

# Medicare 저축 프로그램(MSP) 신청 지침

이 신청서를 사용해 주정부가 귀하의 Medicare 보험료 및/또는 비용 분담금을 지불할 자격이 있는지 확인하세요. 이는 장기 서비스 및 지원 등 기타 혜택을 신청하는 신청서가 아닙니다. 기타 Medicaid 혜택을 신청하거나 본 양식을 작성하는 데 도움이 필요한 경우 지역 Medicaid 사무실에 문의하십시오.

[www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](http://www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu)

Medicare 저축 프로그램(MSPs)에는 세 가지 유형이 있습니다.

**자격을 갖춘 Medicare 수혜자(QMB):** 주정부는 Medicare 파트 A 및/또는 파트 B 보험료와 비용 분담금(공제액, 공동보험료 및 코페이먼트)을 지불합니다. QMB 자격이 있으면 자동으로 Medicare 파트 D 약품 보험적용 비용을 지불하는 추가 지원을 받을 자격이 됩니다.

**지정된 저소득 Medicare 수혜자(SLMB):** 주정부에서 Medicare 파트 B 보험료를 지불하고, Medicare 파트 D 약품 보험적용 비용을 지불하기 위한 추가 지원 자격이 자동으로 부여됩니다.

**자격 있는 개인(QI):** 주정부에서 Medicare 파트 B 보험료를 지불하고, Medicare 파트 D 약품 보험적용 비용을 지불하기 위한 추가 지원 자격이 자동으로 부여됩니다.

귀하가 자격이 있는지 여부(그리고 배우자도 신청하는 경우 귀하의 배우자가 자격이 있는지 여부)는 주에서 결정합니다. MSP 승인을 받으면 파트 B 보험료가 사회보장, 철도 또는 공무원 연금에서 더 이상 공제되지 않으며, 자동으로 추가 지원에 등록되어 Medicare 파트 D 보험료와 보장된 처방약 비용 분담금을 지불하게 됩니다. 추가 지원 혜택에 등록되어 있지 않은 경우 Medicaid 사무실에 문의하세요.

Medicare 보험료 또는 비용 분담금에 대한 지원에는 재산 회수가 적용되지 않습니다. 즉, Medicare 저축 프로그램을 통해 받은 지원금은 반환할 필요가 없습니다.

## 신청에 필요한 사항

일부 정보를 확인하기 위해 다음을 포함한 문서 사본을 제공해야 할 수도 있습니다.

- 소득 증빙서류(퇴직금이나 장애 수당, 급여 명세서 등)
- 자산 증빙서류(은행 거래내역서나 생명보험 계약서 등)
- Medicare 증명서
- 비시민권자의 경우 적격 이민 신분 증빙서류(그린카드, 여권 또는 국토안보부에서 발급한 기타 서류)
- 거주지 증빙서류(임대료 영수증, 공과금 청구서 또는 주에서 발급한 신분증 등)

공간이 더 필요하다면, 추가 페이지를 첨부하세요.

## 신청 방법

- \_\_\_\_\_에서 온라인 신청서를 작성하세요
- 이 서류 신청서를 \_\_\_\_\_ (으)로 우편으로 보내주세요
- 이 신청서를 \_\_\_\_\_ (으)로 팩스로 보내주세요
- \_\_\_\_\_에서 귀하의 [state agency] 사무실을 방문하세요.
- 도움이 필요하다면 \_\_\_\_\_ (으)로 귀하의 [state agency]에 전화하세요.

기록용으로 신청서 사본을 보관하세요.

## 다음 단계

귀하의 Medicaid 기관에서 귀하의 신청서를 검토합니다. 귀하의 자격 여부는 45일 이내에 답변해 드립니다. 45일 이내에 답변을 받지 못할 경우, Medicaid 기관에 문의하세요.

## Medicare 저축 프로그램 관련 질문 도움 받기

Medicare 저축 프로그램 또는 Medicare 혜택에 대한 질문이 있으면 해당 지역 주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)에 문의하세요. [877-839-2675](tel:877-839-2675)번으로 전화하거나 [www.shiphelp.org/](http://www.shiphelp.org/)에 방문하여 연락처 정보를 찾아보세요.

## Medicare 저축 프로그램 신청

### 개인 정보

**지원자** – 귀하의 이름을 Medicare 카드에 표시된 대로 작성하십시오.

성	이름	중간 이름
거주지 주소	시	주 우편 번호
우편물 수취 주소(다른 경우)	시	주 우편 번호
주 전화번호:	보조 전화전호(선택 사항):	
이메일 주소(선택 사항)	혼인 상태: 미혼(미혼/이혼/사별) <input type="checkbox"/> 기혼, 배우자와 같이 살고 있음 <input type="checkbox"/> 기혼, 배우자와 따로 살고 있음 <input type="checkbox"/>	

### 시민권 상태:

귀하는 미국 시민입니까? ☐ 예 ☐ 아니요

그렇지 않은 경우, 적절한 이민 신분을 가지고 있습니까? ☐ 예 (아래 정보를 작성해주세요.) ☐ 아니요

외국인 등록번호, I-94 번호 또는 문서 ID 번호 및 문서 유형	신분 부여 일자	미국 입국 날짜	출신 국가
---------------------------------------	----------	----------	-------

귀하 또는 귀하의 배우자 또는 부모가 미군의 재향군인이거나 현역 군인입니까? ☐ 예 ☐ 아니요

귀하의 배우자가 미국 시민입니까?(배우자도 MSP를 신청하는 경우) ☐ 예 ☐ 아니요

그렇지 않은 경우, 배우자가 적절한 이민 신분을 가지고 있습니까? ☐ 예 (아래 정보를 작성해주세요.) ☐ 아니요

외국인 등록번호, I-94 번호 또는 문서 ID 번호 및 문서 유형	신분 부여 일자	미국 입국 날짜	출신 국가
---------------------------------------	----------	----------	-------

### 가족 구성원

동일한 가구에 거주하는 배우자를 포함하십시오. 귀하 또는 배우자의 재정 지원에 절반 이상 의존하는 동일한 가구에 거주하는 친척도 포함하십시오. 공간이 더 필요하다면, 추가 페이지를 첨부하세요.

이름(성, 이름, 중간 이름)	귀하와의 관계	생년월일	MSP 혜택 신청 여부	사회보장번호 (MSP 신청 시)
	본인		예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>	
	배우자		예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>	
	기타 (구체적으로 명시해 주세요)		해당 없음	선택 사항



## 자산

귀하 또는 귀하의 배우자가 보유한 자산이 있는 경우, 자산 유형, 소유자 이름, 자산이 개인 소유인지 공동 소유인지 기재하십시오. 자산 유형에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

- 현금
- 당좌 예금 계좌
- 저축 계좌
- 머니 마켓 계좌
- 뮤추얼펀드
- 저축 채권
- 주식
- 예금증서(CD)
- 개인 연금 계좌(IRA)
- 장래 자금
- 소유한 주택이나 토지(주거용 제외)

자산 유형	소유자 이름	소유권	현재 가치
		개인 <input type="checkbox"/> 공동 <input type="checkbox"/>	\$
		개인 <input type="checkbox"/> 공동 <input type="checkbox"/>	\$
		개인 <input type="checkbox"/> 공동 <input type="checkbox"/>	\$
		개인 <input type="checkbox"/> 공동 <input type="checkbox"/>	\$
		개인 <input type="checkbox"/> 공동 <input type="checkbox"/>	\$
		개인 <input type="checkbox"/> 공동 <input type="checkbox"/>	\$
		개인 <input type="checkbox"/> 공동 <input type="checkbox"/>	\$
		개인 <input type="checkbox"/> 공동 <input type="checkbox"/>	\$

귀하 또는 귀하의 배우자가 차량(자동차, 트럭, 보트, 모터 홈, 오토바이, 캠퍼, 트레일러 등)을 소유하고 있습니까? 그렇다면 아래에 나열하고 주 사용 차량을 표시해 주십시오.

소유자 이름	소유권	차량 유형	연도	제조사/모델	가치	미지불 금액
	개인 <input type="checkbox"/> 공동 <input type="checkbox"/>				\$	\$
	개인 <input type="checkbox"/> 공동 <input type="checkbox"/>				\$	\$
	개인 <input type="checkbox"/> 공동 <input type="checkbox"/>				\$	\$
	개인 <input type="checkbox"/> 공동 <input type="checkbox"/>				\$	\$

귀하 및 또는 배우자가 합산 액면가가 \$1,500 이상인 종신보험을 보유하고 있습니까? 그렇다면 아래에 기재해 주세요.

피보험자	보험사명/보험 번호	보험 가치를 찾는 데 도움이 필요합니까?	액면가	현금 가치
		예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>	\$	\$

		예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>	\$	\$
--	--	---	----	----

**서명하기 전에 주의 깊게  
읽어보십시오.**

본인은 다음 사항을 이해합니다.

- 상황에 변화가 생기면 즉시 Medicaid 기관에 보고해야 합니다. 늦게 신고하면 잘못된 혜택을 받을 수 있습니다.
- 본인의 상황은 Medicaid 기관이나 다른 주 또는 연방 기관에서 검증을 받을 수 있습니다.
- Medicaid 기관에서는 본인이 자격이 있는지 증빙서류를 제시하도록 요청할 수 있습니다. Medicaid 기관에서 증빙서류를 얻도록 도와주거나 다른 사람이나 기관에 연락해서 증빙서류를 요청할 수도 있습니다.
- 이 신청서를 제출함으로써, 본인은 주정부 Medicaid 기관이 나를 대신하여 나의 생명보험 회사에 연락하는 것을 허가합니다.
- 의료 혜택을 요청하고 받음으로써, 본인은 모든 의료 지원에 대한 권리와 의료에 대한 제3자 지불에 대한 권리를 주정부에 양도합니다.
- 본인이 Medicare 저축 프로그램의 자격이 있다고 판단될 경우, Medicare 보험료, 공제액 또는 공동보험료를 지불하기 위해 받은 모든 지원에 대해 재산 회수의 대상이 되지 **않습니다**.

신청서가 처리되면 우편으로 자격 통지서를 받게 됩니다. 자격에 동의하지 않는 경우 귀하는 재고 요청을 할 수 있습니다. 자격 통지서를 검토하여, 보장을 신청한 가구 구성원 각 개인에게 해당하는 재고 요청 지침을 확인하십시오. 여기에는 재고 요청을 할 수 있는 기간이 포함됩니다. 재고 요청을 할 때 고려해야 할 중요한 정보는 다음과 같습니다.

원하시면 다른 사람이 재고 요청을 하거나 참여할 수 있습니다. 그 사람은 친구, 친척, 변호사 또는 다른 개인이 될 수 있습니다. 또는, 귀하 스스로 재고 요청을 하고 참여할 수 있습니다.

재고 요청을 하려면 1-800-XXX-XXXX(TTY: 1-800-XXX-XXXX)번으로 저희에게 전화하세요. 또는 [medicaid.state.gov]에서 재고 요청서를 받으세요. 또는 직접 편지를 작성하여 주 Medicaid 기관(321 Any Road, Any City, Any State 00100)으로 보내거나 직접 제출하실 수도 있습니다.

## 선언 및 서명

본인은 이 신청서의 정보를 읽고 이해했습니다. 본인은 이 신청서에 제공된 정보가 본인이 아는 한 진실하고 정확하며 완전하다는 것을 알고 있으며 위증 시 처벌을 받을 각오가 있음을 선언합니다.

신청인/대리인 서명:

날짜:

배우자 서명(해당되는 경우):

날짜:

대리인 이름:

대리인 전화번호:

신청인과의 관계:

대리인 우편 주소:

대리인 이메일 주소:

귀하는 큰 글자, 점자 또는 오디오와 같이 접근 가능한 형식으로 정보를 받을 권리가 있습니다. 또한 차별을 받았다고 느낄 경우 불만을 제기할 권리가 있습니다. [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice)에 방문하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화해 자세한 정보를 알아보세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화할 수 있습니다.

**선택 사항: (이 정보를 제공해도 자격에 영향을 미치지 않습니다.)**

본인: 해당되는 모든 항목에 체크하세요.

**히스패닉/라틴계 민족의 경우**

☐ 멕시코인 ☐ 멕시코계 미국인 ☐ 치카노/a ☐ 푸에르토리코인 ☐ 쿠바인 ☐ 기타 \_\_\_\_\_

**인종**

<input type="checkbox"/> 백인	<input type="checkbox"/> 미국 인디언 또는 알래스카 원주민	<input type="checkbox"/> 필리핀인	<input type="checkbox"/> 베트남인
<input type="checkbox"/> 괌인 또는 차모로족	<input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인	<input type="checkbox"/> 인도계 아시아인	<input type="checkbox"/> 일본인
<input type="checkbox"/> 기타 아시아인	<input type="checkbox"/> 사모아인	<input type="checkbox"/> 중국인	<input type="checkbox"/> 한국인
<input type="checkbox"/> 하와이 원주민	<input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬 주민	<input type="checkbox"/> 기타 _____	

**하나의 응답을 선택하세요.**

**출생 시 지정된 성별** (출생증명서에서 확인 가능)

☐ 여성 ☐ 남성 ☐ 기타 \_\_\_\_\_ ☐ 잘 모름 ☐ 대답하고 싶지 않음

**현재 성별:**

☐ 여성 ☐ 남성 ☐ 트랜스젠더 여성 ☐ 트랜스젠더 남성 ☐ 기타 용어 \_\_\_\_\_ ☐ 잘 모름  
☐ 대답하고 싶지 않음

**성적 지향:**

☐ 양성애자 ☐ 레즈비언이나 게이 ☐ 이성애자(레즈비언이나 게이 아님) ☐ 기타 용어 \_\_\_\_\_  
☐ 잘 모름 ☐ 대답하고 싶지 않음

**선택 사항: (이 정보를 제공해도 자격에 영향을 미치지 않습니다.)**

배우자: 해당되는 모든 항목에 체크하세요.

**히스패닉/라틴계 민족의 경우**

☐ 멕시코인 ☐ 멕시코계 미국인 ☐ 치카노/a ☐ 푸에르토리코인 ☐ 쿠바인 ☐ 기타 \_\_\_\_\_

**인종**

<input type="checkbox"/> 백인	<input type="checkbox"/> 미국 인디언 또는 알래스카 원주민	<input type="checkbox"/> 필리핀인	<input type="checkbox"/> 베트남인
<input type="checkbox"/> 괌인 또는 차모로족	<input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인	<input type="checkbox"/> 인도계 아시아인	<input type="checkbox"/> 일본인
<input type="checkbox"/> 기타 아시아인	<input type="checkbox"/> 사모아인	<input type="checkbox"/> 중국인	<input type="checkbox"/> 한국인
<input type="checkbox"/> 하와이 원주민	<input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬 주민	<input type="checkbox"/> 기타 _____	

**하나의 응답을 선택하세요.**

**출생 시 지정된 성별** (출생증명서에서 확인 가능)

☐ 여성 ☐ 남성 ☐ 기타 \_\_\_\_\_ ☐ 잘 모름 ☐ 대답하고 싶지 않음

**현재 성별:**

☐ 여성 ☐ 남성 ☐ 트랜스젠더 여성 ☐ 트랜스젠더 남성 ☐ 기타 용어 \_\_\_\_\_ ☐ 잘 모름  
☐ 대답하고 싶지 않음

**성적 지향:**

☐ 양성애자 ☐ 레즈비언이나 게이 ☐ 이성애자(레즈비언이나 게이 아님) ☐ 기타 용어 \_\_\_\_\_



☐ 잘 모름   ☐ 대답하고 싶지 않음