

가족 계획 서비스 신청

<p>귀하는 가족 계획 전용(FPO) 프로그램에 대한 자격이 있습니까?</p>	<p>FPO 프로그램은 성별 및 이민 상태와 관계 없이 Apple Health 프로그램 전체 보장 범위에 대한 자격이 없고 다른 건강 보험이 없으며 소득이 연방 빈곤 기준(FPL) 260% 이하인 워싱턴 주 거주자에게 제공됩니다. 기밀 가족 계획 서비스를 원하는 보험에 가입된 수혜자가 FPO 프로그램을 신청할 수 있습니다.</p>
<p>어떤 혜택이 보장됩니까?</p>	<p>혜택에는 다음이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 포괄적인 가족 계획 예방 방문 • 피임 및 피임 방법에 대한 상담, 교육, 입문 및 관리 • 자궁 경부암 검진 • 일부 성병(STD) 및 성 매개 감염(STI) 검사 및 치료 • 처방 및 비 처방 피임약 • 영구 피임 절차
<p>어떻게 신청합니까?</p>	<p>Apple Health를 받아 주는 서비스 제공 업체를 통해 언제든지 FPO 프로그램을 신청하실 수 있습니다.</p>
<p>섹션 1을 어떻게 완료해야 합니까?</p>	<p>이 섹션은 신청자가 아는 한도에서 최대한 작성해야 합니다. 신청서의 섹션 1에 포함된 특정 질문에 대한 자세한 정보는 이 문서의 뒷 부분에서 제공됩니다.</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.</p>
<p>공인 대리인(AREP)을 이용하여 신청할 수 있습니까?</p>	<p>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>소득 요건은 무엇입니까?</p>	<p>소득은 FPL의 260% 이하여야 합니다. 자세한 정보는 hca.wa.gov/family-planning을 방문하십시오.</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>워싱턴 주 거주자로 간주됩니까?</p>	<p>워싱턴 주 거주자는 현재 워싱턴 주에 살고 있고 워싱턴 주에 살 의향이 있는 사람이거나 일자리를 구하기 위해 또는 일자리에 대한 약속을 받고 주에 들어온 사람입니다.</p>
<p>기밀 서비스가 필요한 경우 어떻게 합니까?</p>	<p>해당 예외(기밀 가족 계획 서비스를 원하고 18세 이하이거나 가정 폭력의 피해자이고 학대자의 건강 보험에 가입되어 있는 경우) 중 하나를 충족하는 경우 보험에 가입한 개인은 기밀 가족 계획 서비스를 받을 자격이 있을 수 있습니다.</p>
<p>다른 보험이 있는 경우 어떻게 합니까?</p>	<p>기밀 가족 계획 서비스를 원하지 않는 한 다른 보험이 있는 경우 FPO 서비스를 받을 자격이 없습니다.</p>

<p>HCA(Health Care Authority)는 사회 보장 번호(SSN) 또는 이민 상태 정보를 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 이러한 정보를 그 어떤 이민 기관과도 공유하지 않습니다.</p> <p>SSN 또는 이민 서류 번호가 없는 경우 해당 필드를 비워 두십시오.</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 서비스와 같은 모든 필수 혜택과 처방약, 치과 서비스 및 물리 치료와 같은 선택적 혜택을 받을 자격이 있습니다. 자격이 되는 최대 건강 보험 혜택을 보장받을 수 있도록 전체 범위 Apple Health(Medicaid)를 신청하는 것이 귀하에게 가장 큰 이익이 됩니다.</p> <p>전체 범위 Apple Health에 대한 자세한 정보는 https://www.hca.wa.gov/health-care-services-supports/apple-health-medicaid-coverage를 방문하십시오.</p>
<p>유권자 등록 정보가 제공됩니까?</p>	<p>1973년 국가 선거등록법(National Voter Registration Act)은 모든 주가 공공 지원 사무소를 통해 유권자 등록을 제공할 것을 요구합니다. 유권자 등록을 신청하거나 거부하는 것은 이 기관에서 제공하는 서비스 또는 혜택에 영향을 미치지 않습니다. vote.wa.gov에서 유권자 등록을 하거나 1-800-448-4881로 전화해야 유권자 등록 양식을 주문하실 수 있습니다.</p>
<p>신청 상태는 언제 어떻게 알 수 있습니까?</p>	<p>신청은 접수된 순서로 45일 이내에 처리됩니다. 추가 정보가 필요한 경우 신청자는 전화 및/또는 우편으로 연락을 받게 됩니다. 처리가 완료되면 승인 또는 거부 서한이 우편으로 전달됩니다. 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 Health-planfinder 또는 DSHS(Department of Social and Health Services)의 결정에 동의하지 않는 경우 90일 이내에 이의를 제기하실 수 있습니다. 이의 제기 절차에 대한 자세한 정보는 hca.wa.gov/about-hca/file-appeal-apple-health-medicaid를 방문하십시오.</p>
<p>워싱턴 주에서는 다른 어떤 가족 계획 서비스를 이용할 수 있습니까?</p>	<p>워싱턴주 보건부의 가족 계획 네트워크는 전체 범위의 가족 계획 서비스를 제공합니다. doh.wa.gov/YouandYourFamily/FamilyPlanning/FullRangeofServices를 방문하여 자세한 정보를 얻으십시오.</p>
<p>워싱턴 주에서는 다른 어떤 건강 보험 옵션을 이용할 수 있습니까?</p>	<p>자격이 되지 않거나 서류가 미비된 이민자를 위한 서비스 및 임신 관련 치료를 포함하여 이용 가능한 다른 워싱턴 주 Apple Health 프로그램은 hca.wa.gov/apple-health에서 찾아보실 수 있습니다.</p>
<p>추가 정보는 어디에서 찾을 수 있습니까?</p>	<p>추가 정보는 hca.wa.gov/family-planning에서 찾아보실 수 있습니다.</p>

가족 계획 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 이니셜	성	
남성	여성	생년월일	사회보장번호	워싱턴 주 거주자이십니까? 예 아니오
거주지 주소		아파트 호수	시	주 우편번호
우편 주소		아파트 호수	시	주 우편번호
자택/휴대폰/우선 연락 전화번호		직장/메시지 수신 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? _____				

개인 건강 보험 또는 Apple Health(Medicaid) 보험이 있으십니까? 예 아니오
예로 답한 경우 귀하는 아래의 예외 중 하나를 충족하지 않는 한 가족 계획 서비스를 받을 자격이 없습니다.

저는 기밀 가족 계획 서비스를 원하며 18세 이하입니다.

또는

저는 가정 폭력의 피해자이며 가해자의 건강 보험에 가입되어 있습니다.

(위의 확인란 중 하나를 선택한 경우 섹션 (2)로 이동)

지난 30일 동안 wahealthplanfinder.org를 통해 Apple Health(Medicaid)의 전체 보험 적용이 거부된 적이 있습니까?

예 아니오

예의 경우 여기에서 멈추고 섹션 (9)로 이동하십시오. 귀하의 Apple Health(Medicaid)가 거부되어 귀하의 가정이 변화를 겪게 된 경우 섹션 (2)로 이동하여 신청서를 완료하십시오.

아니오의 경우 wahealthplanfinder.org에서 보험 적용을 신청하셔야 합니다(귀하가 위의 두 가지 예외 중 하나를 충족하거나 Apple Health(Medicaid) 보장 범위 전체를 신청하지 않기로 정보에 입각한 선택을 하지 않는 한).

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

2. 시민권 및 이민 상태

시민 또는 비 시민 상태: (하나 선택):

미국 시민 또는 미국 국민 미국에 합법적으로 거주하는 비 시민권자 기타

합법적으로 거주하는 비 시민권자의 경우 다음 정보를 입력하십시오.

이민 서류 유형	“A” 번호	접수 번호 또는 기타 번호	
외국 여권 번호	거주 국가	입국일	서류 만료일

3. 직장 / 자영업으로 번 소득

귀하가 번 소득		다른 가구 구성원이 번 소득	
현재 고용주 이름(첫 번째 직업)	전화번호	현재 고용주 이름(첫 번째 직업)	전화번호
세금 공제 전 월 총소득 <small>(및/또는 자영업 월 순소득)</small>	자영업자입니까? 예 아니오	세금 공제 전 월 총소득 <small>(및/또는 자영업 월 순소득)</small>	자영업자입니까? 예 아니오
현재 고용주 이름(두 번째 직업)	전화번호	현재 고용주 이름(두 번째 직업)	전화번호
세금 공제 전 월 총소득 <small>(및/또는 자영업 월 순소득)</small>	자영업자입니까? 예 아니오	세금 공제 전 월 총소득 <small>(및/또는 자영업 월 순소득)</small>	자영업자입니까? 예 아니오

가구 구성원의 고용주가 둘 이상인 경우 별도의 종이에 첨부하십시오.
 소득 신고 방법에 대한 자세한 정보는 wahbexchange.org/how-to-report-income 을 방문하십시오.

4. 기타 가구 소득

월 금액: 수령자:

별거수당 / 배우자 보조금	_____	_____
임대 및/또는 로열티 수입(순)	_____	_____
사회 보장/철도 퇴직 연금	_____	_____
실업수당	_____	_____
연금, 연금 보험 및/또는 IRA 분배를 포함한 퇴직 소득	_____	_____
배당금, 주식, 양도 소득, 해외 소득, 신탁/기타 투자 소득	_____	_____
과세 대상 부족 소득	_____	_____
농업 및 어업 소득(순)	_____	_____
기타 과세 소득	_____	_____

5. 가구 공제

월 금액:

지불자:

별거수당/배우자 보조금 PAID _____

기여금/IRA 또는 세전 퇴직 계정 기여금 _____

학자금 이자 지불 _____

군인 이동 비용 _____

교육자 비용 _____

건강 저축 계좌 기여금 _____

조기 적금 인출에 따른 위약금 _____

청구 가능한 특정 사업 비용 _____

6. 세금 신고 상태

귀하의 금년도 세금 신고 상태는 어떻게 됩니까? 독신자 신고 부부 별도 신고 부부 합산 신고

가족의 세금 피부양자 가족 외 세금 피부양자 세금 비 신고자

합법적으로 결혼하셨습니다? 예의 경우 배우자의 법적 성명

예 아니오

_____ 이름, 중간 이름, 성

귀하가 세금을 신고하는 경우, 얼마나 많은 세금 피부양자를 청구하십니까? _____ 그렇지 않은 경우, 자녀가 몇 명입니까? _____

7. 가장 최근의 실직

지난 90일 내 귀하는 직장을 그만두었거나 실직을
하하셨습니까?

예 아니오

"예"일 경우, 회사의 이름: _____

고용 종료일: _____

지난 90일 내 귀하의 배우자가 직장을 그만두거나 실직을
하하셨습니까?

예 아니오

"예"일 경우, 회사의 이름: _____

고용 종료일: _____

8. 인종/민족 배경

원하실 경우 인종 또는 민족적 배경 정보를 알려주십시오. 이 정보는 본 서비스의 수혜 여부를 가리는데 사용되지
않습니다.

백인

흑인 또는 아프리카계 미국인

베트남인/라오스인/캄보디아인

히스패닉

아메리칸 인디언 또는 알래스카
원주민

기타 아시아인 또는 태평양 섬주민

기타: _____

부족 이름: _____

9. 먼저 자세히 읽으신 후 아래에 서명하십시오.

본인은 다음 사항을 알고 있습니다.

- HCA는 제가 제공한 정보를 입증하도록 요청할 수 있습니다. 저는 증빙서류를 입수할 수 있도록 또는 기타 사람이나 기관에 증빙서류를 위해 연락할 수 있도록 HCA의 도움을 받을 수 있습니다.
- 제 정보는 다른 주 또는 연방 기관이 검토할 수 있습니다. 이 정보는 USCIS(U.S. Customs and immigration Services)와 공유되지 않습니다.
- 본인은 의료 보험 보장 지원을 요청하고 받음으로써 모든 의료 지원 및 제 3자의 치료비 지불에 대한 모든 권리를 워싱턴 주에 양도합니다.
- 본인은 이 신청이 임신을 방지하기 위한 가족 계획 서비스임을 이해합니다. 다른 의료 보험 보장 지원이 필요한 경우 Washington Healthplanfinder(wahealthplanfinder.org)에서 신청할 수 있습니다. 재정적 지원 또는 푸드 스탬프가 필요한 경우 DSHS 커뮤니티 서비스 사무소 또는 워싱턴 커넥션(Washington Connection (washingtonconnection.org))에서 신청할 수 있습니다.
- 저는 업무일 기준 15일 이내에 추가 **정보 요청에 응답해야 합니다**. 그렇지 않을 경우 신청이 거절되며 가족 계획 서비스 제공자 사무실을 통해 발생한 모든 비용에 대한 책임을 져야 할 수 있습니다.

10. 선택 위임 대리인 (AREP)

이름 / 기관

전화번호

우편 주소

아파트 호수 시

주

우편번호

11. 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