민간 건강 보험 신청

COVERED CALIFORNIA™
를 통하여 지금 신청하기

저렴한 건강 보험을 위한 최종 목적지

목 차

알아야 할 사항	1
신청서	2–13
첨부 문서 A–C	14–18
자주 묻는 질문	19–22

Covered California는 신청인과 가족들이 저렴한 건강 보험을 구입할 수 있는 곳입니다.

California 주에서 여러분과 가족의 건강 보험 가입에 도움을 주기 위해 Covered California™를 만들었습니다.

의료 보험의 가입은 여러분에게 마음의 평화를 가져다 주어 여러분이 건강한 삶을 살 수 있게 하는데 일조합니다. 보험이 필요할 때 여러분과 가족이 건강 보험에 가입할 수 있다는 것을 알게 됩니다.

민간 건강 보험 신청서를 사용하여 Covered California를 통하여 어떠한 선택을 할 수 있는 지 알아봅니다.

➡ 현재 본인 또는 보험에 가입된 가족이더라도 가족 세대원을 위해 저렴한 건강 보험을 알기 위해 이 신청서를 사용할 수 있습니다.

(1) Medi-Cal과 같은 **무료 또는 저비용** 보험 (2) 유아 및 산모 액세스 (AIM) 프로그램 임신 여성을 위한 **저비용 보험**이나 (3) **건강 보험료 지원**에 자격이 있다고 생각하면 "건강 보험 신청서"라 하는 다른 신청서를 사용해야 합니다. 용지 신청서나 CoveredCA.com에서 온라인으로 신청할 수 있습니다.

다른 언어로 된 신청서도 제공합니다

Español	1-800-300-0213
繁體字	1-800-300-1533
Tiếng Việt	1-800-652-9528
한국어	1-800-738-9116
Tagalog	1-800-983-8816
Русский	1-800-778-7695
Հայերեն	1-800-996-1009
فارسی	1-800-921-8879
ภาษาไทย	1-800-906-8528
Hmoob	1-800-771-2156
العربية	1-800-826-6317

큰 사이즈 인쇄본과 같은 다른 형식의 신청서를 구하시려면 **1-800-738-9116**으로 연락하십시오.

전화: 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500). 무료 전화임.
월~금: 8 a.m. ~ 6 p.m., 토: 8 a.m. ~ 5 p.m. 또는, **참고: CoveredCA.com**

COVERED CALIFORNIA

알아야 할 사항

신청 시 알아야 할 사항

- 미국 시민 신청자의 사회 보장 번호, 또는 보험을 필요로 하는 이민자의 신분에 관한 증빙 자료 미국 시민 또는 이주 신분 증명은 신청자에게만 요구됨.
- **여러분의 자료는 법적 보호하에 사적 기밀을 유지하고 안전하게 보관됩니다.**해당 정보는 건강 보험의 수혜에 도움을 주기 위해서만 사용됩니다.
- 이민자를 포함한 가족들이 신청할 수 있습니다. 건강 보험의 수혜 자격에 해당되지 않더라도 신청할 수 있습니다. 해당 자격이 있는 자녀를 신청하더라도 이주 신분 또는 영주권자나 시민이 될 수 있는 기회에는 영향을 끼치지는 않습니다.
- 연방 정부에서 인정하는 아메리칸 인디언이나 알래스카 토착민으로 인디언 건강 서비스, 부족 건강 보험, 도시 인디언 건강 프로그램의 서비스를 수혜하고 있는 경우에도 Covered California를 통한 건강 보험의 자격에 해당될 수 있습니다.

보다 신속한 온라인 신청

CoveredCA.com에서 온라인 신청하면 안전하고 더 빨리 결과를 알 수 있습니다.

신청한 다음에는

작성하여 서명한 신청서를 다음으로 보내주세요:

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

- **요구하는 자료들이 모두 준비가 되지 않으셨더라도 신청서에 서명하여 보내주세요.** 신청 과정을 마치는 데 도움을 드리기 위해 연락드릴 수 있습니다.
- **본 신청서와 함께 건강 보험 플랜 등록 비용을 보내지 마십시오.** 해당 플랜에서 부담하셔야 되는 상업 송장을 보내드립니다.

신청에 관한 도움 지원

무료로 도움을 받으실 수 있습니다.

- **온라인: CoveredCA.com**
- **전화:고객 서비스 센터: 1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500). 무료 전화임. 월~금: 8 a.m. ~ 6 p.m, 토: 8 a.m. ~ 5 p.m.
- **개인 상담:** 도움을 지원하기 위해 교육 받은 공인 등록 상담원과 보험 대리인이 활동하고 있습니다. 집 또는 직장 부근의 공인 등록 상담원과 보험 대리인 명단이나 부근의 카운티 사회 복지 사무실의 목록을 알려면 **CoveredCA.com**을 방문하시거나 **1-800-738-9116** (TTY:1-888-889-4500)으로 연락주세요. 무료로 도와드립니다.
- 장애인이시거나 필요하시다면 본 신청서의 작성을 무료로 도와드릴 수 있습니다. 현지 카운티 사회 서비스 오피스를 개별 방문하시거나 고객 서비스 센터 **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락주세요.

도움이 필요하세요? Covered California, **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임. 월~금: 8 a.m. ~ 6 p.m, 토: 8 a.m. ~ 5 p.m. 또는, **CoveredCA.com** 참고.

CCFRM605 (11/13) KO

신청서 시작 (푸른색, 또는 검정색 잉크 사용)

순서 1: 신청과 관련하여 주 연락인이 되는 성인에 대하여 알려주기

이름 | 중간 이름 | 성 | Suffix (예: Sr., Jr., III, IV)

집 주소 | 아파트 #

도시 이름 (집 주소) | 주 이름 | ZIP 코드 | 카운티

☐ 집 주소가 없는 경우 체크 표시. 아래에 우편물 수신 주소를 기재함.

☐ 우편물 수신 주소가 집 주소와 동일하면 여기를 체크 표시하세요.
동일하지 않은 경우, 아래에 우편물 수신 주소 기재:

우편물 수신 주소 또는 P.O. Box (집 주소와 다른 경우) | 아파트 #

도시 이름 (우편물 수신 주소) | 주 이름 | ZIP 코드 | 카운티

연락이 가장 잘 되는 전화 번호 ☐ 집 ☐ 휴대폰 ☐ 직장
번호: ( ) –

다른 전화 번호 ☐ 집 ☐ 휴대폰 ☐ 직장
번호: ( ) –

어떤 언어로 편지를 보내드릴까요?

어떤 언어로 소통하기를 원하세요?

본 신청에 관한 정보를 어떻게 받기를 원하세요?

☐ 전화 ☐ 우편 ☐ 이메일 이메일 주소: _____

본인이나 가족을 위해 건강 보험 납부를 위한 보험료 지원의 신청을 원하시나요?

☐ 예 **예인 경우,** 다른 신청서가 필요합니다. 신청에 있어 어떠한 건강 보험에 자격이 있는 지를 알기 위해서 **CoveredCA.com**을 참고합니다.

☐ 아니오 **아니오인 경우,** 이 신청서를 작성합니다.

순서 2: 자신과 가족에 대한 정보

건강 보험을 필요로 하는 가족 구성원 모두 순서 2를 작성합니다.
본인부터 작성하시길 바랍니다.

- 신청서에 4명 이상 신청하는 경우, 추가되는 신청인마다 4, 5 **페이지를 복사하여** 사용합니다.
- 모든 정보는 법률에 의거하여 사적 기밀을 유지합니다. 해당 자료는 건강 보험의 자격 여부를 알기 위해서만 사용됩니다. 건강 보험을 신청하지 않는 가족에 대해서는 사회 보장 번호, 시민 증명 또는 이민 상태를 제공하실 필요는 없습니다.
- 가족이 건강 보험에 지금 가입되어 있더라도, Covered California를 통한 더 좋은 보험을 찾을 수 있습니다.

★ 동거인 — 예: 남자 친구, 여자 친구, 룸메이트 — 은 건강 보험을 필요로 할 경우, 자신의 신청서를 제출해야 합니다.

순서 2 다음 페이지 계속

순서 2 해당자 1 본인에 대해 알려주기.

이름	중간 이름	성	Suffix (예: Sr., Jr., III, IV)	본인과의 관계 **본인**

성별: ☐ 독신 ☐ 미혼 ☐ 기혼 ☐ 등록 동거 ☐ 이혼 ☐ 사별

성별: ☐ 남 ☐ 여 | 출생일 (월/일/연도):

건강 보험 신청 지금 보험에 가입되어 있더라도 더 좋은 보험 수혜나 저 비용 보험이 있을 수 있습니다.

▶ 자신의 건강 보험을 신청하십니까? ☐ 예 **예인 경우,** 아래 질문에 답변하세요. ☐ 아니오 **아니오인 경우,** 다음 페이지로 가세요.

★ 사회 보장 번호(SSN)

___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___

SSN이 **없다면** 그 사유는?

☐ 입양 납세자 신원 번호 (ATIN) _____

☐ 개인 납세자 신원 번호 (ITIN) _____

☐ 종교 면제 ☐ SSN 자격에 해당 안 됨

★ 시민권 등을 확인하기 위해 사회 보장 번호(SSN)를 사용합니다.

신청인이 SSN을 가지고 있지 않고 이를 갖기 위해 도움이 필요하시다면 **1-800-738-9116** (TTY: 1-800-738-9116)으로 연락하시거나 **CoveredCA.com**을 참고하세요.

미국 시민 또는 미국 국적을 갖고 있나요? ☐ 예 ☐ 아니오

미국 시민 또는 미국 국적을 갖고 있지 **않으면** 다음 질문에 답변하세요.

합법적 신분인가요? ☐ 예 **합법적 신분 여부를 알려면** 15 페이지 첨부 문서 B 목록을 참고하세요.그런 다음, 여기에 문서의 해당 내용을 기재하세요. 대부분의 경우, 문서 ID 번호는 외국인 등록 번호가 됩니다.

문서 타입:_____ ID 번호:_____

발행 카운티:_____ 유효 기일:_____

문서 상 표시 이름:_____

1996년 이후 미국에 거주하고 계시나요? ☐ 예 ☐ 아니오

본인과 배우자, 또는 미혼 부양 자녀가 미국 군대 퇴역 군인이나 현재 복역중인가요? ☐ 예 ☐ 아니오

▶ 지금 건강 보험 플랜을 선택하려면 ☐을 체크 표시하고 16–18 페이지의 첨부 문서 C 를 작성하세요.

본인의 인종(민족)에 관해 알려주기 본인에 관해 알려 주세요.본 자료는 기밀을 유지하고 누구든지 건강 보험에 동일한 접근을 할 수 있게 하기 위해서만 사용됩니다.자격 조건이 되는 건강 보험을 정하기 위하여 사용됩니다.

해당하는 인종(민족)은? (선택 사항; 해당 사항 모두에 체크 표시)

☐ 백인
☐ 흑인 (아프리카계) 미국인
☐ 아메리칸 인디언, 또는 알래스카 토착민
☐ 아시아계 인디언
☐ 캄보디아인
☐ 중국인
☐ 팔리핀인
☐ 몽족
☐ 일본인
☐ 한국인
☐ 라오스인
☐ 베트남인
☐ 하와이 원주민
☐ 괌, 또는 차모르인
☐ 사모아인
☐ 기타 _____

히스패닉, 라틴, 또는 스페인계인가요? (선택 사항) ☐ 예 ☐ 아니오

예인 경우, 해당 사항 체크 표시:

☐ 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노인
☐ 엘살바도르인 ☐ 과테말라인
☐ 쿠바인 ☐ 푸에르토리코인
☐ 기타 히스패닉, 라틴, 또는 스페인계: _____

★ ☐ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민에 해당하면 여기를 체크 표시하고 14페이지의 첨부 문서 A를 작성하세요.

도움이 필요하세요? Covered California, **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임. 월~금: 8 a.m. ~ 6 p.m, 토: 8 a.m. ~ 5 p.m. 또는, **CoveredCA.com** 참고.

순서 2 해당자 2 건강 보험이 필요한 **다음 사람** 에 관해 알려주기.

지금 보험에 가입되어 있더라도 저 비용의 더 좋은 보험이 있을 수 있습니다.
신청서에 4명 이상 신청하는 경우, 추가되는 신청인마다 4, 5 페이지를 복사하여 사용합니다.

이름	중간 이름	성	Suffix (예: Sr., Jr., III, IV)	본인과의 관계

☐ 집 주소가 주 연락인 집 주소와 동일하면 여기를 체크 표시하세요.
동일하지 않은 경우, 아래에 집 주소 기재:

집 주소 | 아파트 #

도시 이름 (집 주소)	주 이름	ZIP 코드	카운티

☐ 집 주소가 없는 경우 여기를 체크 표시하세요. 아래에 우편물 수신 주소를 기재함.

☐ 우편물 수신 주소가 주 연락인 우편물 수령 주소와 동일하면 여기를 체크 표시하세요.
동일하지 않은 경우, 아래에 우편물 수신 주소 기재:

우편물 수신 주소 또는 P.O. Box (집 주소와 다른 경우) | 아파트 #

도시 이름 (우편물 수신 주소)	주 이름	ZIP 코드	카운티

연락이 가장 잘 되는 전화 번호 ☐ 집 ☐ 휴대폰 ☐ 직장
번호: ( ) –

다른 전화 번호 ☐ 집 ☐ 휴대폰 ☐ 직장
번호: ( ) –

이메일 주소:

어떤 언어로 편지를 보내드릴까요?

어떤 언어로 소통하기를 원하나요?

성별: ☐ 독신 ☐ 미혼 ☐ 기혼 ☐ 등록 동거 ☐ 이혼 ☐ 사별

성별: ☐ 남 ☐ 여

출생일 (월/일/연도):

건강 보험 신청 지금 보험에 가입되어 있더라도 더 좋은 보험 수혜나 저 비용 보험이 있을 수 있습니다.

▶ 건강 보험을 신청하고 있나요? ☐ 예 **예인 경우,** 아래 질문에 답변하세요. ☐ 아니오 **아니오인 경우,** 6페이지로 갑니다.

★ 사회 보장 번호(SSN)

___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___

SSN이 **없다면** 그 사유는?
☐ 입양 납세자 신원 번호 (ATIN) _____
☐ 개인 납세자 신원 번호 (ITIN) _____
☐ 종교 면제
☐ SSN 자격에 해당 안 됨

해당자 2 다음 페이지 계속

도움이 필요하나요? Covered California, **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락주세요. 무료 전화임.
월~금: 8 a.m. ~ 6 p.m, 토: 8 a.m. ~ 5 p.m. 또는, **CoveredCA.com** 참고.

순서 2 해당자 2 (계속)

미국 시민 또는 미국 국적을 갖고 있나요? ☐ 예 ☐ 아니오

미국 시민 또는 미국 국적을 갖고 있지 **않으면** 다음 질문에 답변하세요:

합법적 신분인가요? ☐ 예 **합법적 신분 여부를 알려면** 15 페이지 첨부 문서 B 목록을 참고하세요.
그런 다음, 여기에 문서의 해당 내용을 기재하세요. 대부분의 경우, 문서 ID 번호는 외국인 등록 번호가 됩니다.

문서 타입: _____ ID 번호: _____

발행 카운티: _____ 유효 기일: _____

문서 상 표시 이름: _____

1996년 이후부터 미국에 거주하고 계시나요? ☐ 예 ☐ 아니오

해당자 자신과 배우자, 또는 미혼 부양 자녀가 미국 군대 퇴역 군인이나 현재 복역중인가요? ☐ 예 ☐ 아니오

▶ 지금 건강 보험 플랜을 선택하려면 ☐ 을 체크 표시하고 16–18 페이지의 첨부 문서 C 를 작성하세요.

인종(민족)에 관해 알려주기 본 자료는 기밀을 유지하고 누구든지 건강 보험에 동일한 접근을 할 수 있게 하기 위해서만 사용됩니다.자격 조건이 되는 건강 보험을 정하기 위하여 사용됩니다.

인종(민족)은? (선택 사항; 해당 사항 모두에 체크 표시)

- ☐ 백인
- ☐ 흑인 (아프리카계) 미국인
- ☐ 아메리칸 인디언, 또는 알래스카 토착민
- ☐ 아시아계 인디언
- ☐ 캄보디아인
- ☐ 중국인
- ☐ 필리핀인
- ☐ 몽족
- ☐ 일본인
- ☐ 한국인
- ☐ 라오스인
- ☐ 베트남인
- ☐ 하와이 원주민
- ☐ 괌, 또는 차모르인
- ☐ 사모아인
- ☐ 기타 _____

히스패닉, 라틴, 또는 스페인계인가요? (선택 사항) ☐ 예 ☐ 아니오

예인 경우, 해당 사항 체크 표시:

- ☐ 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노인
- ☐ 엘살바도르인
- ☐ 과테말라인
- ☐ 쿠바인
- ☐ 푸에르토리코인
- ☐ 기타 히스패닉, 라틴, 또는 스페인계: _____

★ ☐ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민에 해당하면 여기를 체크 표시하고 14페이지의 첨부 문서 A를 작성하세요.

도움이 필요하세요? Covered California, **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임.
월~금: 8 a.m. ~ 6 p.m, 토: 8 a.m. ~ 5 p.m. 또는, **CoveredCA.com** 참고.

순서 2 해당자 3 건강 보험이 필요한 **다음 사람** 에 관해 알려주기.

이름	중간 이름	성	Suffix (예: Sr., Jr., III, IV)	본인과의 관계

☐ 집 주소가 주 연락인 집 주소와 동일하면 여기를 체크 표시하세요.
동일하지 않은 경우, 아래에 집 주소 기재:

집 주소 | 아파트 #

도시 이름 (집 주소)	주 이름	ZIP 코드	카운티

☐ 집 주소가 없는 경우 여기를 체크 표시하세요. 아래에 우편물 수신 주소를 기재함.

☐ 우편물 수신 주소가 주 연락인 우편물 수령 주소와 동일하면 여기를 체크 표시하세요.
동일하지 않은 경우, 아래에 우편물 수신 주소 기재:

우편물 수신 주소 또는 P.O. Box (집 주소와 다른 경우) | 아파트 #

도시 이름 (우편물 수신 주소)	주 이름	ZIP 코드	카운티

연락이 가장 잘 되는 전화 번호 ☐ 집 ☐ 휴대폰 ☐ 직장 번호: ( ) –	다른 전화 번호 ☐ 집 ☐ 휴대폰 ☐ 직장 번호: ( ) –

이메일 주소:

어떤 언어로 편지를 보내드릴까요?	어떤 언어로 소통하기를 원하나요?

성별: ☐ 독신 ☐ 미혼 ☐ 기혼 ☐ 등록 동거 ☐ 이혼 ☐ 사별

성별: ☐ 남 ☐ 여	출생일 (월/일/연도):

건강 보험 신청 지금 보험에 가입되어 있더라도 더 좋은 보험 수혜나 저 비용 보험이 있을 수 있습니다.

▶ 건강 보험을 신청하고 있나요? ☐ 예 **예인 경우,** 아래 질문에 답변하세요. ☐ 아니오 **아니오인 경우,** 8페이지로 갑니다.

★ 사회 보장 번호(SSN)	SSN이 **없다면** 그 사유는?
___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___	☐ 입양 납세자 신원 번호 (ATIN) _____ ☐ 개인 납세자 신원 번호 (ITIN) _____ ☐ 종교 면제 ☐ SSN 자격에 해당 안 됨

해당자 3 다음 페이지 계속

순서 2 해당자 3 (계속)

미국 시민 또는 미국 국적을 갖고 있나요? ☐ 예 ☐ 아니오

미국 시민 또는 미국 국적을 갖고 있지 **않으면** 다음 질문에 답변하세요:

합법적 신분인가요? ☐ 예 **합법적 신분 여부를 알려면** 15 페이지 첨부 문서 B 목록을 참고하세요.
그런 다음, 여기에 문서의 해당 내용을 기재하세요. 대부분의 경우, 문서 ID 번호는 외국인 등록 번호가 됩니다.

문서 타입: _____ ID 번호: _____

발행 카운티: _____ 유효 기일: _____

문서 상 표시 이름: _____

1996년 이후부터 미국에 거주하고 계시나요? ☐ 예 ☐ 아니오

해당자 자신과 배우자, 또는 미혼 부양 자녀가 미국 군대 퇴역 군인이나 현재 복역중인가요? ☐ 예 ☐ 아니오

▶ 지금 건강 보험 플랜을 선택하려면 ☐을 체크 표시하고 16–18 페이지의 첨부 문서 C를 작성하세요.

인종(민족)에 관해 알려주기 본 자료는 기밀을 유지하고 누구든지 건강 보험에 동일한 접근을 할 수 있게 하기 위해서만 사용됩니다.자격 조건이 되는 건강 보험을 정하기 위하여 사용됩니다.

인종(민족)은? (선택 사항; 해당 사항 모두에 체크 표시)

- ☐ 백인
- ☐ 흑인 (아프리카계) 미국인
- ☐ 아메리칸 인디언, 또는 알래스카 토착민
- ☐ 아시아계 인디언
- ☐ 캄보디아인
- ☐ 중국인
- ☐ 팔리핀인
- ☐ 몽족
- ☐ 일본인
- ☐ 한국인
- ☐ 라오스인
- ☐ 베트남인
- ☐ 하와이 원주민
- ☐ 괌, 또는 차모르인
- ☐ 사모아인
- ☐ 기타 _____

히스패닉, 라틴, 또는 스페인계인가요? (선택 사항) ☐ 예 ☐ 아니오

예인 경우, 해당 사항 체크 표시:

- ☐ 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노인
- ☐ 엘살바도르인
- ☐ 과테말라인
- ☐ 쿠바인
- ☐ 푸에르토리코인
- ☐ 기타 히스패닉, 라틴, 또는 스페인계: _____

★ ☐ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민에 해당하면 여기를 체크 표시하고 14페이지의 첨부 문서 A를 작성하세요.

도움이 필요하세요? Covered California, **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임.
월~금: 8 a.m. ~ 6 p.m, 토: 8 a.m. ~ 5 p.m. 또는, **CoveredCA.com** 참고.

순서 2 해당자 4 건강 보험이 필요한 **다음 사람** 에 관해 알려주기.

이름	중간 이름	성	Suffix (예: Sr., Jr., III, IV)	본인과의 관계

☐ 집 주소가 주 연락인 집 주소와 동일하면 여기를 표시하세요.
동일하지 않은 경우, 아래에 집 주소 기재:

집 주소 | 아파트 #

도시 이름 (집 주소)	주 이름	ZIP 코드	카운티

☐ 집 주소가 없는 경우 여기를 체크 표시하세요. 아래에 우편물 수신 주소를 기재함.

☐ 우편물 수신 주소가 주 연락인 우편물 수령 주소와 동일하면 여기를 체크 표시하세요.
동일하지 않은 경우, 아래에 우편물 수신 주소 기재:

우편물 수신 주소 또는 P.O. Box (집 주소와 다른 경우) | 아파트 #

도시 이름 (우편물 수신 주소)	주 이름	ZIP 코드	카운티

연락이 가장 잘 되는 전화 번호 ☐ 집 ☐ 휴대폰 ☐ 직장 번호: ( ) –	다른 전화 번호 ☐ 집 ☐ 휴대폰 ☐ 직장 번호: ( ) –

이메일 주소:

어떤 언어로 편지를 보내드릴까요?	어떤 언어로 소통하기를 원하나요?

성별: ☐ 독신 ☐ 미혼 ☐ 기혼 ☐ 등록 동거 ☐ 이혼 ☐ 사별

성별: ☐ 남 ☐ 여	출생일 (월/일/연도):

건강 보험 신청 지금 보험에 가입되어 있더라도 더 좋은 보험 수혜나 저 비용 보험이 있을 수 있습니다.

▶ 건강 보험을 신청하고 있나요? ☐ 예 **예인 경우,** 아래 질문에 답변하세요. ☐ 아니오 **아니오인 경우,** 10페이지로 갑니다.

★ 사회 보장 번호(SSN)	SSN이 **없다면** 그 사유는?
___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___	☐ 입양 납세자 신원 번호 (ATIN) _____ ☐ 개인 납세자 신원 번호 (ITIN) _____ ☐ 종교 면제 ☐ SSN 자격에 해당 안 됨

해당자 4 다음 페이지 계속

순서 2 해당자 4 (계속)

미국 시민 또는 미국 국적을 갖고 있나요? ☐ 예 ☐ 아니오

미국 시민 또는 미국 국적을 갖고 있지 **않으면** 다음 질문에 답변하세요:

합법적 신분인가요? ☐ 예 **합법적 신분 여부를 알려면** 15 페이지 첨부 문서 B 목록을 참고하세요.
그런 다음, 여기에 문서의 해당 내용을 기재하세요. 대부분의 경우, 문서 ID 번호는 외국인 등록 번호가 됩니다.

문서 타입: _____ ID 번호: _____

발행 카운티: _____ 유효 기일: _____

문서 상 표시 이름: _____

1996년 이후부터 미국에 거주하고 계시나요? ☐ 예 ☐ 아니오

해당자 자신과 배우자, 또는 미혼 부양 자녀가 미국 군대 퇴역 군인이나 현재 복역중인가요? ☐ 예 ☐ 아니오

▶ 지금 건강 보험 플랜을 선택하려면 ☐ 을 체크 표시하고 16–18 페이지의 첨부 문서 C 를 작성하세요.

인종(민족)에 관해 알려주기 본 자료는 기밀을 유지하고 누구든지 건강 보험에 동일한 접근을 할 수 있게 하기 위해서만 사용됩니다.자격 조건이 되는 건강 보험을 정하기 위하여 사용됩니다.

인종(민족)은? (선택 사항; 해당 사항 모두에 체크 표시)

- ☐ 백인
- ☐ 흑인 (아프리카계) 미국인
- ☐ 아메리칸 인디언, 또는 알래스카 토착민
- ☐ 아시아계 인디언
- ☐ 캄보디아인
- ☐ 중국인
- ☐ 팔리핀인
- ☐ 몽족
- ☐ 일본인
- ☐ 한국인
- ☐ 라오스인
- ☐ 베트남인
- ☐ 하와이 원주민
- ☐ 괌, 또는 차모르인
- ☐ 사모아인
- ☐ 기타 _____

히스패닉, 라틴, 또는 스페인계인가요? (선택 사항) ☐ 예 ☐ 아니오

예인 경우, 해당 사항 체크 표시:

- ☐ 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노인
- ☐ 엘살바도르인
- ☐ 과테말라인
- ☐ 쿠바인
- ☐ 푸에르토리코인
- ☐ 기타 히스패닉, 라틴, 또는 스페인계: _____

★ ☐ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민에 해당하면 여기를 체크 표시하고 14페이지의 첨부 문서 A를 작성하세요.

순서 3 신청서 읽고 서명하기

수권 대리인 지정 가능

★ "수권 대리인"으로 믿을 수 있는 친구나 기관을 선택할 수 있습니다. 수권 대리인은 신청서를 볼 수 있고 이에 관해 현재와 미래에 있어 의논할 수 있는 자를 말합니다.

수권 대리인 이름

주소 아파트 #

도시 이름	주 이름	ZIP 코드	카운티

서명을 하므로써 대리인을 신청서에 서명하게 하고 신청서에 관한 공식적인 정보를 갖고 정부 기관과의 향후 발생 가능한 사항에 대하여 본인을 대리할 수 있게 하는 것입니다.

본인 서명 ▶	날짜

사적 기밀 진술

본 신청 건은 Covered California를 통한 건강 보험에 관한 것입니다. 제공하는 개인 및 의료 정보는 사적 기밀을 유지합니다. Covered California는 여러분과 신청서상의 관련인들을 식별하고 프로그램을 운영하기 위해 관련 자료들을 필요로 합니다.

플랜이나 프로그램에 귀하를 등록시키거나 다른 주 및 연방 정부 기관과 법률에 의거하여 프로그램을 운영하기 위한 목적으로만 귀하에 관한 정보를 다른 주, 연방 정부, 로컬 정부 기관, 계약 회사, 건강 플랜 및 프로그램과 공유합니다.

- [illegible]
- [illegible]

Covered California의 기록을 보는 것에 대해 자세히 알려면 다음의 Privacy Officer(사적 기밀 책임자)에게 연락하세요.

Covered California
Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

전화: **1-800-738-9116**
TTY: 1-888-889-4500

주 및 연방 법률은 신청과 관련한 해당 정보들을 수집하고 보관할 수 있는 권리를 저희에게 부여하고 있습니다:

42 U.S.C. § 18031; 캘리포니아 정부 규정§§ 100502(k) 및 100503(a)

저희는 귀하에게 캘리포니아 민법 § 1798.17에 의거하여 사적 진술을 제공해야 합니다. Covered California의 사적 기밀 방침은 **CoveredCA.com**에서 살펴 볼 수 있습니다.

순서 3 다음 페이지 계속

권리와 책임

- 이 신청서에 본인이 제공한 정보는 본인이 아는 한 사실입니다. 사실을 말하지 않을 경우 처벌된다는 것을 본인은 알고 있습니다.
- 본인이 제공하는 정보는 건강 보험을 신청하는 가족의 자격 여부를 알기 위하여 이용될 것이라고 본인은 이해합니다.
- Covered California는 본인에 관한 정보를 법률에 의거하여 사적 기밀로 유지 보관할 것이라고 본인은 이해합니다. 자세한 사항이나 Covered California에서 보관하는 기록에 관한 접근에 관하여서 본인은 사적 기밀 담당 책임자 **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락할 수 있습니다.
- 본인은 신청서 내용에 변경사항이 있을 때 Covered California에 통지해야 된다는 것을 알고 있습니다. 변경 사항을 보고하기 위해 본인은 Covered California; **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하거나 **CoveredCA.com**을 참고할 수 있습니다.
- Covered California가 인종(민족), 피부색, 국적, 종교, 연령, 성별, 성적 기호, 결혼 상태, 퇴역 군인 상태, 또는 장애로 인해 본인이나 신청서상 해당자를 차별할 수 없다는 것을 본인은 알고 있습니다. Covered California가 주 또는 연방 법률에서 요구하는 바와 같이 합리적인 수용 사항을 제공하지 못하는 것 등을 포함하여 본인을 차별한 경우, 본인은 **www.hhs.gov/ocr/office/file or http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form**를 방문하여 항의할 수 있습니다.
- 본인이나 신청인의 세대원에 관한 정보에 변경 사항이 발생하면 다른 세대원의 수혜자격에 영향을 끼칠 수 있다는 것을 본인은 이해합니다.
- 본인은 신청서 상에 건강 보험을 신청하는 자는 누구도 공소(재판) 종결 후 구금되어 있거나 구치소, 교도소 또는 유사 형벌 기관이나 교정 시설에 있지 않음을 확인합니다.
- Covered California 건강 플랜을 통해 건강 보험을 취득하기 위한 본인의 적격성에 영향을 줄 수 있기 때문에 변경 사항 발생 후 30일 이내에 Covered California에 보고하여야 한다는 사실을 본인은 잘 알고 있습니다.
- 본인과 신청서 상의 해당자들의 건강 보험 자격을 알기 위해서 Covered California가 다른 기관들의 컴퓨터 기록을 확인하여 시민권, 합법적 신분 상태, 조세 정보 또는 적격성 관련 기타 정보들을 확인하는 것을 본인은 승락합니다.

이의 신청의 권리:

- Covered California에 착오가 있다고 생각되면 본인은 그 결정에 의의를 제기할 수 있습니다. 이의를 제기한다는 것은 결정이 잘못되었다고 생각되어 그 조치에 관한 공정한 청문회의 요청을 Covered California에 알리는 것을 말합니다.
- 빠른 이의 제기와 법적 지원 소개, 무료 법적 지원 등을 포함한 이의 제기 방법을 다음에 연락하여 알 수 있다는 것을 본인은 알고 있습니다. 연락처: 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500).
- 우편으로 통지문이 본인에게 접수 된 후 90일 이내에 이의 제기를 해야 된다는 것을 알고 있습니다.
- 본인이 직접 대변할 수 있고 수권 대리인, 친구, 친척, 또는 변호사 등 이의 처리 대리인을 지정할 수 있다는 것을 본인은 알고 있습니다.
- 청문회는 전화, 비디오 컨퍼런스, 또는 방문으로 이루어질 수 있다는 것을 알고 있습니다.
- 도움이 필요한 경우, Covered California의 직원이 본인의 사안을 설명할 수 있다는 것을 본인은 알고 있습니다.
- 본인의 적격성의 유지, 또는 복원 여부, 이의 제기 결정 보류가 있을 때 Covered California의 직원이 주변 상황을 설명할 수 있다는 것을 본인은 알고 있습니다.
- 본인이나 세대원에 대한 이의 제기 결정이 본인이나 세대원의 수혜자격의 변경을 초래할 수 있다는 것을 알고 있습니다. 수혜자격 변경은 모든 세대원의 적격성에 관한 재결정을 가져올 수 있습니다.

보험 갱신:

- 미래에 건강 보험을 계속 수혜하는 것을 보다 수월하게 하기 위해 본인은 Covered California가 사회 보장 행정 기관의 컴퓨터 소스를 사용하는 것에 대해 동의합니다. 소스에서 본인이 계속하여 자격이 되는 경우, 본인의 보험 수혜 적용은 12개월간 연장될 수 있고 본인은 갱신 서류를 작성하지 않아도 되고 서류를 보내지 않아도 됩니다.

순서 3 다음 페이지 계속

순서 3 신청서 읽고 서명하기 (계속)

진술 및 서명 필수 사항임.

본인은 위증 형벌에 의거하여 아래 사항들이 사실이고 정확하다는 것을 진술합니다.

- 본인은 신청서 상의 모든 질문들을 이해하였고 알고 있는 한 사실로서 정확한 답변을 하였습니다. 답변을 본인 스스로 잘 모르는 경우에는 본인은 알고 있는 사람과 함께 답변을 확인하기 위하여 합리적으로 처리하였습니다.
- 본인은 신청서 상에 사실대로 기재하지 않으면 최대 4년 징역에 해당하는 위증으로 인한 민형사상 형벌이 존재한다는 것을 알고 있습니다. (캘리포니아 형법 제126장 참고.)
- 본인은 본 신청서 상의 정보들이 신청인들의 건강 보험 적격 여부를 정하기 위하여 이용된다는 것을 알고 있습니다. Covered California는 연방 및 캘리포니아 법률에서 요구하는 바와 같이 관련 정보들을 사적 기밀로 유지할 것입니다.
- 본인은 Covered California; **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하거나 **CoveredCA.com** 을 방문하여 건강 보험 신청인의 신청과 관련하여 변경 사항을 알리겠습니다.
- 본인이 첨부 문서 C를 작성, 제출하여 건강 플랜을 선택하고 Covered California로부터 첨부 문서 C에 본인이 선택한 해당 플랜의 가입에 적합하다고 정하여진 경우:
  - » 본인은 이 곳의 서명을 통해 플랜 담당 회사와 계약을 체결하고 있다는 것을 본인은 이해합니다.
  - » 본인은 18세 이상, 구속 상태가 아닌 자유인이며 정신 능력 소유자로 계약을 서명합니다.

신청인 또는 수권 대리인 서명	날짜
▶	

Covered California 공인 담당자

신청서 작성에 도움을 주는 Covered California의 공인 담당자이면 이 장을 작성합니다.

본인은 공인 등록 카운셀러, 공인 보험 중개인, 또는 공인 플랜 등록자로서 신청인을 도와 본 신청서를 작성하고 해당 서비스는 무료임을 증명합니다. 또한, 본인이 아는 한 신청서의 질문에 대해 사실이며 정확한 답변을 제공하였다는 것도 본인은 증명합니다. 본인은 쉽게 이해할 수 있는 언어로 신청인에게 부정확한 정보를 제공하는 경우 신청인에게 발생할 위험을 설명하고 신청인은 설명 내용을 이해하였습니다.

☐ 공인 등록 카운셀러 이름:	CEC 번호
공인 등록 기관명 이름:	CEE 번호
☐ 공인 보험 중개인 이름:	라이센스 번호
☐ 공인 플랜 등록자 플랜:_____ 이름:	인증 번호
공인된 개인 서명 ▶	날짜

공인 등록 카운셀러가 신청서 제출 시 이 장을 완전하고 정확하게 기재하지 않았다면 주에서는 Covered California 공인 등록 기관에 보상하지 않습니다.

도움이 필요하나요? Covered California, **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락주세요. 무료 전화임. 월~금: 8 a.m. ~ 6 p.m, 토: 8 a.m. ~ 5 p.m. 또는, **CoveredCA.com** 참고.

순서 4 우편 정보 및 점검 목록

서명된 신청서 보내실 곳:

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

확인하십시오:

☐ 건강 보험이 필요한 가족에 관해 알려주시나요?

☐ **12페이지 신청서에 서명하였나요?** 수권 대리인을 정한 경우, 10페이지도 서명할 것.

추가 질문 (선택 사항임)

1. 건강 보험을 신청하게 만든 생활의 변화가 최근에 있으셨나요?
예인 경우, 해당 사항 모두에 체크 표시.

☐ 캘리포니아로 이사옴.
☐ 시민권 또는 합법 주거 취득
☐ 부양 가족 생김(출생, 결혼, 입양)
☐ Medi-Cal 분실
☐ 기타 _____
☐ 구금 상태 해제
☐ 건강 보험 분실
☐ 연방 정부에서 인정하는 아메리칸 인디언/알래스카 토착민
☐ Covered California를 통한 건강 보험의 보험료 지원 분실

위 변화는 언제 발생했나요? (월 / 일 / 연도)_____

2. Covered California를 어떻게 알게 되었나요? 해당 사항 모두에 체크 표시.

☐ 파견 교육 프로그램
☐ 뉴스 프로그램 또는 스토리
☐ 지역 기관 또는 행사
☐ 서비스 제공 회사, 병원
☐ 공인 등록 카운셀러
☐ CoveredCA.com 웹사이트
☐ 소셜 미디어 (예: Facebook, Twitter 등)
☐ TV 광고
☐ 잡지 신문 광고
☐ 소매점 서명
☐ 구전
☐ 모바일 앱
☐ 공인 보험 중개인
☐ 라디오 광고
☐ 우편물
☐ 친구, 가족
☐ 고용주
☐ 광고 게시판
☐ 정부 오피스
☐ 온라인 광고
☐ 인터넷 검색
☐ 브로셔
☐ 약국
☐ 교회
☐ 이메일
☐ 기타_____

도움이 필요하세요? Covered California, **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 무료 전화임.
월~금: 8 a.m. ~ 6 p.m, 토: 8 a.m. ~ 5 p.m. 또는, **CoveredCA.com** 참고.

첨부 문서 A: 아메리칸 인디언, 또는 알래스카 토착민용

★ **자신 또는 가족이 아메리칸 인디언, 또는 알래스카 토착민인 경우에 작성하세요.**

아메리칸 인디언과 알래스카 토착민은 인디언 건강 서비스, 부족 건강 프로그램, 또는 도시 인디언 건강 프로그램의 서비스를 제공받을 수 있습니다. 연방 정부에서 인정하는 아메리칸 인디언과 알래스카 토착민은 실비(공동 지불 등)를 지불하지 않아도 되고 특별 등록 기간이 있을 수 있습니다. 이 서식을 작성하여 신청서와 아메리칸 인디언, 또는 알래스카 토착민 문화 유산에서 발행한 증명서와 함께 보내주십시오. 부족의 일원 또는 부족과 연계된 것을 보여주는 연방 정부에서 인정하는 인디언 부족의 문건을 보낼 수 있습니다. 문건은 부족 등록 카드 또는 인디언 사무국의 인디언 혈통 증명서(CDIB)를 포함할 수 있습니다.

4명 이상의 아메리칸 인디언, 또는 알래스카 토착민에 관하여 알릴 필요가 있는 경우, **이 페이지를 복사하여 사용하고** 신청서와 함께 보내주십시오.

해당자 1

이름 | 중간 이름 | 성 | Suffix(예: Sr., Jr., III, IV)

연방 정부에서 인정하는 아메리칸 인디언이나 알래스카 토착민인가요? ☐ 예 ☐ 아니오

예인 경우, 부족명 기재: _____ 부족 거주 주: _____

해당자 2

이름 | 중간 이름 | 성 | Suffix(예: Sr., Jr., III, IV)

연방 정부에서 인정하는 아메리칸 인디언이나 알래스카 토착민인가요? ☐ 예 ☐ 아니오

예인 경우, 부족명 기재: _____ 부족 거주 주: _____

해당자 3

이름 | 중간 이름 | 성 | Suffix(예: Sr., Jr., III, IV)

연방 정부에서 인정하는 아메리칸 인디언이나 알래스카 토착민인가요? ☐ 예 ☐ 아니오

예인 경우, 부족명 기재: _____ 부족 거주 주: _____

해당자 4

이름 | 중간 이름 | 성 | Suffix(예: Sr., Jr., III, IV)

연방 정부에서 인정하는 아메리칸 인디언이나 알래스카 토착민인가요? ☐ 예 ☐ 아니오

예인 경우, 부족명 기재: _____ 부족 거주 주: _____

신분/이민 상태

다음 그룹 중 하나에 해당되면 건강 보험 가입 자격이 있습니다. 신분 상태가 아래에 나와 있지 않더라도 건강 보험 자격이 있으므로 개의치 말고 신청해야 합니다.

- 합법적 영주권자 (LPR, 또는 그린 카드 소지자)
- 합법적 임시 거주자 (LTR)
- 망명자
- 피난민
- 쿠바/아이티 신입주자
- 미국으로 가석방
- 1980년도 이전 부여된 조건부 신입주자
- 폭행 당한 배우자, 자녀, 부모
- 불법 거래 희생자 및 그 배우자, 자녀, 형제 자매, 및 부모
- 이주법, 또는 고문 금지 조약(CAT)에 의거한 인정된 (국외) 추방 보류
- 비이민 상태의 개인 (미크로네시아, 마샬 군도, 팔라우의 노동 비자, 학생 비자 및 시민 포함)
- 임시 보호 상태 (TPS), 또는 임시 보호 상태 (TPS) 신청자
- 강제 추방 유예 (DED)
- 조치 유예 상태 참고:국토 안보부 추방 유예 조치 (DACA) 처리 과정에 의거하여 조치 유예 상태인 개인은 합법 거주로 간주되지 않음.
- 특별 이주 청소년 상태의 신청인
- 승인된 비자 청원의 LPR 상태 조정 신청인
- 망명 신청인
- 이주법, 또는 고문 금지 조약(CAT)에 의거한 (국외) 추방 보류 신청자
- 고용 승인 문서 (EAD) 등록 신청인
- 감독 요청 (EAD 관련)
- 추방 취소, 국외 추방 중단 신청인 (EAD 관련)

첨부 문서 C: Covered California 건강 보험 플랜 선택하기

★ 4 명 이상 신청하는 경우 **이 페이지와 다음 페이지를 복사하여** 정보를 기재하는 데 사용하세요. 신청서를 보낼 때 그 페이지들도 꼭 같이 보내 주세요.

사적 건강 보험 플랜을 선택할 때 귀하가 원하는 플랜의 이름 또는 메탈 등급을 적어 주세요. 일단 플랜을 선택하고서 최초 보험료를 내야만 건강 관리 커버리지가 발효됩니다. **보험료는 선택한 보험회사에 직접 내야 합니다. 보험회사에 직접 연락하거나, 고지서가 보내져 오는 것을 기다려야 합니다. Covered California 에 보험료를 보내지 마세요.** *최초 보험료를 어떻게 내야 하는지에 관한 정보는 20페이지의 자주 묻는 질문 #8을 보세요.*

선택할 수 있는 건강 플랜들이나 보험료 부담에 대한 정보를 더 알고 싶으면, **CoveredCA.com**을 방문하거나 **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) 으로 연락하세요.

성명 이름, 중간, 성, Suffix (예: Jr., Sr., III, IV)	**건강 플랜 이름**	**메탈 등급**	**메탈 번호**	**플랜 유형**
해당자 1:		☐ 플래티넘 ☐ 금 ☐ 은 ☐ 동 ☐ 최저 적용 플랜		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO
해당자 2:		☐ 플래티넘 ☐ 금 ☐ 은 ☐ 동 ☐ 최저 적용 플랜		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO
해당자 3:		☐ 플래티넘 ☐ 금 ☐ 은 ☐ 동 ☐ 최저 적용 플랜		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO
해당자 4:		☐ 플래티넘 ☐ 금 ☐ 은 ☐ 동 ☐ 최저 적용 플랜		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO

플랜 유형
EPO - Exclusive Provider Organization
HMO - Health Maintenance Organization
HSA - Health Savings Account (이 플랜 유형은 회원이 건강 저축 계좌를 개설하고 기여할 수 있게 함)
PPO - Preferred Provider Organization

플랜 선택을 마치려면 건강 플랜을 선택하고 있는 18세 이상의 모든 개인들은 다음 페이지에 있는 중재 동의서에 동의하고 서명해야 함.

첨부 문서 C 다음 페이지 계속

중재 동의서

▶ Covered California 건강 플랜을 선택하는 자:

건강 플랜에 참여하는 자는 모두 건강 플랜 회원, 서비스 등의 수혜 적용 및 제공, 의료 또는 병원 과실에 관하여 본인이 주장하는 배상(의료 서비스가 불필요하거나 권한이 없거나 부적절하거나 태만하거나 부적합하게 제공된 경우의 배상), 또는 책임 전제에 관하여 본인의 등록 부양 가족, 상속인, 건강 보험 수권 대리인, 계약된 건강 관리 제공 회사, 운영 회사, 기타 관련 당사자를 포함하여 이에 국한하지 않고 분쟁이나 배상을 해결하기 위해 자신의 규칙을 가지고 있다는 것을 본인은 이해합니다.

본인이 분쟁을 해결하기 위해 중재를 요구하는 건강 플랜을 선택하는 경우, 분쟁이나 배상(규제 법률에 의거하여 중재에 해당하지 않고 저촉되지 않는 법원의 작은 배상 사안은 제외)을 해결하기 위해 중재를 사용하고 실행 법률이 중재 절차의 사법적 검토을 제공하는 것을 제외하고 본인의 권리를 배심 재판으로 양도하고 법원에서 분쟁을 해결하도록 하는 것에 대해 승락하고 동의한다는 사실을 본인은 잘 알고 있습니다. 본인은 모든 참여 건강 플랜의 모든 중재 조항이 건강 플랜 적용 문서에 있다는 사실을 이해하며, 이는 **CoveredCA.com**에서 온라인으로 검토할 수 있거나, **Covered California: 1-800-738-9116 (TTY: 1-888-889-4500)**으로 연락할 수 있습니다.

▶ 모든 플랜의 등록인 서명

해당자 1, 책임 담당자, 또는 해당자 1의 수권 대리인 서명 (18세 이상) ▶	날짜
해당자 2, 책임 담당자, 또는 해당자 1의 수권 대리인 서명 (18세 이상) ▶	날짜
해당자 3, 책임 담당자, 또는 해당자 1의 수권 대리인 서명 (18세 이상) ▶	날짜
해당자 4, 책임 담당자, 또는 해당자 1의 수권 대리인 서명 (18세 이상) ▶	날짜

첨부 문서 C 다음 페이지 계속

첨부 문서 C: Covered California 소아 치과 플랜 선택하기

18세 이하 자녀

★ 4 명 이상의 자녀에 대해 소아 치과 서비스를 신청하려면 **이 페이지를 복사하여 사용하고,** 신청서와 함께 보내 주세요.

자녀의 소아 치과 서비스에 해당 자격이 있다고 생각하고 소아 치과 플랜을 선택하려는 경우, 아래에 나온 플랜의 이름을 기재합니다. Covered California에서 제공하는 소아 치과 플랜에 대하여 자세히 아시려면 **CoveredCA.com**을 참고하거나, **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요.

성명 이름, 중간, 성, Suffix (예: Jr., Sr., III, IV)	**소아 치과 플랜 이름**	**적용 수준**	**플랜 유형**
자녀 1:		☐ 높음 ☐ 낮음	☐ DEPO ☐ DHMO ☐ DPPO
자녀 2:		☐ 높음 ☐ 낮음	☐ DEPO ☐ DHMO ☐ DPPO
자녀 3:		☐ 높음 ☐ 낮음	☐ DEPO ☐ DHMO ☐ DPPO
자녀 4:		☐ 높음 ☐ 낮음	☐ DEPO ☐ DHMO ☐ DPPO

플랜 유형

DEPO - Dental Exclusive Provider Organization
DHMO - Dental Health Maintenance Organization
DPPO - Dental Preferred Provider Organization

자주 묻는 질문

Covered California의 도움 얻기

1. Covered California란?

Covered California는 개인과 가족이 저비용의 건강 보험과 질 높은 건강 보험의 수혜를 누릴 수 있는 새로운 마켓입니다.

캘리포니아 주민이 간편하고 저렴하게 건강 보험을 가입하는 것을 목표로 합니다. Covered California는 캘리포니아 건강 혜택 거래소와 캘리포니아 건강 관리 서비스국과 협력 관계를 이루고 있습니다.

2. Covered California는 어떻게 도와 주나요?

Covered California는 건강 요구 사항과 예산에 부합하는 민간 보험 플랜을 선택하는 것을 도와 줍니다.

건강 보험 플랜의 비용과 수입을 명확하게 설명해 주어 본인에게 제공 가능한 선택 사항들을 비교할 수 있습니다. 플랜을 선택하기 전에 수혜 내용과 납부해야 하는 금액을 알게 됩니다.

3. Covered California를 통해 제공받는 건강 보험의 종류는?

Covered California를 통해 선택할 수 있는 다양한 건강 플랜들이 있습니다. 건강 보험 회사는 이전에 아파왔거나 수혜를 받을 수 없었어도 이젠 **보험 가입을 거부할 수 없습니다.**

Covered California는 플래티넘, 금, 은, 동, 네 그룹의 민간 건강 보험 플랜을 제공하며, 추가로 최소 수혜 플랜도 마련하고 있습니다.

각 그룹은 높은 레벨에서 낮은 레벨까지 다양한 레벨의 수혜를 제공합니다. 보다 많은 의료비 수혜를 적용하는 건강 보험 플랜은 보통 보험료가 높지만, 의료 서비스를 받을 때 더 적게 납부하게 합니다.

플래티넘 플랜은 보험료가 가장 높지만 의료비의 90% 이상을 부담합니다. 금 플랜은 의료비의 약 80%를 부담하고 은 플랜은 약 70%를 부담합니다. 동 플랜은 보험료가 가장 낮으면서 의료비의 약 60%를 부담합니다. 전체 혜택 패키지에 관해 자세히 알려면 **CoveredCA.com**을 방문하여 플랜의 수혜 증명, 또는 플랜 보험 증권과 같은 플랜 문서들을 검토합니다. 또는, **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요.

4. 내가 Covered California를 통해 건강 보험에 가입할 수 있나요?

캘리포니아 주민은 캘리포니아 주에 거주하고 있고 조건에 부합하면 누구나 Covered California를 통해 건강 보험에 가입할 수 있습니다.

신청인은 무료 또는 저비용의 건강 플랜이나 보험료와 공동 지불 비용을 낮출 수 있는 금전적 자격이 있을 수 있습니다. 정부 보조 세대 규모 및 가족 소득에 기초합니다.

재정 지원을 신청하려면 다른 신청서를 작성해야 합니다. **CoveredCA.com**을 참고하거나 **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500) 으로 연락하세요.

5. 소득이 너무 높아도 건강 보험을 수혜할 수 있나요?

예. 소득에 관계 없이 건강 보험을 구매할 수 있는 캘리포니아 주민 모두가 대상입니다.

6. 어떻게 신청하나요?

다음과 같은 방법으로 Covered California 건강 보험을 신청할 수 있습니다:

온라인: **CoveredCA.com**을 방문하세요. 모든 건강 보험 플랜에 관하여 간단 명료한 설명으로 정보를 제공합니다.

전화: Covered California, **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 월~금: 8 a.m. ~ 6 p.m, 토: 8 a.m. ~ 5 p.m. 무료 전화입니다.

팩스: 신청서를 **1-888-329-3700**으로 팩스로 보내주세요.

우편: Covered California 신청서 우편물 수신:

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

개인 상담: 도움을 지원하기 위해 교육 받은 공인 등록 상담원과 보험 대리인이 활동합니다. 카운티 사회 서비스 오피스에도 연락할 수 있습니다. 무료로 도와드려요! 집이나 직장 부근의 리스트는 **CoveredCA.com**을 참고하거나 **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요.

7. 비용은 어떻게 되나요?

비용은 선택하는 건강 보험 플랜에 따라 다릅니다. **CoveredCA.com**에서 비용 계산기를 사용하여 비용을 알 수 있습니다.

자주 묻는 질문 다음 페이지 계속

Covered California의 도움 얻기

(계속)

8. 신청서와 함께 최초 보험료를 보내야 하나요?

아니오, 최초 보험료를 Covered California **에 보내지 마세요. 보험회사에 직접 내야 합니다**. 최초 보험료를 우편으로 보내실 수도 있고, 보험회사가 전화나 온라인으로 받을 수도 있습니다. 보험료를 어떻게 낼 수 있는지 알아 보려면 보험회사에 전화하세요.

보험회사에서 보험료 청구서를 받으면, 어떻게 내야 하는지 청구서에 안내된 대로 따라 주세요. **소아 치과 플랜은 보험료가 별도로 청구되고 별도로 내야 합니다**.

보험료 청구서를 받지 못하였으면 보험회사에 전화하세요. 신청하고서 귀하의 정보를 보험회사가 받기까지 36 시간까지 걸릴 수 있습니다. 최초 보험료를 내는 데 관한 정보가 더 필요하면 **CoveredCA.com** 을 방문하여 "How to pay" (어떻게 보험료를 내지요?) 버튼을 클릭하거나 **1-800-300-1506** (TTY:1-888-889-4500)으로 연락하세요.

9. 다른 건강 보험에 이미 가입되어 있다면 어떻게 되나요?

고용주를 통한 저렴한 건강 보험에 이미 가입되어 있는 경우, 어떠한 것도 할 필요가 없습니다. 그러나, 본인과 가족이 Covered California를 통해 저비용의 건강 보험 자격에 해당되는 지 알기 위해 신청할 수도 있습니다.

10. 신청서 상 질문의 답변에 필요한 내용들을 모두 가지고 있지 않은데요. 어떻게 해야 하나요?

자료들이 모두 준비가 되지 않으셨더라도 신청서에 서명하여 보내주세요. 신청서 접수 후 10~15일 이내에 필요한 사항에 대해 알려드리기 위해 연락드리겠습니다. 연락이 없다면 **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요.

11. 신청서 작성이나 플랜 선택에 있어 도움을 받을 수 있을까요?

예! 무료로 도와드립니다. 공인 등록 카운셀러와 공인 보험 중개인이 새로운 건강 보험 플랜의 선택과 신청서 작성을 도와 주기 위해 주 전반에 걸쳐 지역 사회에서 활동하고 있습니다. 다양한 언어로 도움을 받을 수 있습니다.

신청서 작성이나 플랜 선택에 있어 도움 받기:

온라인: CoveredCA.com을 방문하세요**.** 모든 건강 보험 플랜에 관하여 간단 명료한 설명으로 정보를 제공합니다.

전화: Covered California, **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 월~금: 8 a.m. ~ 6 p.m, 토: 8 a.m. ~ 5 p.m. 무료 전화입니다.

개인 상담: 도움을 지원하기 위해 교육 받은 공인 등록 상담원과 보험 대리인이 있습니다. 카운티 사회 서비스 오피스에도 연락할 수 있음. 무료로 도와드려요! 집이나 직장 부근의 리스트는 **CoveredCA.com** 을 참고하거나 **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500) 으로 연락주세요.

12. 건강 보험 플랜을 어떻게 선택할 수 있나요?

CoveredCA.com을 방문하여 온라인 상점과 비교 툴을 이용하여 건강 보험 플랜을 쉽게 쇼핑하고 비교할 수 있습니다.

본인의 건강 요구 사항과 예산에 부합하는 적용 수혜 수준을 선택할 수 있습니다.

- 높은 월 비용(보험료) 납부를 선택하여 의료 서비스 필요 시 실제 비용을 적게 부담할 수 있습니다.
- 또는, 낮은 월 비용 납부를 선택하지만 필요 시 실제 비용을 많이 부담할 수 있습니다.

13. 건강 보험 개혁에 의해서 건강 보험이 필요하나요?

2014.1월부터 어린이를 포함하여 대부분의 사람들은 건강 보험에 가입되어 있어야 하며, 그렇지 않으면 벌금을 냅니다. 연방 소득세 신고 시 자녀를 조세상 부양 가족으로 신고하는 부모 또는 세금 신고자는 부양 자녀의 보험 부재에 대해 책임이 있으나, 18세 이하 보험 미가입으로 인한 조세 벌금은 미가입 성인 조세 벌금의 반입니다. 수혜 범위는 직업을 통한 보험, 자신이 구매하는 수혜, Medicare, 또는 Medi-Cal을 포함합니다.

어떤 사람들은 건강 보험을 면제 받습니다. 이러한 사람들은 종교 신앙이 건강 보험 플랜을 수혜하는 데 반대하며 연방 정부에서 인정하는 종교의 종파, 재판 종결후 구금된 사람, 연방 정부에서 인정하는 아메리칸 인디언이나 알래스카 토착민 및 고용주 기여나 보험료 지원을 고려한 후 건강 보험을 위해 소득의 8% 이상을 납부해야 하는 사람들을 포함하여, 또한 이에 국한하지 않습니다.

2014년에 벌금은 연간 소득의 1%, 또는 $95 중 더 높은 쪽이 됩니다. 벌금은 해마다 증가합니다. 2016년에 벌금은 연간 소득의 2.5%, 또는 $695 중 더 높은 쪽이 됩니다. 2016년 이후에는 조세 벌금이 생활비 조정에 기초하여 해마다 증가합니다.

벌금에 관한 자세한 사항은 **CoveredCA.com**을 참고합니다.

자주 묻는 질문 다음 페이지 계속

Covered California의 도움 얻기

(계속)

14. 신청 후 소득이 변하면 어떻게 되나요?

소득이 변하면 해당 자격이 있는 건강 보험 종류가 변할 수 있습니다.

Covered California를 통해 민간 건강 보험에 가입되어 있는 경우, Covered California의 금융 지원 자격 여부를 알려면 연락주세요. 이는 보험료와 공동 지불 비용을 낮출 수 있습니다.

15. 새 Covered California 건강 보험 플랜을 바로 이용할 수 있을까요?

2013. 10월 ~ 12월 건강 보험을 신청하는 경우, 서비스는 2014.1월부터 시작합니다. 2014.1월에 신청하면 서비스는 익월 초부터 시작할 수 있습니다.

16. 신청 후에는 어떻게 되나요?

온라인이나 전화로 신청하면 본인과 가족의 Covered California 자격 여부에 관한 사항을 받게 됩니다. 용지 신청서를 제출하거나 신청서를 팩스로 보내면 신청서 접수 후 10일 이내에 서신이 발송됩니다. 연락이 없다면 **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요.

기타 질문

17. 신청서 상 기재된 자는 미국 시민이나 미국 국적이어야 하나요?

아니오. 가족을 대신하여 신청하는 경우에는 시민권이나 이주 상태 증명서를 보내지 않아도 됩니다. 그러나, Covered California를 통해 보험을 구매하고 있는 사람은 누구나 합법적인 주민이어야 하고 시민권이나 이주 상태에 관한 증명이 있어야 합니다.

18. 이 신청서에서는 많은 개인 정보를 요구하네요. Covered California는 본인의 개인 정보와 재정 정보를 공유하나요?

아니오. 제공하신 정보는 연방 및 주 법률에 의거하여 사적 기밀로 안전하게 유지합니다. 해당 정보는 건강 보험의 자격 여부를 알기 위해서만 사용됩니다.

19. 기존의 제약이나 장애가 있는데요. 내가 Covered California를 통해 건강 보험에 가입할 수 있나요?

예. 현재 또는 과거 건강 제약이나 장애에도 불구하고 건강 보험을 수혜할 수 있습니다.

2014년부터 대부분의 건강 보험 플랜은 기존의 건강 제약 또는 장애로 인해 보험 수혜를 거부하거나 비용을 더 부과시킬 수 없습니다.

20. Medicare를 가지면 어떻게 되나요?

법률적으로 Medicare 회원들 거래소를 통해 이중 보험 수혜를 구매할 수 없습니다. 그래서, Medicare를 가지고 있으면 Covered California를 통한 건강 보험은 적합하지 않습니다. Medicare와 추가 보험 수혜를 찾고 퇴직 보험 수혜에 가입되어 있지 않으면 **www.medicare.gov**을 방문하여 Medicare 장점 플랜 등록이나 Medi-gap 보험 구매에 관해 자세히 알아봅니다.

21. 임신했다는 걸 안지 얼마 안되었는데요. 임신 기간 중 수혜할 건강 보험을 신청할 수 있나요?

예. 출생 전 건강 관리, 진통 및 분만, 분만 후 건강 관리에 관한 건강 보험을 신청할 수 있습니다. 건강 보험 플랜에서는 임신한 경우 건강 보험을 거부할 수 없습니다.

22. 시민이 아니고 정상 이주/신분 상태가 아닌데도 건강 보험 자격이 되나요?

캘리포니아에 거주하는 사람은 누구나 이 신청서로 건강 보험을 신청할 수 있습니다. 신청하는 사람은 사회 보장 번호나 이주 신분에 관한 정보를 제공해야 합니다.

그러나, 이주 신분과 사회 보장 번호를 갖고 있지 않더라도 특정한 건강 보험 플랜의 자격에 해당할 수 있습니다.

정보는 사적 기밀로 유지하고 해당 프로그램의 자격 여부를 알기 위해서만 정부 기관과 정보를 공유합니다.

자주 묻는 질문 다음 페이지 계속

기타 질문 (계속)

23. 투표 등록에 관하여서는 어디에서 정보를 얻나요?

현재 살고 있는 곳에서 투표 등록이 되어 있지 않고 오늘 투표 등록을 원하면 **registertovote.ca.gov**를 참고하세요. 또는, **1-800-345-VOTE (8683)**으로 연락합니다.

24. 아메리칸 인디언, 또는 알래스카 토착민인데요. Covered California는 어떻게 도와 주나요?

아메리칸 인디언이나 알래스카 토착민은 인디언 건강 서비스, 부족 건강 프로그램, 또는 도시 인디언 건강 프로그램의 서비스를 제공받을 수 있습니다. 연방 정부에서 인정하는 아메리칸 인디언이나 알래스카 토착민이면 다음에도 적합한 자격이 됩니다.

- 공제 가능액, 공동 지불 및 공동 보험과 같이 실비적 성격이 아닌 비용 (보험료 제외)
- 특별 월 등록 기간

첨부 문서 A를 작성하여 신청서와 아메리칸 인디언, 또는 알래스카 토착민 문화 유산에서 발행한 증명서와 함께 보내주십시오. 네이티브 아메리칸 인디언, 또는 네이티브 알래스카 토착민 문화 유산의 증명서를 제공하기 위하여 사용할 수 있는 문서들은 다음을 포함하고, 또한 이에 국한하지 않습니다.

1. 부족 등록 카드
2. 인디언 사무국의 인디언 혈통 증명서(CDIB) 다음과 같은

보험 수혜에 관심이 있다면 **CoveredCA.com** 을 참고하고 "건강 보험 신청서"를 사용하여 신청하고 다음의 자격 여부에 대해 알아보세요.

- Medi-Cal과 같은 무료 또는 저비용 건강 보험
- 유아 및 산모 액세스(AIM)의 임신부를 위한 저비용의 보험
- Covered California를 통한 민간 건강 보험 납부 지원

25. Covered California에서 내린 결정에 동의하지 않으면 어떻게 하나요?

이의를 제기할 수 있습니다. 동의하지 않는 결정 사항에 이의를 제기하려면 다음 중 한 방법으로 Covered California에 연락하세요:

- **온라인:** **CoveredCA.com**을 방문하세요.
- **전화:** Covered California, **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요. 월~금: 8 a.m. ~ 6 p.m, 토: 8 a.m. ~ 5 p.m. 무료 전화입니다.
- **팩스:** 이의 신청서를 **1-888-329-3700**으로 팩스로 보내세요.
- **우편:** 이의 신청서 수신:
  Covered California – Appeals
  P.O. Box 989725
  West Sacramento, CA 95798-9725
- **개별 방문:** 도움을 지원하기 위해 교육 받은 공인 등록 상담원과 보험 대리인이 활동하고 있습니다. 무료로 도와드려요!
- 집이나 직장 부근의 공인 등록 카운셀러와 공인 보험 중개인 리스트는 **CoveredCA.com**을 참고하거나 **1-800-738-9116** (TTY: 1-888-889-4500)으로 연락하세요.

다른 언어로 된 도움 받기

다른 언어로 되어 있는 신청서에 관한 도움을 받을 수 있습니다. **1-800-738-9116**으로 연락합니다.

Podemos ayudarle en español a llenar esta solicitud. Llame al 1-800-300-0213.

SPANISH

您可以透過其他語言獲得此申請的幫助。請致電 1-800-300-1533.

TRADITIONAL CHINESE

Quý vị có thể được trợ giúp về đơn đăng ký này bằng tiếng Việt. Hãy gọi 1-800-652-9528.

VIETNAMESE

신청 시 한국어 지원을 받으실 수 있습니다. 1-800-738-9116.

KOREAN

Maaari kang kumuha ng tulong para sa aplikasyong ito sa Tagalog. Tumawag sa 1-800-983-8816.

TAGALOG

Koj txais tau kev pab nrog kev tso npe no ua lus Hmoob. Hu 1-800-771-2156.

HMONG

Вы можете получить помощь в оформлении этой заявки на русском языке. Звоните по телефону 1-800-778-7695.

RUSSIAN

Դուք կարող եք հայերենով օգնություն ստանալ այս դիմումի ձևը լրացնելու հարցում: Զանգահարեք 1-800-996-1009.

ARMENIAN

می توانید در ارتباط با این فرم تقاضا به زبان های دیگر کمک دریافت کنید. با شماره 1-800-921-8879 تماس بگیرید.

FARSI

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយចំពោះពាក្យសុំនេះជាភាសាខ្មែរ។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528.

KHMER

يمكنك الحصول على المساعدة بشأن هذا الطلب باللغة العربية. اتصل بـ 1-800-826-6317.

ARABIC

Facebook의 Covered California가 "좋아요"! 가기: Facebook.com/CoveredCA

팔로우 하세요! @CoveredCA