

정보 요청

수취인: _____ 카운티 사건 번호 _____
주소: _____ 지구 번호 _____
_____ 근로자 이름 _____
날짜: _____ 전화번호 _____

Medicaid/특별 지원 신청/재등록을 처리하기 위해 추가 정보가 필요합니다. 신청/재등록이 신속하게 처리될 수 있도록 _____까지 이 정보를 제공하십시오. 시간이 더 필요하시면 연락하십시오.

아래에 체크된 항목을 구할 수 없는 경우 사용할 수 있는 다른 항목이 있습니다. 수락할 수 있는 다른 항목에 관해서는 계속 읽어보십시오. 귀하의 정보를 전자적으로 확인할 수 없습니다.

- 귀하의 소득이 Medicaid의 최대 소득 한도를 초과합니다. _____에서의 월 총 소득 금액 \$ _____를 기준으로 공제액을 충족해야 합니다. 이 소득 금액이 부정확한 경우 Medicaid 사회복지사에게 문의할 수 있습니다. _____월부터 _____까지의 공제액은 \$ _____입니다.
- 귀하의 소득이 다음 소급 적용되는 월에 Medicaid의 최대 소득 한도를 초과합니다. (소득 출처)에서의 월 총 소득을 기준으로 공제액을 충족해야 합니다. 아래의 소득 금액이 부정확한 경우 Medicaid 사회복지사에게 문의할 수 있습니다.
- 소급 적용되는 월의 공제액: (1개월) 소득 \$ _____는 \$ _____입니다.
(2개월) 소득 \$ _____는 \$ _____입니다. (3개월) 소득 \$ _____는 \$ _____입니다.
- _____에서의 월 총 소득 _____을 기준으로 _____월부터 _____월까지의 2개월 또는 3개월 공제액은 \$ _____입니다.
- 위에 나열된 공제액을 충족하기 위해 이전에 지불했거나 미지불한 의료비 및 예상 의료비를 포함하여 _____부터 현재까지의 의료비 청구서를 제출하십시오.
- 임신에 대한 의학적 검증 _____.
- 예상 자녀 수를 확인하는 의사의 증명서.
- 의사가 작성한 FL-2 _____.
- _____에 대한 _____개월 동안의 소득 증명서.
- _____에서의 자영업 소득 및 지출 증명서 또는 _____년의 소득세 신고서 신고서.
- _____개월 동안의 잔액이 표시된 은행 계좌 번호 또는 명세서.
- 은행 동의서/ _____ (가)이 서명한 정보 공개 양식.
- _____의 생명 보험 증권 또는 보험 회사 이름 및 보험 증권 번호.
- 연금 수혜자 증명서 _____
- North Carolina Medicaid 프로그램이 연금의 잔여 수혜자로 지정되었음을 증명하는 서류 _____
- 연금 발행자의 이름 및 연락처 정보 _____
- _____의 사회 보장 번호.
- _____의 외국인 신분 증명서.
- _____(을)를 위한 실업 수당 신청.
- _____(을)를 위한 사회 보장 장애 신청.
- _____(이)가 서명한 DHB-5028, 정보 공개 동의서.
- 건강보험증 또는 회사 및 증권 이름 _____
- 의 시민권 및 신분 증명서 _____ 주택 지분 증명을 위한 주 거주지 증명서 _____
- 자산 이전 제재를 반박하거나 자산 이전 제재를 증명하기 위한 서류는 과도한 어려움을 초래하거나 두 가지 모두를 유발할 수 있습니다. (첨부 파일 참조) 기타 _____

위에서 요청한 정보 외에도 **마지막 검토 이후 상황이 변경된 경우 알려주셔야 합니다.**

신청/재등록을 완료하기 위한 정보를 얻기 위해 도움이 필요하거나 시간이 더 필요하십니까? 사회복지사에게 연락하는 방법은 2페이지를 참조하십시오.

1. _____ 번으로 Medicaid 사회복지사 _____ 에게 전화하십시오.

또는

2. 이 양식에 서명하여 DSS에 제출하십시오.

신청/재등록을 완료하기 위한 정보를 얻는 데 도움이 필요합니다.

정보를 얻는 데 시간이 더 필요합니다.

본인은 이 신청서의 정보가 건강 보험 및/또는 Medicaid 지원금 지급 자격을 결정하는 데 필요하며 전자 데이터베이스, 국세청(IRS), 사회보장국, 국토안보부, 소비자 신고 기관, 금융 기관 및/또는 기타 정부 기관과 대조됨을 알고 있습니다.

신청자 이름 _____ 전화번호 _____

주소 _____

MEDICAID 신청/재등록을 처리하기 위해 수락할 수 있는 기타 항목

체크된 항목 또는 아래에 설명된 항목을 구할 수 없는 경우 즉시 사회복지사에게 연락하십시오. 사회복지사가 도와드릴 것입니다.

변경 사항 보고

모든 변경 사항은 달력일 기준 10일(특별 지원의 경우 5일) 이내에 지역 사회복지부에 신고해야 한다는 사실을 잊지 마십시오. 변경 사항이 중요한 것인지 잘 모르겠다면 사회복지사에게 문의하십시오. 정보 및 변경 사항을 정확하게 신고하지 않으면 **경범죄 또는 중범죄로 처벌받을 수 있습니다.**

의료비 청구서

의료비 청구서를 모두 가지고 있지 않은 경우 다음을 제공할 수 있습니다.

1. 의료 제공자의 영수증.
2. 의료 제공자의 명세서.
3. 의료 제공자에 대한 취소된 수표.
4. 의료 제공자 이름, 주소, 전화번호.
5. 개인 건강보험 영수증, 보험료 장부, 대리인 이름.
6. Medicare 및/또는 민간 건강보험의 "혜택 설명" 서신(EOB).
7. 일반 의약품을 증명하려면 구매한 품목의 이름과 가격이 표시된 날짜가 적힌 영수증과 상자 상단을 제시하십시오.
8. 의료 교통비를 증명하려면 다른 사람이 귀하를 병원, 약국 또는 기타 의료 시설에 데려다 준 경우 그 사람의 영수증이나 명세서를 제출하십시오.

기타 소득 증명서

재향군인 수당, 철도 퇴직금, 기타 퇴직 소득, 임대 소득, 농가 소득 등

1. 수표 사본.
2. 소득 출처의 수상 증명서 또는 기타 문서.
3. 소득 출처 또는 소득 분배 책임자(신택 자금 등)가 발행한 명세서.
4. 귀하에게 숙식비를 지불하는 사람으로부터 받은 지불 기록.
5. 귀하에게 숙식비를 지불하는 사람으로부터 받은 기록.
6. 세금 기록.

7. 농가 소득 기록.

8. 임대인의 임대 소득 기록.

9. 자영업 또는 임대 소득 기록.

10. 은행, 부동산 중개인 또는 임차인으로부터 받는 금액이 명시된 서명된 명세서.

임금

임금 명세서가 없는 경우 다음 중 하나를 제공하십시오.

1. 고용주가 작성한 명세서 또는 양식.
2. 자영업을 위한 개인 사업 기록.

아동 보육 또는 성인 보육 증명서

특정 가족 및 아동 Medicaid 프로그램을 신청하는 경우 2세 미만 자녀의 보육에 대해서는 월 \$200, 2세 이상 자녀 및 성인에 대한 보육에는 월 \$175의 한도가 있습니다. 다음을 제공할 수 있습니다.

1. 보육을 제공하는 사람 또는 시설의 명세서 또는 영수증. 정액 요금이 부과되는지 시간당 요금이 부과되는지를 나타내는 명세서 또는 양식입니다.
2. 부양 가족인 자녀 또는 성인에 대한 지불 기록입니다.

운영 비용 증명서

임대 부동산 또는 자영업에 대한 비용을 증명할 영수증이 없는 경우 다음 중 하나를 제출하십시오.

1. 장부, 수표 명세서 또는 세금 기록 등 비용에 대한 개인 기록.
2. 협회, ASCS 사무실 및 농산물 구매.
3. 물품을 판매하는 사람들의 서면 명세서.
4. 돈을 벌 수 있도록 서비스를 제공하는 사람들의 서면 명세서.
5. 부동산 중개인이 작성한 서면 명세서.

건강보험

건강보험증이 없는 경우, 보험 회사명과 보험 번호를 기재할 수 있습니다.