Washington State Department of Social & Health Services
HRSA Health & Recovery Services Administration

아동 및 청소년 의료혜택 신청서
APPLICATION FOR CHILDREN'S MEDICAL BENEFITS

Healthy Kids Now!

본 양식은 19 세 미만의 아동과 청소년만을 위한 의료혜택 신청서입니다. 의료혜택 신청은 아동이나 청소년을 대신해 다른 사람이 하던지, 아동이나 청소년 본인이 스스로 신청할 수도 있습니다. **저희는 제 1 항에 기입된 사람에게 차후에 발생하는 모든 정보를 보낼 것입니다.** 질문이 있으시거나 이 양식을 작성하는 데 도움이 필요하시면 1-877-543-7669 로 전화하십시오. 기꺼이 도와드리겠습니다!

반드시 검정색이나 파란색 펜으로 작성해주십시오. 연필은 사용하지 마십시오. **(부모나 보호자 또는 차후 정보를 받을 수 있는 사람 기입요)**

1. 이름		중간이름 이니셜	성	
2. 거주지 주소	도로명	시	주	우편번호
3. 우편주소(상기와 다를 경우)		시	주	우편번호

4. 전화번호 자택 ( ) 직장 ( )	5. 영어로 말하고 읽고 쓰는데 문제가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 어떤 언어로 번역된 또는 어떤 다른 형식(예: 점자)의 신청서가 필요합니까? _____ 통역관이 필요하십니까? ("예"일 경우 통역관을 통해 도와드릴 것입니다). ☐ 예 ☐ 아니오 어느 언어를 사용하십니까? _____
녹음 메시지 ( )	6. 지금 당장 의학적 조치가 필요한 19 세 미만의 자녀가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 가족 중 임신한 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우 임신한 사람은 누구입니까? _____

일반 정보

7. **함께 거주하는** 가족 구성원을 기입하십시오. (기입해야 할 가족이 더 있을 경우 다른 용지에 적어 첨부하십시오)

이름 (이름, 중간이름, 성)	성별 남/여	신청인과의 관계	생년월일 (월/일/년)	사회보장번호 *=임의기입란	미시민권자 여부 예 아니오	출생지 (시/주)	아동이 미시민권자가 **아닐 경우** 아래를 기입하십시오.	
A. 부/모, 보호자 또는 본인				*	☐ ☐		아동의 미국 입국 일자	아동에게 보증인이 있습니까? 예 아니오
B. 배우자 또는 다른 한쪽 부/모 (집에 함께 거주할 경우)				*	☐ ☐			
C. 19 세 미만의 자녀(아동/십대) 기재요. **(의료혜택을 원하는 아동)**					☐ ☐			☐ ☐
D.					☐ ☐			☐ ☐
E.					☐ ☐			☐ ☐
F.					☐ ☐			☐ ☐
G. 가족 기타 성인/아동(들) 기재요 **(의료혜택을 원하지 않는 가족성원)**				*		주: 아동의 신분상태를 알 수 있는 모든 문서들을 첨부하십시오.		
				*				

8. 가족 중 19 세 미만의 자녀가 장애인입니까? ☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우 누구입니까?

지출경비. 이 정보는 자녀(들)의 의료혜택 수혜자격에 도움이 될 수 있습니다.

9. 직장에 나가기 위해 지출되는 탁아비용이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우 한 달에 얼마를 지불합니까? $
직장에 나가기 위해 지출되는 성인가족장애자 간병인 고용 비용이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우 한 달에 얼마를 지불합니까? $

10. 자택에 같이 살고 있지 않는 자녀를 위해 법원에서 명한 아동양육비를 지급하고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우 한 달에 얼마를 지불합니까? $

소득. 총소득 기입(세금과 비용 공제 전의 금액) (소득을 증명할 수 있는 증빙서류를 첨부하십시오)

11. 부/모의 고용주 이름 및 전화번호 ( ) 업무 시작일:	기타 가족 소득	지난 30 일간 수령한 금액	이 소득을 벌인 가족의 이름
	15. 아동양육비	$	
12. 지난 30 일간 받은 금액(세금이나 비용 공제 전 금액) $ 이 소득에서 자영업으로 들어 온 소득은 얼마입니까?* $	16. 별거수당	$	
	17. 사회보장금	$	
	18. 실직수당	$	
13. 배우자(또는 자택에 살고 있는 다른 한 쪽 부/모)의 고용주 이름 및 전화번호 ( ) 업무 시작일:	19. 투자소득/이자/배당금	$	
	20. 재향군인보조금	$	
14. 배우자(또는 자택에 사는 다른 한 쪽 부/모)가 지난 30 일간 수령한 금액 (세금과 비용 공제 전의 금액) $ 이 소득에서 자영업으로 들어 온 소득은 얼마입니까?* $	21. 산재수당	$	
	22. 군인수당	$	
	23. 기타(설명하십시오):	$	
*귀하나 귀하의 배우자(또는 자택에 사는 다른 한 쪽 부/모)가 자영업을 하는 사람이면 다른 공제금을 적용 받을 수도 있습니다. 더 자세한 정보나 신청서 작성에 도움이 필요하시면 1-877-KIDS-NOW 에 전화하십시오.	24. 신청 자녀에 대한 의료비(지난 3 개월 내의 의료비) 체납 금액에 대해 도움이 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우 당국이 검토해 주기 바라는 달의 총가족 소득에 대한 증빙서류의 사본을 제출해 주십시오.		

건강보험 정보. 귀하의 **자녀**가 이미 이용하고 있는 건강보험이 있으면 알려주십시오.

25A. 의료혜택을 신청한 자녀 중에 이미 건강보험을 갖고 있는 **자녀**가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오	25B. "예"일 경우 이 건강보험으로부터 의사방문, 병원, 엑스레이(방사선) 및 임상실험 등을 보험으로 제공받을 수 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오	26A. 지난 4 개월 내에 직장에서 제공하는 건강보험에 가입되어 있었던 **자녀**가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오	26B. "예"일 경우 부양가족에 대한 보험료가 월 $50 미만이었습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

27. 상기 질문(25 A/B 또는 26 A/B) 중 "예"라고 체크한 부분이 있으면 해당 건강보험회사의 이름 또는 자녀에게 건강보험을 제공한 고용주의 이름을 기재하십시오.

건강보험회사 또는 고용주	보험약관 번호	보험계약자 이름	보험계약자의 사회보장번호(임의기입란)

아동의 민족/인종 배경(자진 정보 기입란)

자녀의 인종/민족적 배경을 알려주시는 데 문제가 되지 않는다면 해당 정보를 부탁드립니다. 이 정보는 의료혜택 수혜 여부를 가리는 데 사용되지 않습니다.

☐ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 ☐ 아시안계 ☐ 흑인 또는 아프리카계 아메리칸
☐ 히스패닉 또는 라틴계 ☐ 하와이 원주민 또는 기타 태평양섬주민
☐ 백인 ☐ 기타:

보건사회부에서 관리하는 모든 프로그램과 활동에 있어 차별대우는 금지됩니다. 이들 프로그램과 활동에 인종, 피부색, 신념, 정치적신념, 국적, 종교, 나이, 성별 또는 장애여부로 인해 아무도 배제될 수 없습니다.

먼저 자세히 읽고나서 서명하십시오.

이 양식은 아동용 의료혜택 신청서입니다. 현금혜택, 기본 식품 또는 기타 혜택을 이미 받고 있거나 받기를 원하면 보사부(DSHS) 사무처(CSO)로 연락하십시오.

- 수혜자격이 될 경우 DSHS 는 귀하가 제공한 모든 정보에 대한 증빙서류를 요구할 것입니다. 증빙서류를 획득하는 데 도움이 필요하면 DSHS 에 문의하십시오.
- 귀하가 제공하는 정보는 다른 주정부 또는 연방기관에 의해 점검될 수도 있습니다. 이 정보는 이민귀화국(INS)에 제공되지는 않습니다.
- 의료혜택을 신청하여 수혜하는 사람은 모든 의료지원이나 건강관리를 위해 제삼자가 지불하는 지불금에 대한 당사자의 권리를 워싱턴주정부에 양도하는 것입니다.
- DSHS 는 귀자녀의 예방접종내역을 아동프로필예방접종 추적시스템(Child Profile Immunization Tracking System)에 제공할 수 있습니다.

선언 및 서명: 본인은 이 신청서에 있는 정보를 읽고 이해했습니다. 본인은 위증시 처벌을 받는다는 조건 하에 이 신청서에 본인이 제공한 정보가 진실하며 정확하고 본인이 아는 바를 기입하였음을 선언합니다.

신청인의 서명	날짜

제출 방법

발송주소: **Department of Social and Health Services**
PO Box 45449
Olympia, WA 98504-5449

도움이 필요할 경우: 도움이 필요하거나 질문이 있으시면 아래로 전화하십시오.
1-877-KIDS-NOW.
(1-877-543-7669)