

MEDICAID 갱신 관련 지원/무료 통역 서비스

이 안내서는 귀하의 갱신 양식을 작성하는 데 도움을 제공합니다. 영문 및 번역본이 동봉되어 있습니다. 이 중 **하나만** 반송해 주십시오. 갱신 양식과 관련하여 도움이 필요하신 경우, HRA Medicaid 헬프라인에 1-888-692-6116번으로 문의하시거나 본 안내서 4페이지에 기재되어 있는 관리형 케어 플랜(Managed Care Plan) 중 한 곳에 문의하시기 바랍니다. 청각 장애인의 경우 711번 또는 텍스트 전화(TTY)를 이용하여 1-718-636-7783번으로 문의하실 수 있습니다(일반 전화 사용 불가).

통화 시 또는 모든 Medicaid 사무실에서 무료 통역 서비스를 이용하실 수 있습니다.

이 페이지 나머지는 공백입니다.

우편 갱신 변동 사항

갱신 양식과 관련해 문의 사항이 있으신 경우 기존과 같이 HRA Medicaid 헬프라인에 1-888-692-6116번으로 전화해 주십시오. 또한, 동봉된 Medicaid 갱신 양식 작성 가이드 4페이지에 기재된 관리형 케어 플랜 중 한 곳에 연락하여 도움을 받으실 수도 있습니다.

이는 귀하에게 자동으로 발송되는 **유일한 갱신** 신청서입니다. 반송할 준비가 될 때까지 이를 안전한 장소에 보관하시기 바랍니다. **신청서 1페이지에 명시된 날짜까지 우편으로 회신하지 않으시면 귀하의 보장이 종료될 수 있습니다.**

기존과 같이 Access NYC 사이트에서 추가 혜택에 대한 사전 심사를 이용하실 수 있습니다. <http://www1.nyc.gov>에 접속하여 페이지 하단 메뉴에서 사회 복지(Social Services)를 선택하십시오. 이 사이트는 안전하고 보안이 되며, 사용하기 쉽습니다.

주의사항

- 미국 시민권 증빙서류는 지금 제출하지 않아도 됩니다. 갱신 양식에서 별다른 지침이 없다면 소득 증빙서류를 제출하지 않아도 됩니다.
 - 원하실 경우 저희가 가장 정확한 정보를 받도록 하기 위해 지금 둘 중 하나 또는 둘 다를 보내실 수 있습니다.
 - 지금 증빙서류를 제출하지 않으면, 나중에 제출해 달라는 요청서를 보내드리게 됩니다. 이 소책자 5~6페이지 “문서 가이드”에 허용되는 증빙 유형이 나와 있습니다.
- 미국 시민이신 것을 말씀해주시면, 컴퓨터 확인 작업을 통해 시민권을 확인합니다. 그렇게 할 수 없는 경우, 증빙서류를 제출해 달라는 요청서를 보내드립니다.
- 또한, 컴퓨터 확인 작업을 통해 소득도 확인하게 됩니다. 확인 결과가 귀하가 보고한 정보와 다를 경우, 자격 여부를 결정할 때 이 확인 결과를 사용할 수도 있습니다.
 - 지금 증빙서류를 제출하지 않으면, 나중에 제출해 달라는 요청서를 보내드리게 됩니다. 이 소책자 5~6페이지 “문서 가이드”에 허용되는 증빙 유형이 나와 있습니다.
- 뉴욕시에서 뉴욕주 내의 다른 카운티로 최근에 이주했으나 지금 거주지에서 공공 건강 보험 케이스를 아직 오픈하지 않은 경우, 이 갱신 양식을 작성한 후 보내주셔야 합니다. 보장 이전을 도와드리겠습니다.

MEDICAID 참여 관리형 케어 플랜	전화번호	현재 서비스 지역				
		Bronx	Brooklyn	Manhattan	Queens	Staten Island
AFFINITY HEALTH PLAN	866-247-5678	●	●	●	●	●
EMBLEM HEALTH(전 GROUP HEALTH INSURANCE/HIP HEALTH PLAN OF GREATER NY-GHI/HIP)	800-447-8255	●	●	●	●	●
HEALTHFIRST PHSP, INC.	866-463-6743	●	●	●	●	●
HEALTHPLUS AN AMERIGROUP COMPANY	800-950-7679	●	●	●	●	●
METRO-PLUS(METROPOLITAN HEALTH PLUS)	800-303-9626	●	●	●	●	●
NY STATE CATHOLIC HEALTH PLAN/FIDELIS	888-343-3547	●	●	●	●	●
UNITED HEALTHCARE COMMUNITY PLAN(전 AMERCHOICE BY UNITED/AMERCHOICE OF NY INC.)	800-493-4647	●	●	●	●	●
WELLCARE OF NY, INC.	800-308-2571 800-215-1531	●	●	●	●	

MEDICAID 갱신 사이트	785 Atlantic Ave. Brooklyn, NY 11238	888-692-6116
-----------------	---	--------------

헬스케어 보장을 계속하기 위한 문서 가이드

Medical Assistance 프로그램이 허용하는 증명서의 목록은 다음과 같습니다. 갱신 통지 소책자 앞표지에 있는 안내와 함께 이 가이드를 사용하여, 헬스케어 보장을 계속 받으려면 어떠한 문서를 제출해야 하는지 확인하시기 바랍니다.

소득:

임금 및 급여/고용

- 현재의 급여 지급 수표 또는 급여 지급 명부 기록
- 고용주의 상세한 서면 명세서
- W-2(MBI-WPD 소비자만 해당)
- 소득세 신고서(MBI-WPD 소비자만 해당)

자영업

- 서명한 소득세 신고서
- 수입 및 지출 기록

근로 소득

증빙서류 유형

- 급여가 동일한 경우 -----> 마지막 급여 명세서 또는 고용주가 보낸 서한의 사본.
- 급여가 지급 기간마다 바뀌는 경우 -----> 마지막 4주에 대한 급여 명세서 또는 고용주의 서신 사본.
- 급여/소득의 일부가 현금으로 지급되었거나 고용주가 서면 증빙서류를 제공하지 않을 경우 -----> 갱신 소책자 2페이지의 **소득** 섹션 하단에 있는 첫 번째 질문에 “예”라고 답하십시오
- 자영업인 경우 -----> 현재 소득에 대한 가장 최근 세금 신고서 및 서한(본인이 서명)의 사본.
- 실업 수당을 받는 경우 -----> 뉴욕주 노동부(NYS Department of Labor)의 실업 보험 수여 서한 또는 인터넷 인쇄물 사본을 보내주십시오:
<https://ui.labor.state.ny.us/UBC/home.do>

실업 수당

- 지급 서한/증명서
- 수당 명세서 또는 출력물
- 뉴욕주 노동부에서 작성한 서신

사회 보장

- 지급 서한/증명서
- 수당 수표
- 사회보장국 서신 (Social Security Administration)

군 급여

- 학자금 지원 서신
- 수표 증빙

자녀 양육비/이혼 수당

- 양육비를 제공하는 사람의 서한 또는 법원의 서한
- 아동 양육비/별거 및 이혼 수당 수표 부분

산재 보상금

- 학자금 지원 서신
- 수표 증빙

임대 또는 자취인/하숙인으로부터 받는 소득

- 방 이용자, 하숙인, 세입자의 서한
- 수표 증빙

이자/배당금/인세

- 은행 또는 신용 조합의 서한
- 브로커 서한
- 에이전트 서한

재향군인 혜택

- 학자금 지원 서신
- 수당 수표 부분
- 보훈청 서한 (Veterans' Administration)

개인 연금/연금 보험

- 연금/연금 보험 명세서

헬스케어 보장을 계속하기 위한 문서 가이드(계속)

시민권: (미국 시민권자일 경우 증빙서류를 지금 제출하지 않아도 됩니다. 문서가 필요한 경우, 해당 서류를 요청하는 편지를 보내드립니다.)

- 미국 여권
- 미국 시민권 증명서
- 귀화 증명서
- 미국 출생 신고서 및 다음 신원 증빙서류 중 하나 (1) 사진 또는 기타 신원 관련 정보가 부착된 운전면허증, (2) 사진이 부착된 학생증, (3) 미국 군인 카드 또는 징집 기록, (4) 운전면허증과 동일한 정보가 포함되어 있는 연방정부, 주정부 또는 지역정부가 발행한 신분증.

이민 신분: 미국 이민국(United States Citizenship & Immigration Services)이 발행하는 문서는 다음과 같습니다.

- I-551 영주권(그린카드)
- I-688B 또는 1-766 노동 허가증
- I-94 출입국 기록
- I-797(조치 통보) 또는 USCIS, ICE 또는 EIOR이 발행 또는 수령한 기타 공식 서한

자녀 양육/가족 부양: 문서에는 귀하가 지급하는 금액과 빈도가 포함되어야 합니다.

- 데이케어 센터 또는 기타 어린이/성인 의료 서비스 제공자의 서한
- 케어 서비스의 지급을 증명하는 취소된 수표 또는 영수증

임신:

- 출산 예정일이 포함되어 있는 의사/의료전문인의 서한

사적 건강 보험: 문서에는 귀하가 지급하는 금액이 포함되어야 합니다.

- 보험 정책
- 보험 증명서
- 보험 카드
- 기타 사적 보험 증빙서류

시민권이나 신원을 증명하는 데 필요한 문서 이외에는 모든 문서의 복사본을 허용합니다.

본 양식을 작성하고 서명함으로써, 본인은 Medicaid 및/또는 Family Planning Benefit 프로그램 보장 갱신을 신청합니다.

본인은 각 프로그램에 대한 자격 여부를 증명하는 데 필요한 정보를 제공해야 함을 이해합니다. 본인은 이 양식에 있는 정보에 변동 사항이 발생할 경우 이를 즉시 신고할 것에 동의합니다. 이 정보를 얻을 수 없을 경우, 사회복지지구에 이를 알리겠습니다. 사회복지지구는 정보를 구하기 위해 도움을 줄 수 있습니다.

본인은 가족 구성원이나 본인이 갱신하는 프로그램의 담당자들이 본 양식에서 본인이 제공한 정보를 확인할 수 있음을 알고 있습니다. 이러한 프로그램을 운영하는 기관은 42 U.S.C. 1396a (a) (7) 및 42 CFR 431.300-431.307, 기타 연방 정부 및 주 정부 법률과 규정에 의거하여 해당 정보를 기밀로 유지해야 합니다.

본인은 Medicaid 및/또는 Family Planning Benefit 프로그램이 보험회사 또는 다른 사람이 지급해야 하는 의료 비용에 대해서는 보장하지 않음을 알고 있으며, 배우자 또는 21세 미만인 사람의 부모에게 의료 지원을 구하고 받을 수 있는 본인의 권리와 혜택을 수령하고 있는 기간에 제3자에게 지급을 청구하고 수령할 권리를 해당 기관에 부여하고 있음을 알고 있습니다.

본인은 본인에게 권리가 있는 건강 또는 재해 보험 혜택이나 기타 자원이 있다면 청구하겠습니다. 본인은 권리의 사용이 본인의 건강이나 안전 또는 본인이 법적으로 책임을 지는 사람의 건강과 안전에 해를 끼칠 경우, 건강보험을 사용하는 것에 협조하지 않을 정당한 이유를 주장할 권리가 본인에게 있음을 알고 있습니다.

본인은 이러한 프로그램에 대한 본인의 자격 여부가 본인의 인종, 피부색 또는 국적에 의해 영향을 받지 않음을 알고 있습니다. 또한, 본인은 이러한 개별 프로그램의 자격 요건에 따라 본인의 나이, 장애 또는 시민권 상태가 본인의 자격 여부에 대한 고려 요소가 될 수 있음을 이해합니다.

본인의 자녀에게 Medicaid가 적용된다면 이들이 모든 필요한 치료를 포함한 기본적이고 예방적인 치료를 Child/Teen Health 프로그램을 통하여 받을 수 있다는 것을 알고 있습니다.

이 프로그램에 따른 서비스를 받기 위해 고의로 거짓말을 하거나 진실을 숨기는 것은 범죄이며, 연방 정부 및 주 정부 처벌의 대상이 될 수 있고, 수령한 수당을 다시 상환하고 민사상의 벌금을 납부해야 할 수 있음을 알고 있습니다. 뉴욕주 세무 및 재무부(Department of Tax and Finance)는 이 양식의 소득 정보를 확인할 권리가 있습니다.

시민권/이민 신분 인증서 본인은 위증을 하면 처벌을 받는다는 조건 하에서 이 양식에 이름을 서명함으로써 본인 및/또는 본인이 서명한 모든 사람이 미국 시민권자 즉 미국 국적자이거나 또는 만족스러운 이민 신분이라는 사실을 확인합니다. “만족할 만한 이민 신분”이란 해당인의 혜택 자격이 상실되지 않는 이민 상태를 의미합니다. **중요 정보:** 미국 시민권이민국(USCIS)에서는 Medicaid 가입이 영주권(그린카드) 획득, 시민권 획득, 가족 구성원 후원, 미국 내외 지역을 여행할 수 있는지에 영향을 미칠 수 없다고 밝혔습니다(요양원이나 정신 건강 시설의 장기 치료 서비스 비용 지급을 위해 Medicaid가 부담하는 경우 제외). **주 정부는 본 신청서의 정보를 USCIS에 보고하지 않습니다.**

사회 보장 번호(SOCIAL SECURITY NUMBER, SSN) 모든 신청자는 사회 보장 번호 또는 이 번호를 신청했거나 신청하려고 시도했다는 증빙서류를 제출해야 합니다. 이에 대한 예외는 응급 의료 상태에 대한 치료를 요청하는 임신한 사람, 서류미비자/불법체류자 및 임시 비시민 및 폭행을 당한 특정한 이민자에게만 적용됩니다. SSN은 수당을 신청하지 않는 가구 구성원에 대해서는 요구되지 않습니다. 본인은 이 사항이 연방정부 법률 42 U.S.C. 1320b-7 (a) 및 Medicaid 규정 42 CFR 435.910에 의거함을 이해합니다. SSN은 사회복지부(Department of Social Services, DSS) 내에서, DSS와 연방 정부, 주 정부, 지역 정부 기관 사이에서, 그리고 New York 내 및 다른 관할권 내에서 다양한 방법으로 사용됩니다. SSN은 신원을 확인하거나, 근로 소득 및 비근로 소득을 파악하거나, 양육권이 없는 부모가 신청인을 위해 건강 보험 보장을 받을 수 있는지 확인하거나, 신청인이 의료 지원을 받을 수 있는지 확인하거나, 신청인이 지원금 또는 기타 도움을 받을 수 있는지 확인하는 등에 필요합니다. 또한, SSN은 수혜자가 적절한 서비스를 이용할 수 있도록 하기 위해 중앙 정부의 Medicaid 기관 내 및 기관 사이에서 수혜자 신원을 확인하기 위해서도 사용됩니다.

의료 정보의 공개 본인은 본인과 본인이 동의할 수 있는 모든 가족 구성원에 관한 의료 정보 공개에 동의합니다. 본인의 건강 보험 기관 또는 의료 제공자가 치료, 지급 또는 헬스케어 시술을 수행하는 데 합리적인 필요하에, 본인의 1차 치료 서비스 제공자, 기타 헬스케어 서비스 제공자 또는 뉴욕주 보건부(State Department of Health, SDOH)가 본인의 건강 보험 기관 및 본인이나 본인 가족의 치료에 관련된 모든 헬스케어 제공자에게 제공하는 경우, Medicaid 운영을 위한 목적으로 본인의 건강 보험과 기타 헬스케어 서비스 제공자가 SDOH 및 기타 공인 연방정부, 주 정부, 지역 기관에 제공하는 경우, 그리고 본인의 건강 보험 기관이 치료, 지급 또는 헬스케어 시술을 이행하기 위해 합리적인 필요 하에 기타 개인이나 기관에 제공하는 경우 등이 있습니다. 또한, 본인은 공개되는 정보에 본인과 본인의 가족 구성원에 대한 HIV, 정신 건강 또는 알코올 및 약물 남용 정보가 법률이 허용하는 한도까지 포함될 수 있음에 동의합니다. 가족 중 성인 두 명이 Medicaid 의료 보험에 가입하고 있는 경우, 정보 공개에 동의하려면 신청하는 각 성인의 서명이 필요합니다.

MEDICAID 관리형 케어 본인이 Medicaid 케이스에 가족 구성원을 추가하려고 할 때 본인이 거주하는 카운티에서 Medicaid 수혜자가 건강보험에 가입할 것을 요구하는 경우, 본인은 해당 가족 구성원이 면제 또는 배제 대상이 아닌 이상 본인의 가족과 동일한 건강보험에 가입될 것임을 알고 있습니다.

학력 기록 공개 본인은 지역의 사회복지부와 뉴욕주가 건강 관련 교육 서비스에 대한 Medicaid 환급 청구에 필요한, 이 문서에 이름이 명시된 본인 자녀의 학력 기록에 관련된 모든 정보를 획득할 권한과 해당 연방정부 기관이 감사 목적만을 위해 이 정보를 이용할 권한을 부여합니다.

EARLY INTERVENTION 프로그램 본인의 자녀가 뉴욕주 Early Intervention 프로그램을 위해 평가를 받고 있거나 이에 참여할 경우 본인은 지역의 사회복지부와 뉴욕주에 Medicaid 청구를 목적으로 본인 자녀의 Medicaid 자격 정보를 본인의 카운티 Early Intervention 프로그램과 공유할 권한을 부여합니다. 본인은 이 정보를 신청자에게 서비스를 제공하는 학교 기반 건강 센터와 공유하는 것에 동의합니다.

개인정보 보호 통지문

본 통지서에는 귀하에 관한 의료 정보를 사용하고 공개하는 방법과 귀하가 해당 정보에 접근할 수 있는 방법이 나와 있습니다. 신중히 검토해 주십시오.

뉴욕 Medicaid 프로그램은 귀하의 건강 정보를 사용, 공유, 보호하는 방법을 통보해야 합니다. 뉴욕 Medicaid 프로그램에는 일반 Medicaid 및 Medicaid 관리형 케어가 포함됩니다. 이 프로그램은 뉴욕주 보건부와 각 지역 사회복지부에서 관리합니다.

귀하의 건강 정보는 기밀입니다.

본 기관은 귀하의 정보를 기밀로 유지해야 하며 필요한 경우에만 귀하의 정보를 공유하고 이 통지에 나온 프라이버시 관행을 준수해야 합니다. 본 기관은 HIV/AIDS 또는 약물 및 알코올 서비스를 받는 개인의 성명을 보호하기 위해 특별한 주의를 기울여야 합니다.

뉴욕 Medicaid 프로그램은 어떤 건강 정보를 보유하고 있습니까?

Medicaid에 등록하면 귀하의 건강에 대한 정보를 기관에 제공하게 될 수 있습니다. 의사, 클리닉, 병원, 관리 진료 계획, 기타 의료서비스 제공자가 지급을 위해 청구서를 보내는 경우, 기관은 귀하의 건강, 치료, 약물에 대한 정보를 얻게 됩니다.

뉴욕 Medicaid 프로그램은 건강 정보를 어떤 방식으로 사용 및 공유합니까?

건강 정보를 반드시 공유해야 하는 사례

- 귀하 또는 귀하의 대리인이 건강 정보를 요청하는 경우.
- 감사 등 정부 기관에서 법에 따라 허용되는 정보를 요청하는 경우.
- 법률에 따라 정보 공유가 필요한 경우.

Medicaid 신청서에서 귀하는 뉴욕 Medicaid 프로그램이 치료비를 지불하고 프로그램을 운영할 수 있도록 귀하의 건강 정보를 사용 및 공유할 권리를 제공했습니다. 예를 들어 본 기관은 다음 목적으로 정보를 사용 및 공유합니다.

- 의사, 병원 및/또는 의료서비스 제공자 청구서 지급.
- 귀하가 고품질 건강 관리를 받고 모든 규정 및 법률이 준수되는지 확인.

귀하의 건강 정보를 검토할 수 있는 사례

- 귀하가 올바른 처치 또는 치료 장비를 받았는지 확인하기 위한 목적.
- 귀하의 건강 혜택에 발생한 중요한 변경 사항에 대해 고지하기 위한 목적.
- 귀하가 올바른 건강 프로그램에 등록되었는지 확인하기 위한 목적.
- 기타 보험회사로부터의 대금 회수 목적.

- 귀하에게 경제적으로 더 실속 있는 Medicare Part D 또는 기타 보험 프로그램에 대한 자격 결정 목적.

또한 제한된 조건 하에서 다음 목적으로 귀하의 건강 정보를 사용 및 공유할 수 있습니다.

- **건강 관리 연구 목적.** 더욱 개선된 건강 관리를 제공할 방법을 찾기 위해 여러 소비자의 건강 정보를 검토할 수 있습니다.
- **연방 및 주법에 따라 허용되는 한도에서 귀하 또는 귀하의 커뮤니티의 심각한 건강 또는 안전 문제를 예방 또는 대응할 목적.**

다음과 같은 기타 사용 및 공개에는 귀하의 서면 승인이 필요합니다.

- **정신 치료 기록.**
- **보조금 지급 대상 치료에 대한 알리를 포함하여 마케팅 목적의 보호 대상 의료 정보 사용 및 공개.**
- **보호 대상 의료 정보의 판매에 해당하는 공개.**

본 기관에 적용되는 법률에 따라 그렇게 해야 하는 경우가 아닌 이상, 이 통지에 언급되지 않은 모든 목적에 대한 귀하의 건강 정보 사용 또는 공유에 대해서는 귀하의 서면 허가가 필요합니다.

나의 권리 알기

귀하 또는 귀하의 대리인은 다음과 같은 권리를 갖습니다.

- 이 통지의 서면 사본을 획득할 권리.
- 건강 정보의 사본을 확인 또는 획득할 권리. 요청이 거부되는 경우, 귀하는 거부를 검토할 권리가 있습니다.
- 건강 정보 변경을 요청할 권리. 기관은 모든 요청을 검토하나 의사, 클리닉, 병원, 기타 의료서비스 제공자가 귀하에게 전송한 청구서는 변경할 수 없습니다.
- 기관에서 귀하의 정보를 사용 및 공유하는 방식을 제한하라고 요청할 권리. 기관은 모든 요청을 검토하나 법에 따라 공개해야 하는 경우를 제외하고 귀하의 요청에 동의할 의무는 없습니다.
- 다양한 방식으로 귀하의 치료 정보에 대해 귀하에게 연락할 것을 요청할 권리(예: 다른 주소로 우편 발송 요청).
- 귀하가 선택한 모든 사람과 귀하의 건강 정보를 공유하는 것을 허용하는 귀하의 서명이 필요한 특별 양식을 요청할 권리. 정보가 이미 공유되지 않은 한, 귀하는 언제든지 허가를 철회할 수 있습니다.
- 귀하의 건강 정보를 받는 이의 목록을 요청할 권리. 이 목록에는 귀하 또는 귀하의 대리인이 요청한 귀하의 건강 정보, 뉴욕 Medicaid 프로그램 운영에 사용되는 정보, 법률 집행 목적으로 제공되는 정보가 포함되지 않습니다.
- 보호 대상 의료 정보에 대한 위반이 발생하는 경우 통지를 받을 권리.

이 통지서의 전자 사본을 보려면 뉴욕시 인적자원관리국(New York City Human Resources Administration) 웹사이트를 참조하십시오(https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf). 대체 버전을 확인하려면 뉴욕주 보건부 웹사이트를 방문하십시오(https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm).

***민원 제기에 대한 불이익은 없습니다. 본 통지서의 정보를 변경하는 경우 아래 웹사이트에 수정된 버전을 게시합니다.**

https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf

의학적 또는 정신적 질환이나 장애가 있으십니까? 이러한 질환으로 인해 본 통지서를 이해하거나 본 통지서의 요청 사항을 수행하는 데 어려움이 있으십니까? 이러한 질환으로 인해 HRA에서 제공하는 기타 서비스를 받는 데 어려움이 있으십니까? **저희가 도와드리겠습니다.** 888-692-6116번으로 전화하십시오. 또한 HRA 사무실 방문 시 도움을 요청할 수 있습니다. 귀하에게는 법률에 따라 이러한 도움을 요청할 권리가 있습니다.