

비시민권자를 위한 가족 계획 전용 서비스 신청

<p>귀하께서는 FPO 비시민권자 프로그램 서비스(주정부 지원)를 받을 자격이 있으십니까?</p>	<p>FPO 비시민권자 프로그램 서비스(주정부 지원)는 시민권 또는 이민 자격 요건을 갖추지 못했거나 자격은 되지만 5년 이민그레이션 바(5-year immigration bar)를 충족하지 못한 사람을 위한 것입니다. FPO 프로그램은 성별 및 이민 상태와 관계없이 Apple Health 프로그램 전체 보장 범위에 대한 자격이 없고 다른 건강 보험이 없으며 소득이 연방 빈곤 기준(FPL) 260% 이하인 워싱턴 주 거주자에게 제공됩니다.</p> <p>FPO 프로그램은 보험 가입자이면서 기밀 가족 계획 서비스를 원하는 사람도 이용할 수 있습니다. 언제든지 FPO 프로그램을 신청하실 수 있습니다.</p>
<p>귀하는 본인이 워싱턴 주 거주자라고 생각하십니까?</p>	<p>현재 워싱턴 주에 살고 있고 워싱턴 주에 살 의향이 있는 사람이거나 일자리를 구하기 위해 또는 일자리에 대한 약속을 받고 주에 들어온 사람이라면 워싱턴 주 거주자입니다.</p>
<p>어떤 혜택이 보장됩니까?</p>	<p>혜택에는 다음이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 포괄적 가족 계획 예방 방문 • 산아 제한(일명 피임) 상담, 교육, 시작 및 관리 • 자궁경부암 검사 • 일부 성병(STD) 및 성 매개 감염(STI) 검사 및 치료 • 처방 및 비처방 피임(산아제한) • 영구 피임 시술
<p>어떻게 신청합니까?</p>	<p>Apple Health를 받아 주는 서비스 제공 업체를 통해 언제든지 FPO 프로그램을 신청하실 수 있습니다.</p> <p>혹은 1-800-562-3022에 직접 전화하거나 다음 경로를 통해 신청서를 제출하는 방법도 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 우편: HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531 • 팩스: 1-866-841-2267 • 이메일: apple@hca.wa.gov
<p>워싱턴 주에서는 또 어떤 건강 보험 옵션을 이용할 수 있습니까?</p>	<p>비자격 및 불법 이민자가 이용할 수 있는 Apple Health 프로그램으로는 다음이 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • hca.wa.gov/apple-health-non-citizens • hca.wa.gov/apple-health-pregnant-individuals
<p>섹션 1을 어떻게 완료해야 합니까?</p>	<p>할 수 있는 모든 항목을 작성하십시오. 신청서 섹션 1에 포함된 특정 질문에 대한 자세한 정보는 아래에서 확인하십시오.</p>

<p>HCA(Health Care Authority)는 사회 보장 번호(SSN)를 어떻게 사용합니까?</p>	<p>HCA는 이 정보를 사용하여 귀하의 신원, 시민권, 이민 상태, 생년월일 및 기타 건강 보험 보장 여부를 확인함으로써 귀하의 자격 여부를 결정합니다. HCA는 이민 집행을 목적으로 이민 기관과 이 정보를 공유하지 않습니다.</p> <p>비시민권자 프로그램을 위한 FPO 서비스(주정부 재정 지원) 신청은 귀하의 이민 지위나 영주권자 또는 시민권자가 될 가능성에 영향을 미치지 않습니다. SSN이 없는 경우 해당 항목들을 비워 두십시오.</p>
<p>HCA는 귀하의 이민 지위 정보를 어떻게 이용합니까?</p>	<p>HCA는 이 정보를 사용하여 귀하의 신원, 시민권, 이민 상태, 생년월일 및 기타 건강 보험 보장 여부를 확인함으로써 귀하의 자격 여부를 결정합니다.</p> <p>HCA는 이민 집행을 목적으로 이민 기관과 귀하의 정보를 공유하지 않습니다.</p> <p>FPO 비시민권자 프로그램 서비스(주정부 지원) 수혜 자격이 있는 사람은 생활 보호 대상자 시험이 면제됩니다. FPO 비시민권자 프로그램 서비스(주정부 지원) 신청이 귀하의 이민 지위나 영주권자 또는 시민권자가 될 가능성에 영향을 미치지 않을까 우려되거나 질문이 있으시면, 이민 전문 변호사에게 문의하십시오.</p>
<p>신청 시 이용할 수 있는 언어 또는 장애인 서비스가 있습니까?</p>	<p>다른 언어로 무료로 도움을 받거나(통역관 또는 인쇄물 번역 포함) 장애인 편의 시설을 이용하려면 1-800-562-3022로 전화하십시오. 자세히 알아보기: hca.wa.gov/interpreter-services.</p>
<p>공인 대리인(AREP)을 이용하여 신청할 수 있습니까?</p>	<p>그렇습니다. AREP는 가구의 상황을 충분히 알고 있으며 자격 습득 목적을 위해 가구를 대신하여 행동하도록 가구로부터 권한을 부여받은 성인입니다. 이는 네비게이터 또는 브로커와의 협력과는 다릅니다.</p>
<p>FPO 프로그램 소득 요건은 어떻게 됩니까?</p>	<p>소득은 FPL의 260% 이하여야 합니다. 자세한 정보는 hca.wa.gov/family-planning 을 방문하여 확인하십시오.</p>
<p>가구 크기는 어떻게 결정됩니까?</p>	<p>가구 크기는 세금 신고 상태에 따라 결정됩니다. 가구 구성원은 신청자가 세금을 신고하거나 세금 피부양자로 청구하는 배우자 또는 피부양자입니다. 세금을 신고하지 않는 경우 가구 구성원은 같은 집에 거주하는 배우자 또는 피부양자입니다.</p>

<p>다른 보험에 가입해 있는데 기밀 서비스가 필요하면 어떻게 합니까?</p>	<p>다음 예외 조항 중 하나를 충족하시면 보험 가입이 되어 있더라도 기밀 가족 계획 서비스를 받을 자격이 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 기밀 가족 계획 서비스를 원하며 18세 이하인 경우 • 가정폭력 피해자로서 가해자의 건강보험에 가입되어 있는 경우 <p>기밀 서비스에 등록하시려면 HCA(1-800-562-3022)에 전화하십시오</p>
<p>다른 보험이 있는 경우 어떻게 합니까?</p>	<p>기밀 가족 계획 서비스를 원하지 않는 한 가족 계획 서비스를 보장하는 다른 보험에 가입해 있는 경우 FPO 서비스를 받을 자격이 없습니다.</p>
<p>전체 범위 Apple Health(Medicaid)는 무엇이며 신청할 권리를 포기해야 합니까?</p>	<p>전체 범위 Apple Health에 대한 자격이 있는 경우 입원 및 외래 환자 병원, 가정 간호 및 의사 서비스, 처방약, 치과 서비스, 물리 치료와 같은 혜택을 이용할 수 있습니다.</p> <p>자격이 되는 최대 건강 보험 혜택을 보장받을 수 있도록 전체 범위 Apple Health 보험을 신청하는 것을 권장합니다. 전체 범위 Apple Health에 대한 자세한 정보는 hca.wa.gov/apple-health를 방문하여 확인하십시오.</p> <p>자격이 안되고 여전히 FPO 서비스를 받고 계시다면 Apple Health 전체 보장 범위를 신청할 권리를 포기하실 수 있습니다.</p>
<p>신청 상태는 언제 어떻게 알 수 있습니까?</p>	<p>신청은 접수된 순서로 45일 이내에 처리됩니다. 추가 정보가 필요한 경우 전화 및/또는 우편으로 연락을 받게 됩니다. 처리가 완료되면 승인 또는 거부 서한이 우편으로 전달됩니다.</p> <p>일부 서비스 제공자는 귀하가 신청서 제출 및 처리를 기다리는 동안 서비스를 제공할 수 있습니다.</p>
<p>자격 결정에 이의를 제기할 수 있습니까?</p>	<p>예. 귀하의 건강 보험 보장 자격에 영향을 미치는 HCA, Washington Healthplanfinder 또는 DSHS(Department of Social and Health Services)의 결정에 동의하지 않는 경우 90일 이내에 이의를 제기하실 수 있습니다.</p> <p>이의 제기 절차에 대한 자세한 정보는 hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid를 방문하여 확인하십시오.</p>
<p>추가 정보는 어디에서 찾을 수 있습니까?</p>	<p>추가 정보는 hca.wa.gov/family-planning에서 찾아보실 수 있습니다.</p>

비시민권자를 위한 가족 계획 전용 서비스 신청

귀하는 현재 임신 중입니까? 예 아니오 예로 답한 경우 귀하는 가족 계획 서비스를 받을 자격은 없지만 건강 보험 혜택은 받을 자격이 있을 수 있습니다. wahealthplanfinder.org에서 온라인으로 신청하십시오.

이 신청서를 작성함으로써 귀하는 가족 계획 서비스만 신청함을 인정하게 됩니다.

1. 신청자 및 연락처 정보

이름(법적 이름 사용) _____ 중간 이름 _____ 성 _____

남성 여성 _____ 생년월일 _____ 사회보장번호(해당된 경우) _____ 워싱턴 주 거주자이십니까?
예 아니오

거주 주소 _____ 아파트(Apt.) # _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

우편 주소 _____ 아파트(Apt.) # _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

자택/휴대폰/기본전화번호 _____ 직장/메시지 번호 _____ 제공하신 전화 번호로 연락드릴 수 있습니까?
예 아니오

이메일 주소 _____

영어로 말하거나 읽거나 쓰는 데 어려움이 있으십니까? 예 아니오

통역관이 필요하십니까? 예 아니오 어떤 언어를 사용하십니까? _____

본인은 기밀 서비스를 찾고 있으며 본인은
18세 이하이거나
가정 폭력의 피해자이고 학대자의 건강 보험에 가입되어 있습니다

개인 건강 보험 또는 Apple Health(Medicaid) 보험이 있으십니까? 예 아니오

아니오 인 경우, 충분한 정보를 바탕으로 Apple Health 전체 보장 범위를 신청하지 않기로 선택하실 수 있습니다. 아래 상자에 체크 표시를 하시면 FPO 프로그램 자격은 그대로 유지됩니다.

다른 보험 보장 자격 취득에 대한 자세한 정보를 원하시면, wahealthplanfinder.org에서 신청하실 수 있습니다

본인은 가족 계획 전용 보험만을 신청하기로 선택했으며 정보에 입각하여 Apple Health(Medicaid) 전체 보장 범위를 신청하지 않기로 선택합니다.

10. 선언 및 서명

본인은 이 신청서에 있는 정보를 읽고 이해했으며, 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 이 신청서에 본인이 제공한 정보가 진실하며 정확하고 본인이 아는 바를 기입하였음을 선언합니다.

신청인 서명

날짜

작성 완료된 양식을 다음 중 하나를 이용하여 Health Care Authority에 제출하십시오.

- 우편: HCA MEDS, PO Box 45531, Olympia WA 98504-5531
- 팩스: **1-866-841-2267**
- 전화: **1-800-562-3022**
- 이메일: **apple@hca.wa.gov**