

The Breast and Cervical Cancer Treatment Program

MEDI-CAL 신청서

신청서를 처리할 수 있도록 다음 모든 항목을 작성해 주시기 바랍니다. 이 양식에서 특별히 요청된 개인 정보만 제공하시고, 요청되지 않은 추가 정보는 포함하지 마시기 바랍니다.

1. 이 양식은 이번 달과 다음 달에 즉시 Medi-Cal 의료 서비스를 신청하기 위한 것입니다. 이 신청서를 사용하여 Breast and Cervical Cancer Treatment Program(BCCTP)을 통한 지속적인 Medi-Cal 혜택도 받으시겠습니까? 예 아니요

참고: BCCTP 혜택을 계속 받으시려면 거주 지역 카운티 사회서비스국 사무실에서 Medi-Cal을 신청하셔야 합니다. 이는 모든 혜택에 대해 자격 심사를 받아야 하기 때문입니다. 이 신청일로부터 최근 45일 이내에 Medi-Cal 신청서를 제출하셨다면 카운티에서 따로 신청하실 필요는 없습니다.

2. 지난 삼(3)개월 동안 비용 지원이 필요한 의료비가 있으십니까?

예 아니요

Medi-Cal 카드

3. "Benefits Identification Card(BIC)"라고도 불리는 Medi-Cal 카드를 가지고 계십니까?

예 아니요

'예'라면, 카드에 적힌 번호는 무엇입니까?

신청인 정보

4. 이름	5. 성	6. 중간 이름	7. 접미사(Jr, Sr, III)
8. Social Security number <i>Medi-Cal 혜택을 받기 위해 Social Security number는 필수 사항이 아닙니다. 현재 Social Security number가 없으시고 추후에 신청하신다면, 발급받은 후 60일 이내에 반드시 번호를 제출하셔야 합니다.</i>			
9. 성별 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성		10. 생년월일(월월/일일/년년년년)	
11. 출생 카운티(캘리포니아 내인 경우)		12. 출생 주(state)	

집주소

13. <input type="checkbox"/> 노숙인이신 경우, 확인란에 체크해 주시고 아래 "우편 주소란"에 모든 서면 우편물을 보낼 곳을 알려주십시오.			
수취인(C/O)			
거리 주소			
시	주(state)	우편 번호	귀하가 거주하는 카운티
14. 우편 주소 (집 주소와 다른 경우)			
시	주(state)	우편 번호	귀하가 거주하는 카운티

연락처 정보

15. 귀하에게 연락할 수 있는 가장 좋은 방법은 무엇입니까? <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 이메일		
이메일 주소		
집 전화	통화하기 가장 좋은 시간	음성 메시지를 남겨도 괜찮습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
메시지용 전화	통화하기 가장 좋은 시간	음성 메시지를 남겨도 괜찮습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
휴대전화	통화하기 가장 좋은 시간	음성 메시지를 남겨도 괜찮습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
선호하는 구어(spoken) 언어		선호하는 서면(written) 언어

기타 건강 보험 정보

16. Medicare를 포함하여 다른 종합 의료 보험이 있으십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
17. '예'라면, 건강보험 회사명을 적어 주십시오: 해당되는 모든 항목을 선택하십시오.		
<input type="checkbox"/> Military Benefits Comprehensive <input type="checkbox"/> Medicare 파트 C (Advantage) <input type="checkbox"/> Medicare 가석방 수혜자 <input type="checkbox"/> PPO/PHP/HMO/EPO <input type="checkbox"/> 다중 종합 보험 <input type="checkbox"/> Kaiser <input type="checkbox"/> 나열된 항목 외의 다른 보험사(다중 가입 포함)		
18. Medicare 파트 A(입원 보험)를 가지고 계십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
19. Medicare 파트 B(외래 보험)를 가지고 계십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
20. Medicare 파트 D(처방약 보험)을 가지고 계십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요

가구 정보

21. 임신 중이십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	'예'라면, 몇 명의 아기를 예상하고 계십니까? _____
22. 가족 구성원은 몇 명입니까? _____	
여기에는 귀하(BCCTP 신청인), 함께 거주하는 21세 미만의 부양 자녀, 그리고 배우자가 포함됩니다.	
23. 세금 공제 전 월 가구 소득은 얼마입니까?	

아래에 가구 구성원을 기재해 주십시오.

성명(이름과 성)	생년월일	귀하와의 관계 (예: 배우자, 자녀)	그들의 월 총 소득(세전)은 얼마입니까?

대체 형식

24. 다른 형식의 정보가 필요하십니까? (선택 사항) 예 아니요

'예'라면, 형식 유형을 선택해 주십시오.

- 큰 글씨
- 오디오 전자 형식
- 데이터 전자 형식
- 점자
- 카운티 지원
- 오디오 전자 형식(비밀번호로 보호됨)
- 데이터 전자 형식(비밀번호로 보호됨)

이서명된 이 양식을 신청서와 함께 제출하십시오.

신청인 이름	Tracking number
--------	-----------------

누가 이 신청서에 서명할 수 있습니까?

- 신청인 또는 그 배우자. 만 21세 이상 신청인은 본인이 직접 신청할 수 있습니다. 신청인이 18세에서 21세사이인 경우 그리고 부모 또는 보호자와 함께 거주하는 경우, 부모 또는 보호자가 대신 신청해야 합니다.
- Medi-Cal이 필요한 신청인의 후견인 또는 보호자 집행인.
- 신청인이 개인 사무를 처리할 수 없거나 의식이 없으며 배우자, 후견인, 보호자, 유언 집행인 또는 지정 대리인이 없는 경우, 신청인을 대신하여 행동하는 사람.

지정 대리인으로 임명된 개인은 신청인 또는 구성원에게 서면 고지를 제공하고, 지정 대리인과 관련된 모든 주 및 연방법을 준수할 것에 동의합니다. 여기에는 정보의 개인 정보 보호, 서비스 제공자 청구권 양도 금지 규정, 이해충돌 방지 규정 등이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.

이러한 주 및 연방법은 당부서가 신청서에 기재된 정보를 수집하고 보관할 권리를 부여합니다: 42 Code of Federal Regulations § 435.907.

The Health Insurance Portability and Accountability Act, Section 262(a), 42 U.S.C., Section 290dd-2 (42 CFR Part 2) and state law, including Civil Code, Section 56.10(b), Welfare and Institutions Code, Section 10850.

당부서는 CA Civil Code § 1798.17에 따라 본 개인정보 공지를 귀하에게 제공해야 합니다. DHCS의 개인정보 보호관행 공지는 dhcs.ca.gov에서 확인하십시오.

California Code, Welfare and Institution Code – WIC § 14011. 2

서명 및 인증

본인은 캘리포니아주 법에 따라 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 본 신청서에 기재한 답변과 제출한 서류가 본인이 아는 한 정확하고 사실임을 선언합니다. 본인은 신청서 작성 지침, 본인의 권리 및 책임, 그리고 이 신청서에 인쇄된 모든 정보를 읽고 이해했음을 선언합니다.

신청인 서명	날짜
신청인을 대신하는 사람 또는 지정 대리인의 서명	날짜
신청인과의 관계	전화번호

Medi-Cal 기밀 유지 및 공개 공지 이 신청서에 기재된 정보는 Welfare and Institutions Code 14100.2에 따라 비공개 및 기밀로 유지됩니다.

해당 정보에 대해 이루어질 수 있는 모든 알려진 또는 예측 가능한 공개에는 다른 주 정부 기관, 연방 정부 또는 사법 당국에 대한 공개가 포함되며, 이는 Civil Code 제1798.24조 또는 (e) 또는 (f)항에 따른 정보 공개를 포함합니다.

Medi-Cal을 신청할 때 나의 권리는 무엇입니까?

- 귀하는 인종, 피부색, 출신 국가, 종교, 나이, 성별, 성적 지향, 성 정체성, 결혼 여부, 정치적 신념, 재향군인 신분 또는 장애 여부와 관계없이 공정하고 평등한 대우를 받을 권리가 있습니다.
- Medi-Cal 프로그램이 귀하를 차별했거나 주 및 연방법에 따라 요구되는 합리적인 편의를 제공하지 않았다고 생각되시면 불만을 제기할 권리가 있습니다. 불만 사항은 Department of Health Care Services (DHCS) 민권 담당 사무국에 1-916-440-7370 (TTY: 1-916-440-7399)로 전화하거나 아래 웹사이트를 통해 접수하실 수 있습니다: <https://www.dhcs.ca.gov/Documents/1044-DHCS-DISCRIMINATION-COMPLAINT-FORM.pdf>
- 귀하는 Medi-Cal 프로그램의 자격이 되는지 여부를 평가받을 권리가 있습니다.
- 귀하는 Medi-Cal 프로그램에 대한 정보 및 Medi-Cal 신청에 대한 도움을 받을 권리가 있습니다.
- Medi-Cal 신청을 할 때 도움이 필요하시거나 질문이 있거나 영어로 말하거나 읽거나 이해하는 데 어려움이 있는 경우 통역 서비스를 받을 권리가 있습니다.
- 신청하기 전 3개월 동안 의료 서비스를 받으신 경우, 귀하는 해당 서비스 비용을 Medi-Cal로 지원받을 수 있는지 여부를 평가받을 권리가 있습니다. 이를 소급 자격(retroactive eligibility)이라고 합니다.

- 귀하는 Medi-Cal 자격 여부나 자격 상태 변경 여부에 대해 서면으로 통보받을 권리가 있습니다.
- 청문회를 요청하시려면
 - 1) 가까운 카운티 사회서비스국 사무실에 연락하시거나;
 - 2) Department of Social Services에 1-855-795-0634 또는 TDD 1-800-952-8349로 전화하시거나,
 - 3) 카운티 사회서비스국 사무실에 서면으로 요청하시면 됩니다. 청문회를 요청하시려면 조치 통지서(form NA Back 9)의 뒷부분을 작성하여 해당 양식 또는 다른 서면 요청서를 가까운 카운티 사회서비스국 사무실에 제출하시면 됩니다. 이 양식은 거주 지역 카운티 사회서비스국 사무실이나, 아래 링크에서도 입수하실 수 있습니다: <https://www.cdss.ca.gov/Portals/9/Additional-Resources/Forms-and-Brochures/NABack9.pdf?ver=2022-05-16-155918-390>
- 귀하는 지역 카운티 사회서비스국 사무실, DHCS 또는 Covered California의 결정에 만족하지 못하는 경우, Health Insurance Premium Payment (HIPP)와 관련된 사항을 제외하고, 주 청문회를 요청할 권리가 있습니다. HIPP는 권리 보장 프로그램이 아니므로 HIPP에 대해서는 이의를 제기할 권리가 없습니다.
- 결정에 대해 이의 제기를 하기 위해 주 청문회를 원하시는 경우, 조치 통지서(NOA)를 받으셨거나 발송된 날짜로부터 **90일** 이내에 청문회를 요청하셔야 합니다.
- NOA를 받지 못하신 경우에는, Medi-Cal 혜택 신청 결정 지연으로 인한 것이 아닌 한, 원하시는 조치가 이루어지지 않았거나 원치 않는 조치를 발견한 날로부터 **90일** 이내에 청문회를 요청하셔야 합니다.

- 귀하는 Medi-Cal 자격 여부를 결정하는 데 사용된 Medi-Cal 파일과 Medi-Cal 프로그램 규정 및 지침을 열람할 권리가 있습니다.

Medi-Cal을 받게 되면 나의 책임은 무엇입니까?
 다음 사항 중 변경이 발생하는 경우 변경일로부터 10일 이내에 BCCTP에 알려야 합니다:

- 귀하 또는 가구 내 가족 구성원의 소득이 변경된 경우. 이는 소득이 증가하거나 감소하거나 새로 발생하거나 중단되는 경우 모두 해당됩니다. 여기에는 Social Security Administration (SSA)으로부터 수령한 소득, 대출금, 합의금, 고용 소득, 실업급여 및 기타 모든 소득원이 포함됩니다.
- 귀하가 신체적 또는 정신적으로 장애를 갖게 된 경우.
- SSA, Veterans Administration 또는 Railroad Retirement에 장애 혜택을 신청하거나 수령하는 경우.
- Medi-Cal을 신청 중이거나 받고 있는 중에 시민권이나 이민 신분에 변경이 생긴 경우.
- 건강보험 가입 상태에 변경이 있는 경우.
- 필요한 정보를 제공하지 않거나 허위 정보를 제공한 경우, 귀하의 Medi-Cal 혜택이 거부되거나 중단될 수 있습니다. 귀하의 사례는 사기 혐의로 조사될 수도 있습니다.
- 귀하의 개인정보 보호 권리와 Medi-Cal에 대해 더 알아보시려면 Department of Health Care Services 개인정보 보호 관행 공지 웹페이지를 참고하십시오. 아래 웹사이트에서 확인하실 수 있습니다:

www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx

또한 귀하는:

- 요청이 있을 경우 California 거주자임을 증명해야 합니다.
- Medi-Cal을 신청할 때 시민권 또는 이민 신분을 신고해야 합니다.
- Medi-Cal 혜택을 신청하는 모든 사람의 Social Security Number (SSN)를 제공해야 합니다.

- 귀하가 미국((U.S.) 시민, 미국 국적자 또는 적격한 이민 신분을 가진 경우, SSN을 제공해야 합니다. SSN이 없으신 경우, SSN을 신청하고 신청일로부터 60일 이내에 해당 번호를 카운티 사회서비스국에 제출해야 합니다.
- 카운티 사회서비스 담당자에게 SSN 신청에 대한 도움을 받으실 수 있습니다.
- 문제가 발생할 경우 Social Security Administration (SSA)과 협조하여 해결해야 하며, 그렇지 않으면 Medi-Cal이 거부되거나 중단될 수 있습니다.
- 자격이 되시면 Medicare를 신청해야 합니다.
- 시각 장애인, 장애인, 말기 신부전 환자, 또는 만 64세 9개월 이상인 개인인 경우 Medicare 자격이 주어집니다. 귀하는 Medi-Cal과 Medicare를 모두 가입하고 있다는 사실을 의료 서비스 제공자에게 알릴 책임이 있습니다.
- Medicare를 포함하여 귀하가 가지고 있거나 이용할 자격이 있는 모든 건강보험 또는 의료 보장 내용을 카운티 사회서비스국 사무실과 및 의료 서비스 제공자에게 보고해야 합니다. 고의로 이 정보를 제공하지 않을 경우, 의료 서비스 제공자로부터 비용 청구를 받을 수 있으며 범죄로 처벌될 수 있습니다.
- 귀하는 다음 사항을 이해합니다:
- 필요한 정보를 제공하지 않거나 허위 정보를 제공한 경우, 귀하의 Medi-Cal 혜택이 거부되거나 중단될 수 있습니다. 귀하의 사례는 사기 혐의로 조사될 수도 있습니다.
- 개인 정보 변경 사항을 즉시 신고하지 않아 자격이 없는 Medi-Cal 혜택을 받게 될 경우, DHCS에 해당 금액을 반환해야 할 수 있습니다.
- 귀하 또는 Medi-Cal 혜택을 받는 가족 구성원은 다른 주에서 공공 지원을 받고 있어서는 안됩니다. Medi-Cal을 신청하면 HIPP 프로그램을 포함한 다른 의료 지원 프로그램 자격이 여부도 함께 평가됩니다.

개인은 **Department of Health Care Services**가
보관하는 자신의 개인 정보 기록을 열람할
권리가 있습니다.

Department of Health Care Services의
개인정보 처리방침은 아래 개인정보 보호 관행
공지 웹페이지에서 확인하실 수 있습니다:

[https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/
priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx)

및 개인정보 보호 정책 웹페이지에서도
확인하실 수 있습니다:

<https://www.dhcs.ca.gov/pages/privacy.aspx>

귀하가 **Breast and Cervical Cancer
Treatment Program**에 해당되지 않는 경우,
기록을 요청하시려면 지역 사회서비스국
사무실에 문의하십시오.

DHCS 내에서 귀하의 기록을 열람하려고
하는 경우, BCCTP에 문의하여 도움을
받으시기 바랍니다.

Breast and Cervical Cancer Treatment Program
P.O. Box 997417, MS 4611
Sacramento, CA 95899-7417
전화: (800) 824-0088
이메일: BCCTP@dhcs.ca.gov
팩스: (916) 440-5693

Medi-Cal 신청서 사본을 요청하시려면 혜택을
신청하신 카운티에 문의하시기 바랍니다.
거주 지역 카운티 사무실을 찾으시려면
1-800-541-5554번으로 Medi-Cal에 연락하시거나
카운티 사무소 웹페이지를 방문하십시오:
[https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/
Pages/CountyOffices.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx)