이 될 수 있습니다. 해당자에 관한 정보는 사적 기밀로 유지 보관하고 건강 보험의 자격 여부를 정하기 위해서만 사용됩니다.

이 해당자가 주 세금 신고자인가요 (이름이 세금 보고서 상 첫번째임)? 예 아니오
 본 신청서상의 한 명만이 주 세금 신고자입니다.

수혜 년도 동안 이 해당자가 세금을 신고하나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예인 경우 , 어떻게 신고하나요? <input type="checkbox"/> 세대주 <input type="checkbox"/> 독신 <input type="checkbox"/> 부양 가족 <input type="checkbox"/> 기혼 신고 합산 <input type="checkbox"/> 기혼 신고 분리	이 해당자를 부양 가족으로 하는 납세자가 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예인 경우 , 누구지요? <input type="checkbox"/> 해당자# _____ 입니다 <input type="checkbox"/> 이 해당자는 보호할 아이가 없는 부모임 <input type="checkbox"/> 이 해당자는 본 신청서상에 기재되지 않은 보호할 아이가 없는 부모임
---	--

해당자3 다음 페이지 계속 



도움이 필요하세요?

Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임.
 월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, **CoveredCA.com** 참고.

순서 2:

해당자3 (계속)

다른 건강 보험이 있거나 직업을 통한 보험이 있나요? 예 아니오
예인 경우, 22, 23 페이지에 있는 첨부 문서 B를 작성하세요.

신체적, 정신적, 또는 발달 장애가 있나요? 예 아니오
 장애에 관한 자세한 사항은 FAQ #27을 참고합니다.

장기 치료나 집과 지역 사회 서비스에 관해 도움이 필요하나요?
 예 아니오

미국 시민 또는 미국 국적을 갖고 있나요? 예 아니오

미국 시민 또는 미국 국적을 갖고 있지 **않으면** 다음 질문에 답변하세요.

합법적 신분인가요? 예 **합법적 신분 상태 여부를 알려면**, 27 페이지 첨부 문서

목록을 참고하세요. 그런 다음, 여기에 문서의 해당 내용을 기재하세요. 대부분의 경우, 문서 ID 번호는 외국인 등록 번호가 됩니다.

문서 타입: _____ ID 번호: _____

발행 카운트: _____ 유효 기일: _____

문서 상 표시 이름: _____

1996년 이후부터 미국에 거주하고 계시나요? 예 아니오

해당자 자신과 배우자, 또는 미혼 부양 자녀가 미국 군대 퇴역 군인이나 현재 복역중인가요? 예 아니오

의료 보험을 수혜하고 있나요?

예 아니오

지난 3개월간 납부에 도움이 필요한 의료비가 있나요? 예 아니오

19세 미만 자녀와 함께 살고 계시나요? 예 아니오

예인 경우, 자녀(들)을 부양하나요? 예 아니오

18~20세의 정규 학생인가요? 예 아니오

18~26세인가요? 예 아니오

예인 경우, 18세 생일에 주에서 위탁 양육 서비스를 제공받았나요? 예 아니오

18세이하인가요? 예 아니오 몇 분의 부모와 함께 살고 있나요? _____

일시적으로 주가 아닌 곳에서 살고 있나요? 예 아니오

인종(민족)에 관해 알려주기 본 자료는 기밀을 유지하고 누구든지 건강 보험에 동일한 접근을 할 수 있게 하기
 위해서만 사용됩니다. 자격 조건이 되는 건강 보험을 정하기 위하여 사용됩니다.

인종(민족)은?(선택 사항; 해당 사항 모두에 체크 표시)

- | | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 백인 | <input type="checkbox"/> 아시아계 인디언 | <input type="checkbox"/> 일본인 | <input type="checkbox"/> 괌, 또는 차모르인 |
| <input type="checkbox"/> 흑인 (아프리카계) | <input type="checkbox"/> 캄보디아인 | <input type="checkbox"/> 한국인 | <input type="checkbox"/> 사모아인 |
| <input type="checkbox"/> 미국인 | <input type="checkbox"/> 중국인 | <input type="checkbox"/> 라오스인 | <input type="checkbox"/> 기타 _____ |
| <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언,
또는 알래스카
토착민 | <input type="checkbox"/> 팔리핀인 | <input type="checkbox"/> 베트남인 | |
| | <input type="checkbox"/> 몽족 | <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 | |

히스패닉, 라틴, 또는 스페인계인가요? (선택
 사항) 예 아니오

예인 경우, 해당 사항 체크 표시:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노인 | <input type="checkbox"/> 과테말라인 |
| <input type="checkbox"/> 엘살바도르인 | <input type="checkbox"/> 푸에르토리코인 |
| <input type="checkbox"/> 쿠바인 | <input type="checkbox"/> 기타 히스패닉, 라틴, 또는
스페인계: _____ |

★ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민에 해당하면 here를 체크 표시하고 20,21페이지의 첨부 문서 A를 작성하세요.

해당자3 다음 페이지 계속 

도움이 필요하세요?

Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임.
 월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, CoveredCA.com 참고.



순서 2:

해당자3 (계속)

현재 직업과 소득 수령 방법에 대해 알려주기 기재란이 더 필요하다면 별도 페이지를 첨부하세요.

지금 일하고 있나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, 이 페이지의 기타 소득으로 가세요.

▶ **어디에서 지금 일하고 있나요?** 직업이 많은 경우, 별도 페이지를 첨부함.

직업 1: 소득 수령 시기는?	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____	<input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____
	<input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별	
	<input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	
고용주 이름 (선택 사항)		소득 수령 금액은 (세금 공제전)? \$ _____

직업 2: 소득 수령 시기는?	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____	<input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____
	<input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별	
	<input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	
고용주 이름 (선택 사항)		소득 수령 금액은 (세금 공제전)? \$ _____

▶ **자영업을 하고 있나요?**

직업 1: 자영업을 하고 있나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, 이 페이지의 기타 소득으로 가세요.

직업 유형	이번 달 자영업 운영 순소득은 어떻게 되나요? \$ _____ 순소득은 비용 공제후 벌어들인 소득을 의미함. 27페이지 첨부 문서 E에 계상될 항목이 나열되어 있음.
-------	---

직업 2: 자영업을 하고 있나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, 이 페이지의 기타 소득으로 가세요.

직업 유형	이번 달 자영업 운영 순소득은 어떻게 되나요? \$ _____ 순소득은 비용 공제후 벌어들인 소득을 의미함. 27페이지 첨부 문서 E에 계상될 항목이 나열되어 있음.
-------	---

▶ **기타 소득이 있나요?** 기타 소득은 직업 이외로 버는 돈임. 기타 소득의 예를 참고하기 위해서는 27페이지 첨부 문서 E로 가세요. 자녀 부양 수당, 퇴역 군인 수당, 보충 사회 보장 소득(SSI)은 포함하지 말 것.

기타 소득이 있나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, 이 페이지의 소득 변경으로 가세요.

이 소득의 원천은?	소득 수령 시기는? (하나 체크 표시)	얼마나?
	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____ <input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____ <input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별 <input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	\$ _____
	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____ <input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____ <input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별 <input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	\$ _____

▶ **달마다 소득 변화가 있나요?** 해당 사항이 있으시면 아래의 두 질문에 답변합니다.

올해 총소득 예상은? (선택 사항) \$ _____	내년에 소득 변화를 예상하시면 새로운 총소득은 어떻게 될까요? (선택 사항) \$ _____
---------------------------------	--

▶ **공제 금액이 있나요?** 연방 소득세 신고 시 공제 가능 금액을 납부하는 경우, 이를 알려주시면 건강 보험료를 줄일 수 있습니다. 자영업 비용은 포함 안 함. 27페이지 첨부 문서 E에 공제 유형이 나열되어 있음.

공제 금액이 있나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, 다음 페이지로 가세요.

공제 유형	공제 금액 수령 또는 지급 시기는? (하나 체크 표시)	얼마나?
<input type="checkbox"/> 이혼 수당 지급 <input type="checkbox"/> 학자금 대출 이자 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____ <input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____ <input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별 <input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	\$ _____
<input type="checkbox"/> 이혼 수당 지급 <input type="checkbox"/> 학자금 대출 이자 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____ <input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____ <input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별 <input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	\$ _____



도움이 필요하세요?

Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임.
월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m., 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, CoveredCA.com 참고.

순서 2:

해당자4 집에 살고 있는 다음 해당자에 대해 알려 주기

이름	중간 이름	성	접미사 (예: Sr., Jr., III, IV)	본인과의 관계
----	-------	---	----------------------------	---------

집 주소가 주 연락인 집 주소와 동일하면 여기를 체크 표시하세요.
동일하지 않은 경우, 아래에 집 주소 기재:

집 주소	아파트 #
------	-------

도시 이름(집 주소)	주 이름	ZIP 코드	카운티
-------------	------	--------	-----

집 주소가 없는 경우 여기를 체크 표시하세요. 아래에 우편물 수신 주소를 기재함.

우편물 수신 주소가 주 연락인 우편물 수령 주소와 동일하면 여기를 체크 표시하세요.
동일하지 않은 경우, 아래에 우편물 수신 주소 기재:

우편물 수신 주소 또는 P.O. Box (집 주소와 다른 경우)	아파트 #
-------------------------------------	-------

도시 이름(우편물 수신 주소)	주 이름	ZIP 코드	카운티
------------------	------	--------	-----

연락이 가장 잘 되는 전화 번호 <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 직장 번호: () -	다른 전화 번호 <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 직장 번호: () -
--	---

이메일 주소:

어떤 언어로 편지를 보내드릴까요?	어떤 언어로 소통하기를 원하나요?
--------------------	--------------------

성별: <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	성별: <input type="checkbox"/> 독신 <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 등록 동거 <input type="checkbox"/> 미망인
---	--

출생일 (월/일/연도)	임신 중인가요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예인 경우 , 예상되는 출산 자녀 수는? _____ 분만 예정일은? _____
--------------	--

건강 보험 신청 지금 보험에 가입되어 있더라도 더 좋은 보험 수혜나 저비용 보험이 있을 수 있습니다.


▶ 건강 보험을 신청하고 있나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, SSN는 선택 기재 사항임.

★ 사회 보장 번호 (SSN) ____ - ____ - ____	SSN이 없다면 그 사유는? <input type="checkbox"/> 입양 납세자 신원 번호 (ATIN) _____ <input type="checkbox"/> 개인 납세자 신원 번호 (ITIN) _____ <input type="checkbox"/> 종교 면제 <input type="checkbox"/> SSN 자격에 해당 안 됨
--	---

연방 소득세 자료 해당자가 세금을 신고하지 않았더라도 그래도 무료 또는 저비용의 Medi-Cal 보험 가입 자격이 될 수 있습니다. 해당자에 관한 정보는 사적 기밀로 유지 보관하고 건강 보험의 자격 여부를 정하기 위해서만 사용됩니다.

이 해당자가 세대주 세금 신고자인가요 (이름이 세금 보고서 상 첫번째임)? 예 아니오
 본 신청서상의 한 명만이 주 세금 신고자입니다.

수혜 년도 동안 이 해당자가 세금을 신고하나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예인 경우 , 어떻게 신고하나요? <input type="checkbox"/> 세대주 <input type="checkbox"/> 독신 <input type="checkbox"/> 부양 가족 <input type="checkbox"/> 기혼 신고 합산 <input type="checkbox"/> 기혼 신고 분리	이 해당자를 부양 가족으로 하는 납세자가 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예인 경우 , 누구지요? <input type="checkbox"/> 해당자# _____ 입니다 <input type="checkbox"/> 이 해당자는 보호할 아이가 없는 부모임 <input type="checkbox"/> 이 해당자는 본 신청서상에 기재되지 않은 보호할 아이가 없는 부모임
---	--

해당자4 다음 페이지 계속 

도움이 필요하세요?

Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임.
 월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, **CoveredCA.com** 참고.



순서 2:

해당자4 (계속)

다른 건강 보험이 있거나 직업을 통한 보험이 있나요? 예 아니오
예인 경우, 22, 23 페이지에 있는 첨부 문서 B를 작성하세요.

신체적, 정신적, 또는 발달 장애가 있나요? 예 아니오
 장애에 관한 자세한 사항은 FAQ #27을 참고합니다.

장기 치료나 집과 지역 사회 서비스에 관해 도움이 필요하나요?
 예 아니오

미국 시민 또는 미국 국적을 갖고 있나요? 예 아니오

미국 시민 또는 미국 국적을 갖고 있지 **않으면** 다음 질문에 답변하세요.

합법적 신분인가요? 예 **합법적 신분 상태 여부를 알려면**, 27 페이지 첨부 문서

목록을 참고하세요. 그런 다음, 여기에 문서의 해당 내용을 기재하세요. 대부분의 경우, 문서 ID 번호는 외국인 등록 번호가 됩니다.

문서 타입: _____ ID 번호: _____

발행 카운터: _____ 유효 기일: _____

문서 상 표시 이름: _____

1996년 이후부터 미국에 거주하고 계시나요? 예 아니오

해당자 자신과 배우자, 또는 미혼 부양 자녀가 미국 군대 퇴역 군인이나 현재 복역중인가요? 예 아니오

의료 보험을 수혜하고 있나요?

예 아니오

지난 3개월간 납부에 도움이 필요한 의료비가 있나요? 예 아니오

19세 미만 자녀와 함께 살고 계시나요? 예 아니오

예인 경우, 자녀(들)을 부양하나요? 예 아니오

18~20세의 정규 학생인가요? 예 아니오

18~26세인가요? 예 아니오

예인 경우, 18세 생일에 주에서 위탁 양육 서비스를 제공받았나요? 예 아니오

18세이하인가요? 예 아니오 몇 분의 부모와 함께 살고 있나요? _____

일시적으로 주가 아닌 곳에서 살고 있나요? 예 아니오

인종(민족)에 관해 알려주기 본 자료는 기밀을 유지하고 누구든지 건강 보험에 동일한 접근을 할 수 있게 하기
 위해서만 사용됩니다. 자격 조건이 되는 건강 보험을 정하기 위하여 사용됩니다.

인종(민족)은?(선택 사항; 해당 사항 모두에 체크 표시)

- | | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 백인 | <input type="checkbox"/> 아시아계 인디언 | <input type="checkbox"/> 일본인 | <input type="checkbox"/> 괌, 또는 차모르인 |
| <input type="checkbox"/> 흑인 (아프리카계) | <input type="checkbox"/> 캄보디아인 | <input type="checkbox"/> 한국인 | <input type="checkbox"/> 사모아인 |
| <input type="checkbox"/> 미국인 | <input type="checkbox"/> 중국인 | <input type="checkbox"/> 라오스인 | <input type="checkbox"/> 기타 _____ |
| <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언,
또는 알래스카
토착민 | <input type="checkbox"/> 팔리핀인 | <input type="checkbox"/> 베트남인 | |
| | <input type="checkbox"/> 몽족 | <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 | |

히스패닉, 라틴, 또는 스페인계인가요? (선택
 사항) 예 아니오

예인 경우, 해당 사항 체크 표시:

- 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노인
 엘살바도르인 과테말라인
 쿠바인 푸에르토리코인
 기타 히스패닉, 라틴, 또는
 스페인계: _____

★ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민에 해당하면 here를 체크 표시하고 20,21페이지의 첨부 문서 A를 작성하세요.

해당자4 다음 페이지 계속 



도움이 필요하세요?

Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임.
 월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, **CoveredCA.com** 참고.

순서 2:

해당자4 (계속)

현재 직업과 소득 수령 방법에 대해 알려주기 기재란이 더 필요하다면 별도 페이지를 첨부하세요.

지금 일하고 있나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, 이 페이지의 기타 소득으로 가세요.

▶ **어디에서 지금 일하고 있나요?** 직업이 많은 경우, 별도 페이지를 첨부함.

직업 1: 소득 수령 시기는?	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____	<input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____
	<input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별	<input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)
고용주 이름 (선택 사항)		소득 수령 금액은 (세금 공제전)? \$ _____

직업 2: 소득 수령 시기는?	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____	<input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____
	<input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별	<input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)
고용주 이름 (선택 사항)		소득 수령 금액은 (세금 공제전)? \$ _____

▶ **자영업을 하고 있나요?**

직업 1: 자영업을 하고 있나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, 이 페이지의 기타 소득으로 가세요.

직업 유형	이번 달 자영업 운영 순소득은 어떻게 되나요? \$ _____ 순소득은 비용 공제후 벌어들인 소득을 의미함. 27페이지 첨부 문서 E에 계상될 항목이 나열되어 있음.
-------	---

직업 2: 자영업을 하고 있나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, 이 페이지의 기타 소득으로 가세요.

직업 유형	이번 달 자영업 운영 순소득은 어떻게 되나요? \$ _____ 순소득은 비용 공제후 벌어들인 소득을 의미함. 27페이지 첨부 문서 E에 계상될 항목이 나열되어 있음.
-------	---

▶ **기타 소득이 있나요?** 기타 소득은 직업 이외로 버는 돈임. 기타 소득의 예를 참고하기 위해서는 27페이지 첨부 문서 E로 가세요. 자녀 부양 수당, 퇴역 군인 수당, 보충 사회 보장 소득(SSI)은 포함하지 말 것.

기타 소득이 있나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, 이 페이지의 소득 변경으로 가세요.

이 소득의 원천은?	소득 수령 시기는? (하나 체크 표시)	얼마나?
	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____ <input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____ <input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별 <input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	\$ _____
	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____ <input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____ <input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별 <input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	\$ _____

▶ **달마다 소득 변화가 있나요?** 해당 사항이 있으시면 아래의 두 질문에 답변합니다.

올해 총소득 예상은? (선택 사항) \$ _____	내년에 소득 변화를 예상하시면 새로운 총소득은 어떻게 될까요? (선택 사항) \$ _____
---------------------------------	--

▶ **공제 금액이 있나요?** 연방 소득세 신고 시 공제 가능 금액을 납부하는 경우, 이를 알려주시면 건강 보험료를 줄일 수 있습니다. 자영업 비용은 포함 안 함. 27페이지 첨부 문서 E에 공제 유형이 나열되어 있음.

공제 금액이 있나요? 예 **예인 경우**, 아래 질문에 답변하세요. 아니오 **아니오인 경우**, 다음 페이지로 가세요.

공제 유형	공제 금액 수령 또는 지급 시기는? (하나 체크 표시)	얼마나?
<input type="checkbox"/> 이혼 수당 지급 <input type="checkbox"/> 학자금 대출 이자 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____ <input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____ <input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별 <input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	\$ _____
<input type="checkbox"/> 이혼 수당 지급 <input type="checkbox"/> 학자금 대출 이자 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 시간당: 일주일에 몇 시간? _____ <input type="checkbox"/> 일당: 일주일에 며칠? _____ <input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별 <input type="checkbox"/> 6개월 단위 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 일시불 (33페이지 FAQ #33 참고)	\$ _____

도움이 필요하세요?

Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임.
월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, CoveredCA.com 참고.



순서 3:

신청서 읽고 서명하기

수권 대리인 지정 가능

★ "수권 대리인"을 지정하실 수 있습니다. 수권 대리인은 신청서를 볼 수 있고 이에 관해 현재와 미래에 있어 의논할 수 있는 자를 말합니다.

수권 대리인 이름

주소 아파트 #

도시 이름	주 이름	ZIP 코드	카운티
-------	------	--------	-----

서명을 하므로써 대리인을 신청서에 서명하게 하고 신청서에 관한 공식적인 정보를 갖고 정부 기관과의 향후 발생 가능한 사항에 대하여 본인을 대리할 수 있게 하는 것입니다.

본인 서명 날짜

사적 기밀 진술

이 신청은 Covered California 건강 보험이나 건강 보험 서비스 관리국 (DHCS; Department of Health Care Services) 을 통한 건강 보험 수혜를 위한 것입니다. 신청서 상 제공하는 개인 및 의료 정보는 사적 기밀을 유지합니다. Covered California 는 본인과 신청서상의 해당자들을 식별하고 프로그램을 운영하기 위해 관련 자료들을 필요로 합니다.

플랜이나 프로그램에 귀하를 등록시키거나 다른 주 및 연방 정부 기관과 법률에 의거하여 프로그램을 운영하기 위한 것으로만 귀하에 관한 정보를 다른 주, 연방 정부, 로컬 정부 기관, 계약 회사, 건강 플랜 및 프로그램과 공유합니다.

- "선택 사항"이라고 표시되어 있지 않은 한 이 신청서상의 모든 질문에 답변해야 합니다. 신청서에서 요구되는 사항이 결여되어 있으면 이를 알기 위해 연락드리겠습니다. ➡ **요구되는 사항이 제공되지 않으면**, 신청에 관한 결정을 내릴 수 없습니다. 새로 신청을 하든지, Covered California 건강 보험에 가입할 수 없거나, 또는 건강 보험 수혜를 위한 신청이 거부될 수 있습니다.
- 대부분의 경우, 본인은 연방 및 주의 기록으로 보관된 본인에 관한 개인 정보를 볼 수 있는 권리를 가집니다. 필요하시다면 다른 형식(큰 사이즈 인쇄 등)으로 볼 수도 있습니다. Covered California의 기록을 보는 것에 대해 자세히 알려면 다음의 Privacy Officer(사적 기밀 책임자)에게 연락하세요.

Covered California 기록을 알아보기 위한 자세한 사항은 다음에 나온 사적 기밀 책임자에게 연락하세요.

Covered California
Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

전화: **1-800-738-9116**
TTY: 1-888-889-4500

건강 보험 서비스 관리국은 다음의 정보 보호 부서에 연락하세요.

P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413

전화: **1-866-866-0602**
TTY: 1-877-735-2929

주 및 연방 법률은 신청과 관련한 해당 정보들을 수집하고 보관할 수 있는 권리를 저희에게 부여하고 있습니다.

Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA 정부 규정 § 100502(k) 및 100503(a)
DHCS: CA 복지 및 기관. 규정 § 14011 및 제3조, 5/7장, 2/3 부분, 9부문
저희는 귀하에게 CA 민법 § 1798.17에 의거하여 사적 진술을 제공해야 합니다. Covered California의 사적 기밀 방침은 CoveredCA.com에서 살펴 볼 수 있습니다. DHCS의 사적 기밀 관례에 관한 통보는 dhcs.ca.gov에서 참고할 수 있습니다.

순서 3 다음 페이지 계속



도움이 필요하세요?

Covered California, **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임.
월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, **CoveredCA.com** 참고.

권리와 책임

- 이 신청서에 본인이 제공한 정보는 본인이 아는 한 사실입니다. 사실을 말하지 않을 경우 처벌된다는 것을 본인은 알고 있습니다.
- 본인이 제공하는 정보는 건강 보험을 신청하는 가족의 자격 여부를 알기 위하여 이용될 것이라고 본인은 이해합니다.
- Covered California와 Medi-Cal 프로그램이 본인에 관한 정보를 법률에 의거하여 사적 기밀로 유지 보관할 것이라고 본인은 이해합니다. 자세한 사항이나 Covered California와 Medi-Cal 프로그램의 보관 기록 중 개인 정보에 관한 접근에 관하여서 본인은 사적 기밀 담당 책임자 **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)에게 연락할 수 있습니다.
- Medi-Cal 자격을 위해서 별다른 사유가 없는 한 본인 또는 세대원이 자격이 되는 기타 소득이나 수당 보조금을 신청하여야 된다는 것을 본인은 이해합니다. 소득이나 수당 보조금의 예는 연금, 정부 보조금, 퇴직금, 퇴역 군인 수당, 연금 보험, 장애인 수당, 사회 보장 수당 (OASDI, Old Age, 유족 및 장애인 보험이라고도 칭함) 및 실업 수당 등이 있습니다. 그러나, 소득이나 수당들은 CalWORKs 또는 CalFresh와 같은 공적 지원 수당은 포함하지 않습니다. 본인이 가능한 소득 원천에 대해 질문이 있다면 본인은 도움을 위해 Covered California; **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락할 수 있습니다.
- 본인은 신청서 내용에 변경사항이 있을 때 Covered California 또는 카운티 사회 서비스 오피스에 통지해야 된다는 것을 알고 있습니다. 변경 사항을 보고하기 위해 본인은 Covered California; **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하거나 **CoveredCA.com**을 참고할 수 있습니다. 그리고, 본인은 카운티 사회 서비스 오피스에 연락할 수 있습니다.
- Covered California가 인종(민족), 피부색, 국적, 종교, 연령, 성별, 성적 기호, 결혼 상태, 퇴역 군인 상태, 또는 장애로 인해 본인이나 신청서상 해당자를 차별할 수 없다는 것을 본인은 알고 있습니다. Covered California가 주 또는 연방 법률에서 요구하는 바와 같이 합리적인 수용 사항을 제공하지 못하는 것 등을 포함하여 본인을 차별한 경우, 본인은 www.hhs.gov/ocr/office/file 또는 <http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form>를 방문하여 항의할 수 있습니다. 또한, Medi-Cal 적격성 결정과 관련하여 Covered California가 본인이나 신청서 상 해당자를 차별했다고 생각하는 경우, 본인은 건강 서비스 관리국 (Department of Health Care Services), 시민권 오피스; **1-916-440-7370** (TTY: 1-916-440-7399)에 항의를 제기할 수 있습니다.

- 본인이나 신청인의 세대원에 관한 정보에 변경 사항이 발생하면 다른 세대원의 수혜자력에 영향을 끼칠 수 있다는 것을 본인은 이해합니다.
- Medi-Cal 신청 목적을 제외하고 본인은 신청서 상에 건강 보험을 신청하는 자는 누구도 공소(재판) 종결 후 구급되어 있거나 구치소, 교도소 또는 유사 형벌 기관이나 교정 시설에 있지 않음을 확인합니다.
- 소득 변경 사항이 수혜 자격이 있는 보험료 지원(또는 조세 신용) 금액에 영향을 끼칠 수 있으므로 본인은 Covered California에 소득 변경 사항을 보고해야 한다는 것을 잘 알고 있습니다. 수혜 년도 동안 너무 많은 보험료 지원(또는 조세 신용)을 받으면 수혜 년도 동안 연방 소득세 신고 시 IRS에 추가 보험료를 상환해야 한다는 것도 잘 알고 있습니다.
- 본인과 신청서 상의 해당자들의 건강 보험 자격을 알기 위해서 Covered California가 다른 기관들의 컴퓨터 기록을 확인하여 시민권, 합법적 신분 상태, 조세 정보 또는 적격성 관련 기타 정보들을 확인하는 것을 본인은 승락합니다.

신청서상 기재된 자가 Medi-Cal 자격이 있는 경우:

- Medi-Cal이 의료비를 납부하는 경우, 본인이나 신청서 상 기재된 자가 다른 건강 보험이나 해당 비용 관련 법적 결정에 의해 수령하는 금액은 의료비 전액이 지급될 때까지 의료비 지급으로 Medi-Cal에 귀속된다는 것을 본인은 알고 있습니다.

Medi-Cal 자격이 되는 자녀(들)의 부모의 경우:

- 본인은 자녀와 함께 살고 있지 않고 자녀를 위해 지원금을 보내지 않는 신청서 상의 부모로부터 의료 지원금을 수령하는 기관을 도우도록 요청받게 된다는 것을 알고 있습니다. 도움이 본인이나 자녀에게 해가 될 것이라고 생각하는 경우, 본인은 이를 Medi-Cal 프로그램에 알릴 수 있고 돕지 않습니다.

다음 페이지에서 **권한과 책임** 계속 



권리와 책임 (계속)

이의 신청의 권리:

- Covered California 또는 Medi-Cal 프로그램에 착오가 있다고 생각되면 본인은 그 결정에 의의를 제기할 수 있습니다. 이의를 제기한다는 것은 결정이 잘못되었다고 생각되어 그 조치에 관한 공정한 검토의 요청을 Covered California 또는 Medi-Cal 프로그램에 알리는 것을 말합니다.
- 본인은 이의 제기 방법을 알기 위해서 **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락할 수 있습니다.
- 본인은 결정이 있는 지 90일 이내에 이의를 제기해야 된다는 것을 알고 있습니다.
- 본인이 직접 대변할 수 있고 수권 대리인, 친구, 친척, 또는 변호사 등 이의 처리 대리인을 지정할 수 있다는 것을 본인은 알고 있습니다.
- 도움이 필요한 경우, Covered California 또는 Medi-Cal 프로그램, 또는 카운티 사회 서비스 오피스 직원이 본인에게 본인의 사안을 설명할 수 있다는 것을 본인은 알고 있습니다.

보험 갱신

미래에 건강 보험을 계속 수혜하는 것을 보다 수월하게 하기 위해 본인은 Covered California가 IRS 등의 컴퓨터 소스를 사용하여 본인의 소득을 아는 것에 대해 동의합니다. 소스에서 본인이 계속하여 자격이 되는 경우, 본인의 보험 수혜 적용은 12개월간 연장될 수 있고 본인은 갱신 서류를 작성하지 않아도 되고 서류를 보내지 않아도 됩니다.

본인이 Covered California가 컴퓨터 소스를 사용할 수 없다고 정하면 본인은 건강 보험을 계속 유지하기 위해 12개월 마다 갱신 패킷을 작성해야 한다는 것을 이해합니다.

본인은 Covered California 또는 Medi-Cal 프로그램이 다음 기간 동안 본인에 관한 자료를 확인할 수 있도록 승락합니다.

- 5년 4년 3년 2년 1년

또는

- 본인은 Covered California가 보험 갱신 시 본인의 조세 신고를 확인하지 않기를 원합니다.

진술 및 서명 필수 사항임.

본인은 위증 형벌에 의거하여 아래 사항들이 사실이고 정확하다는 것을 진술합니다.

- 본인은 신청서 상의 모든 질문들을 이해하였고 알고 있는 한 사실로서 정확한 답변을 하였습니다. 답변을 본인 스스로 잘 모르는 경우에는 본인은 알고 있는 사람과 함께 답변을 확인하기 위하여 합리적으로 처리하였습니다.
- 본인은 신청서 상에 사실대로 기재하지 않으면 최대 4년 징역에 해당하는 위증으로 인한 민형사상 형벌이 존재한다는 것을 알고 있습니다. (캘리포니아 형법 제126장 참고.)
- 본인은 본 신청서 상의 정보들이 신청인들의 건강 보험 적격 여부를 정하기 위하여 이용된다는 것을 알고 있습니다. Covered California는 연방 및 캘리포니아 법률에서 요구하는 바와 같이 관련 정보들을 사적 기밀로 유지할 것입니다.
- 본인은 Covered California; **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500) 으로 연락하거나 **CoveredCA.com**을 방문하여 건강 보험 신청인의 신청과 관련하여 변경 사항을 알려줍니다.
- 본인이 첨부 문서 D를 작성, 제출하여 건강 플랜을 선택하고 Covered California로부터 첨부 문서 D에 본인이 선택한 해당 플랜의 가입에 적합하다고 정하여진 경우:
 - 본인은 이 곳의 서명을 통해 플랜 담당 회사와 계약을 체결하고 있다는 것을 본인은 이해합니다.
 - 본인은 18세 이상, 구속 상태가 아닌 자유인이며 정신 능력 소유자로 계약을 서명합니다.

신청인 또는 수권 대리인 서명

날짜



순서 3 다음 페이지 계속



도움이 필요하세요?

Covered California, **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임. 월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, **CoveredCA.com** 참고.

순서 3:

신청서 읽고 서명하기 (계속)

신청서 작성에 도움을 주기 위해 Covered California 의 승락을 받은 개인인 경우, 이 장을 작성합니다.

본인은 공인 등록 카운셀러, 공인 보험 중개인, 또는 공인 플랜 등록자로서 신청인을 도와 본 신청서를 작성하고 해당 서비스는 무료임을 증명합니다. 또한, 본인이 아는 한 신청서의 질문에 대해 사실이며 정확한 답변을 제공하였다는 것도 본인은 증명합니다. 본인은 쉽게 이해할 수 있는 언어로 신청인에게 부정확한 정보를 제공하는 경우 신청인에게 발생할 위험을 설명하고 신청인은 설명 내용을 이해하였습니다.

<input type="checkbox"/> 공인 등록 카운셀러 이름:	CEC 번호
공인 등록 기관명 이름:	CEC 번호
<input type="checkbox"/> 공인 보험 중개인 이름:	라이선스 번호
<input type="checkbox"/> 공인 플랜 등록자 이름:	플랜: _____ 인증 번호
공인된 개인 서명 ▶	날짜

공인 등록 카운셀러가 신청서 제출 시 이 장을 완전하고 정확하게 기재하지 않았다면 주에서는 Covered California 공인 등록 기관에 보상하지 않습니다.

순서 4:

우편 주소 및 점검 목록

서명된 신청서 발송 수신처:

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

확인하십시오.

- 보험이 필요하지 않은 가족과 세대원에 관하여서도 알려주었나요?
포함할 목록에 대해서는 3페이지 참고.
- 자격이 되는 직업 관련 보험에 관하여 고용주에게 알아보았나요?
- **17페이지** 신청서에 서명하였나요? 수권 대리인을 정한 경우, 15페이지도 서명할 것.

추가 질문 (선택 사항)

1. Medi-Cal 프로그램도 알아보기를 원하시나요? 예 아니오
65세 이상, 장애인이나 특수 건강 보험이 필요한 경우에는 다른 Medi-Cal 프로그램이 있습니다.

예라고 체크 표시하면, 부동산과 재산에 관한 정보를 알기 위해 연락드리겠습니다.

2. 건강 보험을 신청하게 만든 생활의 변화가 최근에 있으셨나요?

예인 경우, 해당 사항 모두에 체크 표시.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 캘리포니아로 이사옴. | <input type="checkbox"/> 구금 상태 해제 |
| <input type="checkbox"/> 시민권 또는 합법 주거 취득 | <input type="checkbox"/> 보험료 지원 자격 새로 취득 |
| <input type="checkbox"/> 건강 보험 분실 | <input type="checkbox"/> Medi-Cal 신청 |
| <input type="checkbox"/> 부양 가족 생김(출생, 결혼, 입양) | <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언, 또는 알래스카 토착민 |
| <input type="checkbox"/> 기타 | |

위 변화는 언제 발생했나요? (월/일/연도) _____

순서 4 다음 페이지 계속 ▶

도움이 필요하세요?

Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임.
월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, CoveredCA.com 참고.



Covered California를 어떻게 알게 되었나요?

해당 사항 모두에 체크 표시

- | | | | |
|---|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 파견 교육 프로그램 | <input type="checkbox"/> TV 광고 | <input type="checkbox"/> CoveredCA.com 웹사이트 | <input type="checkbox"/> 교회 |
| <input type="checkbox"/> 잡지 신문 광고 | <input type="checkbox"/> 라디오 광고 | <input type="checkbox"/> 친구, 가족 | <input type="checkbox"/> 약국 |
| <input type="checkbox"/> 뉴스 프로그램 또는 스토리 | <input type="checkbox"/> 온라인 광고 | <input type="checkbox"/> 브로셔 | <input type="checkbox"/> 정부 오피스 |
| <input type="checkbox"/> 지역 기관 또는 행사 | <input type="checkbox"/> 이메일 | <input type="checkbox"/> 고용주 | <input type="checkbox"/> 구전 |
| <input type="checkbox"/> 광고 게시판 | <input type="checkbox"/> 우편물 | <input type="checkbox"/> 소셜 미디어 (예: Facebook, Twitter 등) | |
| <input type="checkbox"/> 소매점 서명 | <input type="checkbox"/> 인터넷 검색 | <input type="checkbox"/> 기타 _____ | |
| <input type="checkbox"/> 공인 보험 중개인 | <input type="checkbox"/> 모바일 앱 | | |
| <input type="checkbox"/> 공인 등록 카운셀러 | <input type="checkbox"/> 서비스 제공 회사, 병원 | | |

다른 프로그램들에 관하여 더 정보가 필요하나요?

2014.1.1부터 제공하신 정보를 다른 수혜 프로그램들을 위해 사회 복지 공유하기를 원하시나요? 이주자를 포함한 가족들이 신청할 수 있습니다. 건강 보험의 수혜 자격에 해당되지 않더라도 신청할 수 있습니다. 해당 자격이 있는 자녀를 신청하더라도 이주 신분 또는 영주권자나 시민이 될 수 있는 기회에는 영향을 끼치지 않습니다.

2014.1.1 이전에 생활비 지원을 신청하려면 benefitscal.org를 참고합니다. 개별적으로 신청하려면 집이나 직장에서 가까운 곳의 리스트를 알기 위해 1-877-847-3663에 연락합니다.

2014.1.1 이후 수혜를 위해 다음 중 어떤 프로그램에 관한 소개를 원하는 지 체크 표시:

- CalFresh** 식품비 지원 프로그램 시장과 상점에서 식품을 구매하는데 이용될 수 있는 보조금이 직불 카드에 달마다 새롭게 입금됩니다. 보충 영양 지원 프로그램(SNAP)이라고도 알려져 있습니다. 자세한 사항은 www.calfresh.ca.gov 를 참고합니다.
- CalWORKs** 자녀가 있는 저소득층 가정에 주거, 식품 및 기타 필요 비용을 도와주기 위하여 현금 지원 및 지원 서비스를 제공하는 프로그램

다음은 참고하여 온라인에서 자세한 사항을 살펴 볼 수도 있음:

유아 및 산모 액세스 (AIM)

임신부의 건강 관리 프로그램
aim.ca.gov

아동 건강 및 장애 예방 (CHDP)

저소득층 자녀에게 정기 건강 평가 및 서비스를 제공하는 예방 프로그램
www.dhcs.ca.gov/services/chdp

조기 정기 검사, 진단 및 치료 (EPSDT)

21세 이하의 아동 및 청소년을 위한 Medi-Cal 프로그램 - 건강 관리의 필요성을 식별하여 필요 시 진단 및 치료를 할 수 있는 정기 검진 프로그램.
www.dhcs.ca.gov/services/Pages/EPSDT.aspx

가족 계획, 액세스, 관리, 치료 (Family PACT)

심대를 포함하여 저소득층 남녀에게 무료 가족 계획 서비스를 제공하는 프로그램
familypact.org

재택 지원 서비스 프로그램 (IHSS)

집에서 안전하게 머물 수 있게 제공하는 서비스 관련 대금 지원 프로그램
www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/pg1296.htm

여성, 유아 및 아동 (WIC)

임신부, 신생모, 5세이하의 유아를 위한 영양 프로그램
www.wic직장s.ca.gov



도움이 필요하세요?

Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임. 월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, CoveredCA.com 참고.

★ 자신 또는 가족이 아메리칸 인디언, 또는 알래스카 토착민인 경우에 작성하세요.

아메리칸 인디언과 알래스카 토착민은 인디언 건강 서비스, 부족 건강 프로그램, 또는 도시 인디언 건강 프로그램의 서비스를 제공받을 수 있습니다. 연방 정부에서 인정하는 아메리칸 인디언과 알래스카 토착민은 실비(공동 지불 등)를 지불하지 않아도 되고 특별 등록 기간이 있을 수 있습니다. 이 서식을 작성하여 신청서와 아메리칸 인디언, 또는 알래스카 토착민 문화 유산에서 발행한 증명서와 함께 보내주십시오. 부족의 일원 또는 부족과 연계된 것을 보여주는 연방 정부에서 인정하는 인디언 부족의 문건을 보낼 수 있습니다. 문건은 부족 등록 카드 또는 인디언 사무국의 인디언 혈통 증명서(CDIB)를 포함할 수 있습니다. Medi-Cal 가입 자격이 된다고 생각하면 증명서를 보낼 필요는 없습니다. Medi-Cal 가입 자격 여부를 알기 위해 첨부 문서 F를 참고합니다.

4명 이상의 아메리칸 인디언, 또는 알래스카 토착민에 관하여 알릴 필요가 있는 경우, 이 페이지를 복사하여 사용하고 신청서와 함께 보내주십시오.

해당자 1: 이름 중간 이름 성 Suffix (예: Sr., Jr., III, IV)

연방 정부에서 인정하는 아메리칸 인디언이나 알래스카 토착민인가? 예 아니오

예인 경우, 부족명 기재: _____ **부족 거주 주:** _____

인디언 건강 서비스, 부족 건강 프로그램, 또는 도시 인디언 건강 프로그램이나 이러한 프로그램의 소개를 통해 서비스를 제공받고 있나요? 예 아니오

아니오인 경우, 인디언 건강 서비스, 부족 건강 프로그램, 또는 도시 인디언 건강 프로그램이나 이러한 프로그램의 소개를 통해 서비스를 제공받을 수 있는 자격이 되나요? 예 아니오

아래의 소득 중 해당하는 소득이 있나요? 예 **예인 경우,** 아래에 금액과 수령 빈도를 기재함.
 아니오 **아니오인 경우,** 신청서를 계속 작성함.

▶ 부족에게 지급되는 자연 자원, 사용권, 리스, 로열티가 원천인 대금
 금액 \$ _____ 주당 이 주마다 월별 기타 _____

▶ 자연 자원, 농업, 목축업, 또는 어업 등을 위해 인디언 보호 구역 사용에 따른 리스료, 로열티 대금
 금액 \$ _____ 주당 이 주마다 월별 기타 _____

▶ 문화적 가치를 갖는 물건 판매 대금
 금액 \$ _____ 주당 이 주마다 월별 기타 _____

해당자 2: 이름 중간 이름 성 Suffix (예: Sr., Jr., III, IV)

연방 정부에서 인정하는 아메리칸 인디언이나 알래스카 토착민인가? 예 아니오

예인 경우, 부족명 기재: _____ **부족 거주 주:** _____

인디언 건강 서비스, 부족 건강 프로그램, 또는 도시 인디언 건강 프로그램이나 이러한 프로그램의 소개를 통해 서비스를 제공받고 있나요? 예 아니오

아니오인 경우, 인디언 건강 서비스, 부족 건강 프로그램, 또는 도시 인디언 건강 프로그램이나 이러한 프로그램의 소개를 통해 서비스를 제공받을 수 있는 자격이 되나요? 예 아니오

아래의 소득 중 해당하는 소득이 있나요? 예 **예인 경우,** 아래에 금액과 수령 빈도를 기재함.
 아니오 **아니오인 경우,** 신청서를 계속 작성함.

▶ 부족에게 지급되는 자연 자원, 사용권, 리스, 로열티가 원천인 대금
 금액 \$ _____ 주당 이 주마다 월별 기타 _____

▶ 자연 자원, 농업, 목축업, 또는 어업 등을 위해 인디언 보호 구역 사용에 따른 리스료, 로열티 대금
 금액 \$ _____ 주당 이 주마다 월별 기타 _____

▶ 문화적 가치를 갖는 물건 판매 대금
 금액 \$ _____ 주당 이 주마다 월별 기타 _____



첨부 문서 A:

아메리칸 인디언, 또는 알래스카 토착민용 (계속)

해당자3: 이름

중간 이름

성

접미사 (예: Sr., Jr., III, IV)

연방 정부에서 인정하는 아메리칸 인디언이나 알래스카 토착민인가요? 예 아니오

예인 경우, 부족명 기재: _____ 부족 거주 주: _____

인디언 건강 서비스, 부족 건강 프로그램, 또는 도시 인디언 건강 프로그램이나 이러한 프로그램의 소개를 통해 서비스를 제공받고
있나요? 예 아니오

아니오인 경우, 인디언 건강 서비스, 부족 건강 프로그램, 또는 도시 인디언 건강 프로그램이나 이러한 프로그램의 소개를 통해 서비스를
제공받을 수 있는 자격이 되나요? 예 아니오

아래의 소득 중 해당하는 소득이 있나요? 예 **예인 경우**, 아래에 금액과 수령 빈도를 기재함.

아니오 **아니오인 경우**, 신청서를 계속 작성함.

▶ 부족에게 지급되는 자연 자원, 사용권, 리스, 로열티가 원천인 대금

금액 \$ _____ 주당 이 주마다 월별 기타 _____

▶ 자연 자원, 농업, 목축업, 또는 어업 등을 위해 인디언 보호 구역 사용에 따른 리스료, 로열티 대금

금액 \$ _____ 주당 이 주마다 월별 기타 _____

▶ 문화적 가치를 갖는 물건 판매 대금

금액 \$ _____ 주당 이 주마다 월별 기타 _____

해당자4: 이름

중간 이름

성

접미사 (예: Sr., Jr., III, IV)

연방 정부에서 인정하는 아메리칸 인디언이나 알래스카 토착민인가요? 예 아니오

예인 경우, 부족명 기재: _____ 부족 거주 주: _____

인디언 건강 서비스, 부족 건강 프로그램, 또는 도시 인디언 건강 프로그램이나 이러한 프로그램의 소개를 통해 서비스를 제공받고
있나요? 예 아니오

아니오인 경우, 인디언 건강 서비스, 부족 건강 프로그램, 또는 도시 인디언 건강 프로그램이나 이러한 프로그램의 소개를 통해 서비스를
제공받을 수 있는 자격이 되나요? 예 아니오

아래의 소득 중 해당하는 소득이 있나요? 예 **예인 경우**, 아래에 금액과 수령 빈도를 기재함.

아니오 **아니오인 경우**, 신청서를 계속 작성함.

▶ 부족에게 지급되는 자연 자원, 사용권, 리스, 로열티가 원천인 대금

금액 \$ _____ 주당 이 주마다 월별 기타 _____

▶ 자연 자원, 농업, 목축업, 또는 어업 등을 위해 인디언 보호 구역 사용에 따른 리스료, 로열티 대금

금액 \$ _____ 주당 이 주마다 월별 기타 _____

▶ 문화적 가치를 갖는 물건 판매 대금

금액 \$ _____ 주당 이 주마다 월별 기타 _____



도움이 필요하세요?

Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임.

월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, CoveredCA.com 참고.

★ 다른 보험을 가지고 있는 4명 이상에 관하여 알릴 필요가 있는 경우, 이 페이지를 복사하여 사용하고 신청서와 함께 보내주십시오.

현재 자신이 가입된 건강 보험에 관해 알려주기

건강 보험 납부에 도움이 필요한 사람은 모두 질문에 답변합니다.

현재 건강 보험 신청인의 수혜 여부를 알아야 합니다. 최소 기본 수혜라 여겨지는 수혜는 알려주지 않아도 됩니다. 알려주지 않아도 되는 플랜 유형의 예: 인디언 건강 서비스, 부족 건강 프로그램, 도시 인디언 건강 프로그램, 플렉스(가변) 저축 플랜, 건강 저축 계좌, 또는 다른 국가에서 이용 가능한 보험

현재 다음과 같은 건강 보험을 가지고 있는 지 알아야 합니다. COBRA, 고용주 후원 보험, 평화 봉사단, 퇴직자 건강 플랜, TRICARE/CHAMPUS, 퇴역 군인 건강 프로그램, 또는 기타 건강 보험. 이러한 보험을 가지고 있는 사람이 있나요?

예 **예인 경우**, 이 페이지를 작성함. 기재란이 더 필요한 경우, 별도 페이지를 첨부함.

아니오 **아니오인 경우**, 23페이지로 갑니다.

참고: 자체적으로 민간 건강 보험을 가지고 있는 경우, 아래 표의 "유형은?" 아래 "기타 건강 보험"란을 체크 표시합니다.

성명 이름, 중간, 성, 접미사(예: Jr., Sr., III, IV)	유형은? (하나 선택함)	
해당자 1: _____ 2014.1월 기준으로 저렴하게 전체적으로 수혜 가능한 건강 보험을 제공 받을 수 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> 고용주 후원 보험 <input type="checkbox"/> 평화 봉사단 <input type="checkbox"/> 기타 건강 보험	<input type="checkbox"/> 퇴역 군인 건강 프로그램 <input type="checkbox"/> 퇴직자 건강 플랜 <input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS
해당자2: _____ 2014.1월 기준으로 저렴하게 전체적으로 수혜 가능한 건강 보험을 제공 받을 수 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> 고용주 후원 보험 <input type="checkbox"/> 평화 봉사단 <input type="checkbox"/> 기타 건강 보험	<input type="checkbox"/> 퇴역 군인 건강 프로그램 <input type="checkbox"/> 퇴직자 건강 플랜 <input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS
해당자3: _____ 2014.1월 기준으로 저렴하게 전체적으로 수혜 가능한 건강 보험을 제공 받을 수 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> 고용주 후원 보험 <input type="checkbox"/> 평화 봉사단 <input type="checkbox"/> 기타 건강 보험	<input type="checkbox"/> 퇴역 군인 건강 프로그램 <input type="checkbox"/> 퇴직자 건강 플랜 <input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS
해당자4: _____ 2014.1월 기준으로 저렴하게 전체적으로 수혜 가능한 건강 보험을 제공 받을 수 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> 고용주 후원 보험 <input type="checkbox"/> 평화 봉사단 <input type="checkbox"/> 기타 건강 보험	<input type="checkbox"/> 퇴역 군인 건강 프로그램 <input type="checkbox"/> 퇴직자 건강 플랜 <input type="checkbox"/> TRICARE/CHAMPUS

첨부 문서 B 다음 페이지 계속 



고용주 건강 보험 건강 보험 납부에 도움이 필요한 사람은 모두 질문에 답변합니다.

★ 직업을 통해 가입하신 건강 보험에 관해 알아야 합니다. 이 장을 작성하는데 도움이 되는 24페이지의 첨부 문서 C 고용주 보험 서식을 사용할 수 있습니다. 세대원이 직업 건강 보험의 가입 자격이 있는 경우에만 질문에 답변하거나 첨부 문서 C를 사용합니다.

신청서에 기재된 자중 고용주 건강 보험에 가입된 자가 있나요?

이는 부모나 배우자 등의 직업이 될 수 있습니다. COBRA, TRICARE, 연방, 또는 주 고용주, 민간 고용주, 평화 봉사단 플랜 등도 포함될 수 있습니다. 보고 대상이 **아닌** 추가 건강 보험을 가지고 있을 수 있습니다. 다음은 보고할 필요가 없는 추가 적용 수혜(최소 기본 적용은 아님)의 예입니다. 플렉스(가변) 저축 플랜, 건강 저축 계좌, 장애 보험, 다른 국가에서 이용 가능한 보험.

- 예 **예인 경우**, 질문에 답변하세요. 기재란이 더 필요한 경우, 별도 페이지를 첨부함.
- 아니오 **아니오인 경우**, 신청서로 되돌아가서 계속 진행합니다.

성명 이름, 중간, 성, 점미사 (예: Jr., Sr., III, IV)	고용주 이름 (선택 사항)	해당자는:	월 보험료 납부 금액은?	이 건강 플랜이 최저 가치 기준*에 충족하나요?
해당자 1:		<input type="checkbox"/> 현재 등록되어 있음 <input type="checkbox"/> 등록할 계획 주 날짜 _____ <input type="checkbox"/> 등록 안 됨	\$ _____	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름
해당자 2:		<input type="checkbox"/> 현재 등록되어 있음 <input type="checkbox"/> 등록할 계획 주 날짜 _____ <input type="checkbox"/> 등록 안 됨	\$ _____	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름
해당자 3:		<input type="checkbox"/> 현재 등록되어 있음 <input type="checkbox"/> 등록할 계획 주 날짜 _____ <input type="checkbox"/> 등록 안 됨	\$ _____	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름
해당자 4:		<input type="checkbox"/> 현재 등록되어 있음 <input type="checkbox"/> 등록할 계획 주 날짜 _____ <input type="checkbox"/> 등록 안 됨	\$ _____	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름

새로운 플랜 년도에 대한 고용주의 변경사항은 무엇입니까(알고 있는 경우)?

- 고용주는 건강 보험 적용을 제공 안 함.
- 고용주가 피고용인에게 건강 보험 적용을 시작하거나 **최저 가치 기준***을 충족시키는 피고용인에게만 최저 비용의 보험료로 바꾸려함. (보험료는 복시 프로그램 할인을 반영해야 함)

피고용인이 해당 플랜을 위해 납부하는 금액은?

\$ _____

납부 시기는?

- 주당 이 주마다 한 달에 두 번
- 월별 분기별 연별

변경 날짜 _____

* **최저 가치 기준** 은 플랜에서 피고용인에게 제공되는 플랜 보조금 총비용의 60% 이상을 납부하는 것을 말함. (국세청 규정 제 36B(c)(2)(C)(ii)항, 1986년도)



도움이 필요하세요?

Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임.
월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, CoveredCA.com 참고.



이 서식은 직업 건강 보험의 가입 자격이 있는 자에게만 필요합니다.

Medi-Cal을 포함하여 Covered California를 통해 제공받은 건강 보험 프로그램의 경우에는 필요하지 않습니다. 이 서식의 사용 여부를 확인할 수 없는 경우, Covered California에 연락함: 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500). Medi-Cal 가입 자격이 된다고 생각하면 이 서식을 작성할 필요는 없습니다. Medi-Cal 또는 보험료 지원에 관한 자격 여부를 알려면 28페이지의 첨부 문서 F를 참고합니다.

하나 이상의 직업에서 건강 보험의 수혜 적용을 제공하면 고용주별로 별도의 서식을 사용합니다.

▶ **고용주 정보** 이 장을 작성해야 함.

- ★ 이름과 사회 보장 번호(SSN)을 기재합니다 (선택 사항임). 그런 다음, 이 페이지를 복사하거나 신청서를 고용주에게 가져가세요. 페이지의 나머지 부분을 기재하기 위해 고용주에게 알아보니다. 해당 페이지를 복사하는 경우, 신청서와 함께 보내주세요.

고용주: 이름	중간 이름	성	접미사	사회 보장 번호(SSN) (선택 사항)
				____ - ____ - _____

▶ **고용주 정보** 고용주 해당 정보를 위해 고용주에게 문의할 것.

- ★ **고용주 참고 사항:** Covered California 신청서를 작성하기 위해서 피고용인 또는 부양 가족이 귀하를 통해 가질 수 있는 건강 보험에 관하여 알 필요가 있습니다. 회사에서 건강 보험을 제공하지 않더라도 아래에 해당 사항들을 기입합니다.

고용주 이름	고용주 식별 번호 (EIN)	
	____ - _____	
고용주 주소	고용주 전화 번호	
도시 이름	주 이름	ZIP 코드
피고용인의 직업을 통한 건강 보험 적용에 대해서 연락할 곳		
전화 번호	이메일 주소	

- 우리는 건강 보험을 제공 안 함
- 이 고용주는 우리의 플랜에 의거한 수혜 적용 대상이 아님.
- 피고용인은 _____ (시작 날짜)에 시작하는 플랜에 대한 적용 수혜의 자격이 됨.

이 피고용인이 해당 직업에서 등록할 수 있었던 자신만의 최저 비용의 건강 플랜의 이름은? 2010년 연방 환자 보호 및 저렴한 의료법에서 정한 최저 가치 기준* 에 부합하는 플랜만을 고려합니다. 확실하지 않은 경우에는 건강 보험 제공 회사에 문의하세요.	피고용인이 해당 플랜을 위해 납부하는 금액은? \$ _____
성명: _____	납부 시기는? <input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별 <input type="checkbox"/> 연별 <input type="checkbox"/> 기타 _____
<input type="checkbox"/> 플랜들이 최저 가치 기준* 에 부합하지 않음.	

새로운 플랜 년도에 대한 고용주의 변경사항은 무엇입니까(알고 있는 경우)?	피고용인이 해당 플랜을 위해 납부하는 금액은? \$ _____
<input type="checkbox"/> 우리는 건강 보험 적용을 제공 안 함.	납부 시기는? <input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 이 주마다 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별 <input type="checkbox"/> 연별
<input type="checkbox"/> 고용주가 피고용인에게 건강 보험 적용을 시작하거나 최저 가치 기준* 을 충족시키는 피고용인에게만 최저 비용의 보험료로 바꾸려함. (보험료는 복지 프로그램 할인을 반영해야 함)	변경 날짜 _____

* **최저 가치 기준** 은 플랜에서 피고용인에게 제공되는 플랜 보조금 총비용의 60% 이상을 납부하는 것을 말함. (국세청 규정 제 36B(c)(2)(C)(ii)항, 1986년도)



★ 4명 이상 소아 치과 플랜이나 건강 보험을 선택해야 하는 경우 이 페이지와 다음 페이지를 복사하여 사용하고 신청서와 함께 보내주십시오.

보험료 지원 자격에 해당한다고 생각하면 아래에 원하시는 소아 치과 플랜 이름, 건강 보험 플랜 이름이나 메탈 등급을 기재합니다. Covered California에서 제공하는 민간 플랜에 대하여 자세히 아시려면 CoveredCA.com 을 참고하거나, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500) 으로 연락합니다.

Medi-Cal 자격에 해당된다고 생각하면 아래에 원하시는 건강 보험 플랜 이름을 기재합니다. 카운티에서 제공하는 Medi-Cal 플랜에 관하여 자세히 알려하거나 등록된 플랜을 변경하려면 건강 관리 옵션; 1-800-430-4263 (TTY: 1-800-430-7077) 으로 연락하거나, healthcareoptions.dhcs.ca.gov 을 참고할 수 있습니다.

Medi-Cal 또는 보험료 지원에 관한 자격 여부를 알려면 첨부 문서 F를 참고합니다.

▶ 18세 이하 Covered California 소아 치과 플랜 선택하기

성명 이름, 중간, 성, Suffix (예: Jr., Sr., III, IV)	소아 치과 플랜 이름	적용 수준	플랜 유형
자녀 1:		<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 낮음	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/> DHMO
자녀 2:		<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 낮음	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/> DHMO
자녀 3:		<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 낮음	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/> DHMO
자녀 4:		<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 낮음	<input type="checkbox"/> DEPO <input type="checkbox"/> DPPO <input type="checkbox"/> DHMO

치과 서비스 협회; 치아 건강 관리 협회; 치과 선호 서비스 기관

▶ 건강 보험 플랜 선택하기

Medi-Cal 및 Covered California 플랜		Covered California 플랜만		
성명 이름, 중간, 성, Suffix (예: Jr., Sr., III, IV)	건강 플랜 이름	메탈 등급	메탈 번호	플랜 유형
해당자 1:		<input type="checkbox"/> 플래티넘 <input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 은 <input type="checkbox"/> 동 <input type="checkbox"/> 최저 적용 플랜		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
해당자2:		<input type="checkbox"/> 플래티넘 <input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 은 <input type="checkbox"/> 동 <input type="checkbox"/> 최저 적용 플랜		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
해당자3:		<input type="checkbox"/> 플래티넘 <input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 은 <input type="checkbox"/> 동 <input type="checkbox"/> 최저 적용 플랜		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO
해당자4:		<input type="checkbox"/> 플래티넘 <input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 은 <input type="checkbox"/> 동 <input type="checkbox"/> 최저 적용 플랜		<input type="checkbox"/> EPO <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> HSA <input type="checkbox"/> PPO

서비스회사 협회; 건강 관리 협회; 건강 저축 계좌 (이 플랜 유형은 회원들이 건강 저축 계좌를 개설하거나 기여할 수 있도록 함); 치과 선호 서비스 기관

플랜 선택을 마치려면 건강 보험 플랜을 선택하고 있는 18세 이상의 모든 개인들은 다음 페이지에 있는 중재 동의서에 동의하고 서명해야 함.

첨부 문서 D 다음 페이지 계속 ▶▶



도움이 필요하세요?

Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임.
월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, CoveredCA.com 참고.

중재 동의서

▶ Covered California 플랜을 선택하는 자:

건강 플랜에 참여하는 자는 모두 건강 플랜 회원, 서비스 등의 수혜 적용 및 제공, 의료 또는 병원 과실에 관하여 본인이 주장하는 배상(의료 서비스가 불필요하거나 권한이 없거나 부적절하거나 태만하거나 부적합하게 제공된 경우의 배상), 또는 책임 전제에 관하여 본인의 등록 부양 가족, 상속인, 건강 보험 수권 대리인, 계약된 건강 관리 제공 회사, 운영 회사, 기타 관련 당사자를 포함하여 이에 국한하지 않고 분쟁이나 배상을 해결하기 위해 자신의 규칙을 가지고 있다는 것을 본인은 이해합니다.

본인이 분쟁을 해결하기 위해 중재를 요구하는 건강 플랜을 선택하는 경우, 분쟁이나 배상(규제 법률에 의거하여 중재에 해당하지 않고 저촉되지 않는 법원의 작은 배상 사안은 제외)을 해결하기 위해 중재를 사용하고 실행 법률이 중재 절차의 사법적 검토를 제공하는 것을 제외하고 본인의 권리를 배심 재판으로 양도하고 법원에서 분쟁을 해결하도록 하는 것에 대해 승락하고 동의한다는 사실을 본인은 잘 알고 있습니다. 본인은 모든 참여 건강 플랜의 모든 중재 조항이 건강 플랜 적용 문서에 있다는 사실을 이해하며, 이는 CoveredCA.com 에서 온라인으로 검토할 수 있거나, 본인은 Covered California: 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락할 수 있습니다.

▶ Kaiser Medi-Cal 건강 플랜을 선택하는 자:

중재 통보: 본인은 플랜에 관한 설명을 읽었습니다. 본인은 어떤 분쟁을 해결하기 위하여 Kaiser에서 중립적인 중재의 사용을 요구한다는 것을 이해합니다. 이는 올바른 의료 치료가 제공되었는 지에 관한 분쟁(의료 과실) 과 의료 서비스가 불필요하거나 권한이 없거나 부적절하거나 태만하거나 부적합하게 제공되었는 지의 여부를 포함하여 서비스의 수혜 또는 제공에 관한 분쟁 등을 포함합니다. 본인이 Medi-Cal 건강 플랜으로 Kaiser 를 선택하는 경우, 본인은 배심, 또는 법원 재판에 헌법상의 권리를 양도합니다. 본인은 어떤 분쟁을 해결하기 위해 중립적인 분쟁을 사용하는 것에 대해 동의합니다. 주 청문회 처리 과정에 제한을 받는 문제에 관하여 주 청문회로 권리를 양도하지 않습니다.

▶ 모든 플랜 등록자 서명

▶ 해당자 1, 책임 담당자, 또는 해당자 1의 수권 대리인 서명 (18세 이상)	날짜
▶ 해당자 2, 책임 담당자, 또는 해당자 2의 수권 대리인 서명 (18세 이상)	날짜
▶ 해당자 3, 책임 담당자, 또는 해당자 3의 수권 대리인 서명 (18세 이상)	날짜
▶ 해당자 4, 책임 담당자, 또는 해당자 4의 수권 대리인 서명 (18세 이상)	날짜



신분/이민 상태

"건강 보험 신청"을 위한 목록 사용

다음 중 하나의 신분 상태에 해당되면 **건강 보험 가입 자격이 있음**:

- 합법적 영주권자 (LPR, 또는 그린 카드 소지자)
- 합법적 임시 거주자 (LTR)
- 망명자
- 피난민
- 쿠바/아이티 신입주자
- 미국으로 가석방
- 1980년도 이전 부여된 조건부 신입주자
- 폭행 당한 배우자, 자녀, 부모
- 불법 거래 희생자 및 그 배우자, 자녀, 형제 자매, 및 부모
- 비이민 상태의 개인 (미크로네시아, 마샬 군도, 팔라우의 직업 비자, 학생 비자 및 시민 포함)
- 임시 보호 상태 (TPS), 또는 임시 보호 상태 (TPS) 신청자
- 강제 추방 유예 (DED)
- 조치 유예 상태 참고: 국토 안보부 추방 유예 조치 (DACA) 처리 과정에 의거하여 조치 유예 상태인 개인은 합법 거주로 간주되지 않음.
- 이주법, 또는 고문 금지 조약(CAT)에 의거한 인정된 (국외) 추방 보류
- 이주법, 또는 고문 금지 조약(CAT)에 의거한 (국외) 추방 보류 신청자
- 특별 이주 청소년 상태의 신청인
- 승인된 비자 청원의 LPR 상태 조정 신청인
- 망명 신청인
- 고용 승인 문서 (EAD) 등록 신청인
- 감독 요청 (EAD 관련)
- 추방 취소, 국외 추방 중단 신청인 (EAD 관련)

신분 상태가 위에 나와 있지 않다면 건강 보험 자격이 계속 있고 계속 신청해야 합니다.

자영업

"자영업을 하시나요?" - 다음 목록 사용

자영업 순소득을 알기 위해 총소득에서 다음 항목들을 공제할 수 있습니다. 자세한 사항은 irs.gov의 "스케줄 C 지시 사항"을 참고함.

- 승용차 및 트럭 비용 (평일 이동이며 출퇴근 아님)
- 감가 상각
- 피고용인 임금 및 수당
- 재산, 부채, 사업 방해 보험
- 이자 (예: 은행 납부 모기지 이자)
- 법적 및 전문 서비스
- 사업용 부동산 및 공용 설비 임차 및 리스
- 대리 수수료, 세금, 라이선스 및 요금
- 광고
- 하청 노동
- 수리 및 유지
- 사업 관련 출장 및 식사

기타 소득의 예

"기타 소득이 있나요?" - 다음 목록 사용

- 실업 수당
- 사회 보장 보조금
- 퇴직/연금 소득
- 임대/로열티 소득
- 수령 이혼 수당
- 투자 소득
- 자본 이득
- 농업/어업 소득
- 취소된 부채
- 법원 판정 보상금
- 배심원 수입
- 기타

공제

"공제 사항이 있나요?" - 다음 목록 사용

- 특정 자영업 비용
- 학자금 대출 이자 공제
- 수업료 및 요금
- 교육자 비용
- IRA 기여
- 이사 비용
- 벌과금, 저축 조기 인출
- 건강 저축 계좌 공제
- 이혼 수당 지급
- 내수용 생산 공제
- 예비 군인, 공연 예술자, 비용 기준 정부 관리의 특정 사업 비용

▶ 2014년도에 적합한 건강 보험 유형 평가

세대원수	연간 세대 소득 (금액 이하) :	연간 세대 소득 (금액 범위) :
1	\$15,860*	\$15,860 - \$45,960
2	\$21,400	\$21,400 - \$62,040
3	\$26,950	\$26,950 - \$78,120
4	\$32,500	\$32,500 - \$94,200
5	\$38,050	\$38,050 - \$110,280



Medi-Cal 자격이 됨.



Covered California를 통해
재정 지원 가능 보험 자격이 됨.

*연간 세대 소득액은 대략적이며 2013년 소득 데이터에 기초함.

고용주, 또는 Medicare나 Medicaid 와 같은 정부 프로그램으로부터 저렴한 보험을 이미 수혜하고 있다면 Covered California 건강 보험 플랜의 자격이 안 됨.

★ 자녀가 있거나 임신 중인 경우, 소득이 더 높을 수 있으며 Medi-Cal 또는 AIM을 통해 무료 또는 저비용의 보험을 계속 수혜할 수 있습니다. 임신 중인 경우, Medi-Cal 자격과 Covered California 의 재정 지원 대상인에 있어 본인과 예상 자녀(들)이 별도로 간주됩니다.



자주 묻는 질문 (FAQ)

Covered California의 도움 얻기

1. Covered California란?

Covered California 는 Medi-Cal 을 통해 개인과 가족이 무료 또는 저비용의 건강 보험을 수혜하거나 Covered California 가 제공하는 민간 건강 보험료의 납부에 도움이 되는 새로운 마켓입니다.

캘리포니아 주민이 간편하고 저렴하게 건강 보험을 가입하는 것을 목표로 합니다. Covered California 는 캘리포니아 건강 혜택 거래소와 캘리포니아 건강 관리 서비스국과 협력 관계를 이루고 있습니다.

2. Medi-Cal이란?

Medi-Cal은 연방 Medicaid 프로그램의 캘리포니아 버전입니다. 자격이 있는 캘리포니아 주민들을 위한 무료 또는 저 비용 건강 보험입니다.

3. 유아 및 산모 액세스 (AIM)란?

AIM은 건강 보험이 없고 소득이 무료 Medi-Cal 수혜에는 너무 높은 임신 여성을 위한 저비용 건강 보험 프로그램입니다. AIM은 임신부 공제 또는 \$500 이상의 공동 지불에 해당되는 민간 건강 보험 플랜을 가지고 있는 여성에게도 제공됩니다.

4. Covered California는 어떻게 도와 주나요?

Covered California 는 건강 요구 사항과 예산에 부합하는 민간 보험 플랜을 선택하는 것을 도와 줍니다. 주에서 가장 잘 알려진 건강 플랜들과 지역적 로컬 플랜들도 제공합니다.

건강 보험 플랜의 비용과 수입을 명확하게 설명해 주어 본인에게 제공 가능한 선택 사항들을 비교할 수 있습니다. 플랜을 선택하기 전에 수혜 내용과 납부해야 하는 금액을 알게 됩니다.

5. 소득이 너무 높아도 건강 보험을 수혜할 수 있나요?

예, 소득에도 불구하고 Covered California 민간 건강 보험을 구매할 자격이 있는 캘리포니아 주민 모두가 대상입니다. 가족에게 가장 저렴한 건강 보험을 찾아 주기 위해 본인 소득을 사용합니다.

6. Covered California를 통해 제공받는 건강 보험의 종류는?

선택할 수 있는 다양한 건강 플랜들이 있습니다. 건강 보험 회사는 이전에 아파왔거나 수혜를 받을 수 없었어도 이젠 보험 가입을 거부할 수 없습니다.

Covered California는 플래티넘, 금, 은, 동, 네 그룹의 민간 건강 보험 플랜을 제공하며, 추가로 최소 수혜 플랜도 마련하고 있습니다.

각 그룹은 높은 레벨에서 낮은 레벨까지 다양한 레벨의 수혜를 제공합니다. 보다 많은 의료비 수혜를 적용하는 건강 보험 플랜은 보통 보험료가 높지만, 의료 서비스를 받을 때 더 적게 납부하게 합니다.

플래티넘 플랜은 보험료가 가장 높지만 의료비 90% 이상을 부담함. 금 플랜은 의료비에 있어 약 80%를 부담하고 은 플랜은 약 70%를 부담함. 동 플랜은 보험료가 가장 낮으면서 의료비 약 60%를 부담함. 전체 혜택 패키지에 관해 자세히 알려면 CoveredCA.com 을 방문하여 플랜의 수혜 증명, 또는 플랜 보험 증권과 같은 플랜 문서들을 검토합니다. 또는, **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500) 으로 연락하세요.

Medi-Cal 수혜 자격이 되면 수혜 및 의료 비용이 달라지며 보험료는 무료입니다.

7. 내가 Covered California 를 통해 건강 보험에 가입할 수 있나요?

캘리포니아 주민은 캘리포니아 주에 거주하고 있고 조건에 부합하면 누구나 Covered California 를 통해 건강 보험에 가입할 수 있습니다.

신청인은 무료 또는 저비용의 건강 플랜이나 보험료와 공동 지불 비용을 낮출 수 있는 금전적 자격이 있을 수 있습니다. 정부 보조 금액은 세대 규모 및 가족 소득에 기초합니다. 소득이 소득 제한 금액에 부합하면 신청인은 자격이 됩니다.

8. 비용은 어떻게 되나요?

비용은 선택하는 플랜에 따라 건강 보험 플랜의 종류와 자격이 되는 재정 지원에 따라 다릅니다. CoveredCA.com 에서 비용 계산기를 사용하여 비용을 알고 보험 납부 지원 자격이 되는 지 알 수 있습니다.

자주 묻는 질문 다음 페이지 계속 



도움이 필요하세요?

Covered California, **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임.
월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, CoveredCA.com 참고.

Covered California의 도움 얻기 (계속)

9. 신청서와 함께 첫 보험료를 보내야 하나요?

아니오, 신청서와 함께 최초 보험료는 보내지 마세요. 해당 플랜에서 부담하셔야 되는 상업 송장을 보내드립니다.

10. 어떻게 신청하나요?

다음과 같은 방법으로 Covered California 건강 보험을 신청할 수 있음:

- **온라인:** CoveredCA.com 방문. 모든 건강 보험 플랜에 관하여 간단 명료한 설명으로 정보를 제공함.
- **전화:** Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 무료 전화임.
- **팩스:** 신청서를 1-888-329-3700으로 팩스로 보냄.
- **우편:** Covered California 신청서 우편물 수신: Covered California P.O. Box 989725 West Sacramento, CA 95798-9725
- **개별 방문:** 도움을 지원하기 위해 교육 받은 공인 등록 상담원과 보험 대리인이 활동함. 카운티 사회 서비스 오피스에도 연락할 수 있음. 무료로 도와드려요! 집이나 직장 부근의 리스트는 CoveredCA.com 을 참고하거나 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500) 으로 연락하세요.

11. 현재 Medi-Cal에 등록되어 있는데요. Covered California 건강 보험에 가입할 수 있을까요?

수혜 연도 또는 연도별 갱신 시 소득 변화가 있는 경우, 다른 건강 보험과 Covered California 의 보험료 지원 자격에 해당할 수 있습니다.

12. 다른 건강 보험에 이미 가입되어 있다면 어떻게 되나요?

고용주를 통한 저렴한 건강 보험에 이미 가입되어 있는 경우, 어떠한 것도 할 필요가 없습니다. 그러나, 본인과 가족이 무료 또는 저비용의 건강 보험 자격에 해당되는 지 알기 위해 신청할 수도 있습니다.

신청하는 경우, 첨부 문서 B를 작성하여 신청서와 함께 보내세요.

13. 건강 보험 개혁에 의해서 건강 보험이 필요하나요?

2014.1월부터 어린이를 포함하여 대부분의 사람들은 건강 보험에 가입되어 있어야 하며, 그렇지 않으면 벌금을 냅니다. 수혜 범위는 직업을 통한 보험, 자신이 구매하는 수혜, Medicare, 또는 Medi-Cal 을 포함합니다.

그러나, 어떤 사람들은 건강 보험을 면제 받습니다. 이러한 사람들은 종교 신앙이 건강 보험 플랜을 수혜하는 데 반대하며 연방 정부에서 인정하는 종교의 종파, 구금된 사람, 연방 정부에서 인정하는 아메리칸 인디언이나 알래스카 토착민 및 고용주 기여나 보험료 지원을 고려한 후 건강 보험을 위해 소득의 8% 이상을 납부해야 하는 사람들을 포함하여, 또한 이에 국한하지 않습니다.

2014년에 벌금은 연간 소득의 1%, 또는 \$95 중 더 높은 쪽이 됩니다. 벌금은 해마다 증가합니다. 2016 년에 벌금은 연간 소득의 2.5%, 또는 \$695 중 더 높은 쪽이 됩니다. 2016 년 이후에는 조세 벌금이 생활비 조정에 기초하여 해마다 증가합니다.

벌금에 관한 자세한 사항은 CoveredCA.com 을 참고하거나 로컬 카운티 사회 서비스 오피스, 또는 Covered California 에 연락하세요.

14. 신청서 상 질문의 답변에 필요한 내용들을 모두 가지고 있지 않은데요. 어떻게 해야 하나요?

요구하는 자료들이 모두 준비가 되지 않으셨더라도 신청서에 서명하여 보내주세요. 신청서 접수 후 10~15 일 이내에 필요한 사항에 대해 알려드리기 위해 연락드리겠습니다. 연락이 없다면 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500) 으로 연락주세요.

15. 신청 후에는 어떻게 되나요?

본인과 가족의 자격에 해당하는 프로그램을 알려드리기 위해 45일 이내에 서신을 보냅니다. 연락이 없다면 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500) 으로 연락주세요.

자주 묻는 질문 다음 페이지 계속 



Covered California의 도움 얻기

(계속)

16. 신청서 작성이나 플랜 선택에 있어 도움을 받을 수 있을까요?

예! 무료로 도와드립니다. 공인 등록 카운셀러와 공인 보험 증개인이 새로운 건강 보험 플랜의 선택과 신청서 작성을 도와 주기 위해 주 전반에 걸쳐 지역 사회에서 활동하고 있습니다. 카운티 사회 서비스 오피스를 방문하여 도움을 받을 수도 있습니다. 다양한 언어로 도움을 받을 수 있습니다.

신청서 작성이나 플랜 선택에 있어 도움 받기:

- **온라인:** CoveredCA.com 방문. 모든 건강 보험 플랜에 관하여 간단 명료한 설명으로 정보를 제공함.
- **전화:** Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500) 으로 연락주세요. 월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 무료 전화임!
- **개인 상담:** 도움을 지원하기 위해 교육 받은 공인 등록 상담원과 보험 대리인이 있습니다. 카운티 사회 서비스 오피스에도 연락할 수 있음. 무료로 도와드려요! 집이나 직장 부근의 리스트는 CoveredCA.com 을 참고하거나 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500) 으로 연락주세요.

17. 건강 보험 플랜을 어떻게 선택할 수 있나요?

Covered California 를 통해 민간 건강 보험 플랜의 가입 자격에 해당되는 경우, CoveredCA.com 에서 쉽게 건강 보험 플랜을 쇼핑하며 비교할 수 있습니다.

Covered California 건강 플랜 브로셔도 제공됩니다. Covered California 는 민간 건강 보험 플랜과 Medi-Cal 플랜을 선택할 수 있게 합니다. 본인의 건강 요구 사항과 예산에 부합하는 적용 수혜 수준을 선택할 수 있습니다.

- 높은 월 비용(보험료) 납부를 선택하여 의료 서비스 필요 시 실제 비용을 적게 부담할 수 있습니다.
- 또는, 낮은 월 비용 납부를 선택하지만 필요 시 실제 비용을 많이 부담할 수 있습니다.

Medi-Cal 수혜 자격이 되면 수혜 및 비용은 다르고 본인에게는 무료입니다. 카운티 Medi-Cal 플랜에 관하여 자세히 알려면 건강 관리 옵션; 1-800-430-4263 (TTY: 1-800-430-7077) 으로 연락주세요. 또는, www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov 을 참고합니다.

재정 지원

18. 돈을 많이 벌지 않는데요. 건강 보험을 수혜하는데 있어 어떤 프로그램이 제공 가능한가요?

2014.1.1부터 건강 보험이 필요한 사람은 다음과 같은 방법 중에서 도움을 받을 수 있음:

A. 월 보험료 지원. 보험료 지원은 건강 보험 비용을 낮추기 위하여 제공합니다. 보험료 지원 자격에 해당하는 사람은 월 보험료를 낮추기 위해 사전에 (세액 공제 전) 지원을 받을 수 있습니다. 또는, 연말에 지원을 받고 세금을 적게 납부할 수 있습니다.

월 보험료 지원 금액은 세대 규모와 가족 소득에 따라 다릅니다.

B. Medi-Cal: Medi-Cal 은 연방 및 주 조세로 대금 결제가 이루어지는 California 의 Medicaid 프로그램입니다. 일정한 요건에 부합하는 저소득 캘리포니아 주민을 위한 건강 보험입니다.

소득이 가족 규모별로 Medi-Cal 제한 금액 이내인 경우, 무료로 Medi-Cal 수혜를 받을 수 있습니다.

19. 소득이 변하면 보험료 지원이 즉시 변하나요?

아니오, 보험료 지원은 즉시 변하지 않습니다. 가지고 있는 새로운 정보를 처리하게 됩니다. 그리고, 보험료 지원 금액 변경 여부에 관하여 알려드립니다.

20. 소득이 변하면 소득세 신고 시 어떻게 영향을 주나요?

Covered California 에 수령하고 있는 보험료 지원(조세 신용) 금액에 영향을 주는 소득 변경 사항을 보고하는 것이 중요합니다. 소득이 감소하면 보험료 지원을 더 받게 되고 실 비용을 훨씬 더 줄일 수 있습니다. 그러나, 소득이 증가하면 너무 많은 보험료 지원 금액을 수령하게 되어 수혜년도 조세 신고 시 상환 요청을 받을 수 있습니다.

자주 묻는 질문 다음 페이지 계속 



도움이 필요하세요?

Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임. 월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, CoveredCA.com 참고.

재정 지원 (계속)

21. 작년 세금을 신고하지 않았다면 어떻게 되나요?

작년에 세금을 신고하지 않았더라도 건강 보험을 여전히 신청하고 보험료 지원을 받을 수 있습니다. 본인과 가족에게 가장 저렴한 건강 보험을 찾아 주기 위해 본인의 소득을 사용합니다.

보험료 지원 자격이 되면 수혜 년도의 세금을 납부해야 합니다.

22. 신청 후 소득이 변하면 어떻게 되나요?

소득이 변하면 해당 자격이 있는 건강 보험 종류가 변할 수 있습니다.

Covered California 를 통해 민간 건강 보험에 가입한 경우, 연락하여 30일 이내에 적격성에 영향을 줄 수 있는 소득 변경 사항을 알려줍니다.

Medi-Cal 에 가입되어 있고 소득이 변한 경우, 10일 이내에 카운티 사회 서비스에 연락합니다.

기타 질문

23. 신청서 상 기재된 자는 미국 시민이나 미국 국적이어야 하나요?

아니오. 미국 시민이나 미국 국적을 가지고 있지 않더라도 Medi-Cal 을 통한 건강 보험 가입 자격이 될 수 있습니다.

24. 가족과 내가 같은 프로그램에 자격이 될까요?

세대 규모와 가족 소득에 따라 본인과 가족은 다른 프로그램의 자격이 될 수 있습니다. 예를 들어, Covered California 를 통해 저렴한 민간 건강 보험의 자격이 될 수 있습니다. 그러나, 자녀는 무료 Medi-Cal 자격이 될 수 있습니다. 본인과 다른 구성원의 자격이 되는 건강 보험의 종류를 알려드리겠습니다.

25. 이 신청서에서는 많은 개인 정보를 요구하네요. Covered California는 본인의 개인 정보와 재정 정보를 공유하나요?

아니오. 제공하신 정보는 연방 및 주 법률에 의거하여 사적 기밀로 안전하게 유지합니다. 해당 정보는 건강 보험의 자격 여부를 알기 위해서만 사용됩니다.

26. 새 Covered California 건강 보험 플랜을 바로 이용할 수 있을까요?

2013. 10월 ~ 12월 신청하는 경우, 건강 플랜은 2014.1 월부터 서비스를 시작합니다. 2014.1.1 이후 신청하면 건강 플랜은 빠르면 신청 달에 서비스를 제공합니다.

27. "장애"란 어떤 경우지요?

다음의 경우 장애로 Medi-Cal 자격이 됨:

- 농인 또는 심각한 청각 손실
- 맹인 또는 안경 착용 시에도 심각한 시각 손실
- 지적 인지 결여로 기억, 집중 및 결정 내리기에 어려움이 있음
- 보행 제약이 있고 걸거나 계단을 오르는데 어려움이 있음
- 목욕이나 옷입기 또는 이와 유사한 일상 활동에 어려움이 있음
- 신체적, 정신적 정서적 제약으로 도움 안 받고 심부름 (쇼핑, 병원 가기 등)을 하는 데 어려움이 있음.

가정이나 요양 시설 또는 지원 생활 시설에서의 생활에서 특별 지원 서비스를 받을 필요는 없습니다.

28. 기존의 제약이나 장애가 있는데요. 내가 Covered California 를 통해 건강 보험에 가입할 수 있나요?

예. 현재 또는 과거 건강 제약이나 장애에도 불구하고 건강 보험을 수혜할 수 있습니다.

2014년부터 대부분의 건강 보험 플랜은 기존의 건강 제약 또는 장애로 인해 보험 수혜를 거부하거나 비용을 더 부과시킬 수 없습니다.

29. 임신했다는 걸 안지 얼마 안되었는데요. 임신 기간 중 수혜할 건강 보험을 신청할 수 있나요?

예. 신청서 상의 질문 "임신중인가요"에 예라고 답변하거나 신청서 작성을 도와 주는 사람에게 말하세요. 출생 전 건강 관리, 진통 및 분만, 분만 후 건강 관리에 관한 건강 보험을 신청할 수 있습니다. 건강 보험 플랜에서는 임신한 경우 건강 보험을 거부할 수 없습니다.

자주 묻는 질문 다음 페이지 계속 

도움이 필요하세요?

Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임. 월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, CoveredCA.com 참고.



기타 질문 (계속)

30. 애기가 막 생겼어요. 건강 보험에 있어 어떻게 하나요?

분만 시 Medi-Cal 이나 유아 및 산모 액세스 (AIM)가 없는 경우, 신생아를 위해 신청서를 작성하세요.

임신 기간 중 Medi-Cal 이나 AIM이 없다면 신청서를 작성하지 않아도 됩니다.

- 신청서 2페이지의 산모에 관한 내용을 포함합니다.
- Medi-Cal 이 있는 경우에는 카운티 사회 서비스 오피스에 연락하여 아기가 출생 시부터 수혜를 받을 수 있는 지 알아보거나 신생아 소개 서식을 작성합니다. 서식은 www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/forms/Forms/mc330.pdf 에서 인쇄합니다.
- AIM이 있는 경우에는 1-800-433-2611으로 연락하거나, aim.ca.gov 에서 아기를 등록합니다.

31. 시민이 아니고 정상 이주/신분 상태가 아닌데도 건강 보험 자격이 되나요?

캘리포니아에 거주하는 사람은 누구나 이 신청서로 건강 보험을 신청할 수 있습니다. 신청하는 사람은 사회 보장 번호나 이주 신분과 관련한 정보를 제공해야 합니다.

그러나, 이주 신분과 사회 보장 번호를 갖고 있지 않더라도 특정한 건강 보험 플랜의 자격에 해당할 수 있습니다.

정보는 사적 기밀로 유지하고 해당 프로그램의 자격 여부를 알기 위해서만 정부 기관과 정보를 공유합니다.

32. 18세 생일에 위탁 양육 서비스를 제공받았나요?

18세 생일에 주에서 위탁 양육 서비스를 제공받았고 현재 18~26세인 경우, Medi-Cal 자격이 됩니다. 캘리포니아 주민 여부를 확인한 후 Medi-Cal 에 무료로 등록합니다. 그런 다음, 위탁 양육 서비스와 Medicaid 에 속하는 지 확인합니다.

33. 일시 지급 구성 요소는?

일시 지급은 도박 수입, 상금, 채무 취소, 사망자 고용주로부터 유가족 배우자가 수령하는 급여 또는 임금, 소급 효력이 있는 사회 보장 및 철도 퇴직 수당, 복권 당첨 금액, 선물 및 소급 효력이 있는 실업 보험 수당 등에게만 허용됩니다.

34. "자영업" 이란?

자영업자는 자신의 사업이나 서비스로부터 직접 소득이 있습니다. 급여를 주는 회사를 통해 소득이 생기지는 않습니다.

35. 투표 등록에 관하여서는 어디에서 정보를 얻나요?

현재 살고 있는 곳에서 투표 등록이 되어 있지 않고 오늘 투표 등록을 원하면 registertovote.ca.gov를 참고하세요. 또는, 1-800-345-VOTE (8683) 으로 연락합니다.

36. 아메리칸 인디언, 또는 알래스카 토착민인데요. Covered California는 어떻게 도와 주나요?

연방 정부에서 인정하는 아메리칸 인디언이나 알래스카 토착민인 경우, 또는 다른 방법으로 인디언 건강 서비스, 부족 건강 프로그램, 도시 인디언 건강 프로그램에서 제공하는 서비스에 자격이 되는 경우, 무료 또는 저소득 Medi-Cal 수혜 자격이 됩니다. 또는, 보험료 지원이나 공동 지불이 아닌 다른 비용 절약에 대해서 자격이 있습니다. 특별 월 등록 시기도 있습니다.

- 첨부 문서 A를 작성하고 아메리칸 인디언이나 알래스카 토착민이라는 증명서와 함께 보냅니다. 부족 등록 카드 또는 인디언 사무국의 인디언 혈통 증명서 (CDIB) 를 이용할 수 있습니다.
- Medi-Cal 자격이 안 되는 경우에는 아메리칸 인디언이나 알래스카 토착민 문화 유산에 발행하는 증명서를 보내지 않아도 됩니다. Medi-Cal 자격 여부를 알려면 첨부 문서 F 를 참고합니다.

37. Covered California에서 내린 결정에 동의하지 않으면 어떻게 하나요?

이의를 제기할 수 있습니다. 동의하지 않는 결정 사항에 이의를 제기하려면 다음 중 한 방법으로 Covered California 에 연락하세요.

- **온라인:** CoveredCA.com 방문.
 - **전화:** Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500) 으로 연락주세요. 월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 무료 전화임.
 - **팩스:** 이의 신청서를 1-888-329-3700 으로 팩스로 보냄.
 - **우편:** 이의 신청서 수신: Covered California - Appeals P.O. Box 989725 West Sacramento, CA 95798-9725
 - **개별 방문:** 도움을 지원하기 위해 교육 받은 공인 등록 상담원과 보험 대리인이 있습니다. 카운티 사회 서비스 오피스에도 연락할 수 있음. 무료로 도와드려요!
- 집 또는 직장 부근의 공인 등록 상담원과 보험 대리인 명단이나 부근의 카운티 사회 서비스의 목록을 알려면 CoveredCA.com 을 방문하시거나 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500) 으로 연락주세요.



도움이 필요하세요?

Covered California, 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임. 월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, CoveredCA.com 참고.

추가 도움을 제공할 수 있습니다.

CalFresh

본인과 가족을 위한 식품 구매에 있어 도움이 필요하나요? CalFresh 에서 도움을 드립니다!

캘리포니아에서 연방 영양 지원 프로그램 (SNAP) 은 CalFresh 라 합니다. CalFresh는 영양이 포함되어 있는 과일, 야채, 또는 건강 식품을 구매 지급하는 데 도움을 줍니다.

CalFresh 해당 자격 여부를 알려면 **1-877-847-3663** 으로 연락하거나 **www.calfresh.ca.gov** 을 참고하고, 또는 **benefitscal.org** 에서 온라인 신청합니다.



Welltopia by DHCS

Facebook 과 Twitter 에서 복지 부문인 복지 건강 관리 서비스국 (DHCS)의 Welltopia를 참고합니다. 스트레스 줄이기, 건강 식품 섭취, 운동하기, 금연 등에 관한 조언을 참고합니다.

DHCS의 Welltopia:

- 재미있는 무료 건강 앱
- 유익한 정보 영상
- 링크:
 - 맛있고 쉬운 레시피
 - 농산물 직판장 위치
 - CalFresh
- 여러분과 아이들을 위한 재미 있는 장소 및 활동
- 보다 생활을 용이하게 하기 위한 교육, 구직 및 기타 서비스



Facebook의 DHCS Welltopia가 "좋아요"! 가기: [Facebook.com/DHCSWelltopia](https://www.facebook.com/DHCSWelltopia)



팔로우 하세요! @Wettopiadhcs

Earned Income Tax Credit (EITC)

EITC 는 중저 소득층을 위한 보조 혜택입니다. 이 조세 신용은 부담해야 하는 조세 금액을 줄여주어 환급도 될 수 있습니다.

www.eitc.ca.gov

자녀 조세 신용

조세 신용은 소득에 따라 해당 자격이 있는 자녀 당 \$1,000 입니다.

www.childtaxcredit.ca.gov

도움이 필요하세요?

Covered California, **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임. 월~금: 8 a.m. ~ 8 p.m, 토: 8 a.m. ~ 6 p.m. 또는, **CoveredCA.com** 참고.



다른 언어로 된 도움 받기

다른 언어로 되어 있는 신청서에 관한 도움을 받을 수 있습니다. 1-800-738-9116으로 연락합니다.

Podemos ayudarle en español a llenar esta solicitud. Llame al 1-800-300-0213.

SPANISH

您可以透過其他語言

獲得此申請的幫助。

請致電 1-800-300-1533.

TRADITIONAL CHINESE

Quý vị có thể được trợ giúp về đơn đăng ký này bằng tiếng Việt. Hãy gọi 1-800-652-9528.

VIETNAMESE

이 응용 프로그램에 대한 한국어 지원을 받으실 수 있습니다

1-800-738-9116.

KOREAN

Maaari kang kumuha ng tulong para sa aplikasyong ito sa Tagalog. Tumawag sa 1-800-983-8816.

TAGALOG

Koj txais tau kev pab nrog kev tso npe no ua lus Hmoob. Hu 1-800-771-2156.

HMONG

Вы можете получить помощь в оформлении этой заявки на русском языке. Звоните по телефону 1-800-778-7695.

RUSSIAN

Դուք կարող եք հայերենով օգնություն ստանալ այս դիմումի ձևը լրացնելու հարցում: Ջանգահարեք 1-800-996-1009.

ARMENIAN

می توانید در ارتباط با این فرم تقاضا به زبان های دیگر کمک دریافت کنید. با شماره 1-800-921-8879 تماس بگیرید.

FARSI

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយចំពោះពាក្យសុំនេះជាភាសាខ្មែរ។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528.

KHMER

يمكنك الحصول على مساعدة خاصة بهذا التطبيق باللغة العربية. اتصل بـ 1-800-826-6317.

ARABIC

