

Access NY Supplement A

신청자가 다음과 같은 경우 이 보완 서류를 작성해야 합니다.

- 65세 이상
- 맹인 또는 장애 판정자(나이 관계 없음)
- 장애 판정은 받지 않았지만 만성적 질병이 있는 경우
- 자활 능력이 없으며 요양 치료 보장 신청을 한 경우.
여기에는 요양 치료에 상당하는 병원 치료가 포함됩니다.

참고: Medicare Savings Program(MSP)만을 신청하는 경우에는 이 보완 서류를 작성하지 않아도 됩니다.

설명:

- 섹션 A ~ F를 작성해야 하며 이 보완 서류에 서명해야 합니다.
- 귀하 또는 가정의 누군가가 요양 치료 보장 신청을 한 경우에는 섹션 G ~ I도 작성해야 합니다.

A. 이 보완 서류는 다음을 위해 작성합니다.

성	이름	MI	소셜시큐리티 번호	결혼 여부

참고: 남아 있는 질문은 위에 언급된 사람에 대한 것입니다.

B. 맹인, 장애, 만성적 질환

1. 만성 질환을 앓고 있습니까? 예 아니오
(만성 질환의 예에는 질병 또는 상해로 12개월 이상 일하지 못하거나, 12개월 동안 지속되거나 지속될 것으로 예상되는 질병이나 장애 등이 포함됩니다.)

2. Commision for the Blind and Visually Handicapped에서 맹인 판정을 받았습니까?
(If yes, send proof.) 예 아니오

3. 근로 장애인인 경우, MBI-WPD 프로그램에 신청하는 데 관심이 있습니까? 예 아니오

*The Medicaid By-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD)은 최소 16세부터 65세 미만의 근로 장애인들에게 Medicaid 보장을 제공합니다.
장애가 있는 근로자가 더 많은 돈을 벌고 Medicaid 보장을 유지할 수 있으므로 프로그램은 일반 Medicaid 프로그램보다 더 높은 소득 수준을 허용합니다.*

C. 양로원 또는 요양 시설에 살고 있습니까? 예 아니오

D. 재원/자산(적용되는 항목에 체크):

Medicaid 보장은 신청하지만 지역사회 기반 장기 의료 서비스 보장은 신청하지 않습니다. 재원의 양을 증명할 수 있습니다. 재원에 대한 서류를 제출할 필요가 없습니다. 이 보장에는 요양 치료, 자택 요양 또는 아래에 나와 있는 지역사회 기반 장기 의료 서비스는 포함되지 않습니다.*

지역사회 기반 장기 의료 서비스 보장을 신청합니다. 현재 재원 금액에 대한 서류를 제출해야 합니다.* 여기에는 다음이 포함됩니다.

- 성인 건강 데이케어
- 제한된 라이선스의 자택 요양 치료
- 개인 간호
- 지역사회 내 호스피스
- 호스피스 거주 프로그램
- 자립 지원 생활 프로그램
- 수요자 중심형 활동 보조 프로그램
- 공인 자택 의료 기관 서비스
- 주거 치료 시설 의료 서비스
- 개인 응급 응답 서비스
- 개인 의료 서비스
- 지역사회 내 장기 관리 의료 서비스
- 자택 및 지역사회 기반 면제 프로그램을 통해 제공되는 면제 및 기타 서비스

참고: 면제 및 기타 서비스를 제공하는 자택 및 지역사회 기반 프로그램의 예 중에는 Traumatic Brain Injury Program 및 Long Term Home Health Care Program 등이 있습니다.

자활 능력이 없으며 요양 치료 보장을 신청합니다. 2006년 2월 1일, 또는 지난 60개월 중 기간이 더 짧은 날짜까지 관련한 재원 서류를 제출해야 합니다.

* 단기 재활 서비스를 받을 자격이 될 수 있습니다. 단기 재활 서비스에는 12개월 기간 중 최장 29일까지의 1회의 요양 치료 및/또는 공인 자택 요양을 시작하는/받는 것이 포함됩니다.

위탁 계좌를 비롯하여 귀하 및/또는 배우자가 소유한 모든 재원을 기재하십시오. **요양 치료 보장을 신청하는 경우에는** 2006년 2월 1일 이후, 또는 지난 60개월 이내 중 더 최근에 해지된 계정 또한 기재하십시오. 해지한 때의 간고를 포함하고 간고가 어디로 이전되었는지, 또는 어떻게 쓰여졌는지에 대해 설명해 주십시오. 별도의 종이에 \$2,000 이상의 각 거래에 대한 설명을 제시해 주십시오.

참고: Medicaid는 양도 록백 기간 중 성사된 모든 거래를 검토할 권리를 보유합니다.

1. 당좌/저축/금융 기관 계좌/예금 증서:

은행 이름 및 계좌 번호	소유자 이름	현재 금액 (미화)	해지된 계정 잔고/ 해지 날짜
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

2. 연금 계좌(이연 보상, IRA 및/또는 Keogh):

계좌 번호	소유자 이름	유형/기관	현재 금액 (미화)	지급
			\$	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			\$	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			\$	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			\$	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

3. 생명 보험 정책:				
보험 회사	보험증권 번호	소유자 이름	해약 반환금	액면가
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

4. 연금 보험, 주식, 채권, 뮤추얼 펀드:				
소유자 이름	회사	구매 날짜	가격	
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$

5. 신탁 계정: 귀하 및/또는 배우자가 신탁을 만들었거나 신탁의 수혜자인 경우, 신탁 자산 명세서를 포함한 신탁 사본을 제출하십시오.					
신탁 이름	양도인	피신탁인	자산	수혜자	소득
			\$		\$
			\$		\$
			\$		\$

6. 장례 자산/장례 계약: (사본 포함)

귀하 및/또는 배우자가 귀하 자신 또는 다른 가족을 위해 사전 지급한 장례 계약이 있습니까? 예 아니오

귀하 및/또는 배우자에게 귀하 자신 또는 다른 가족을 위한 장지가 있습니까? 예 아니오

귀하 및/또는 배우자의 은행 계좌에 장례 기금을 위해 마련해 둔 돈이 있습니까? 예 아니오

그러한 경우, 귀하 및/또는 배우자의 장례 기금은 어느 계좌에 들어 있습니까?

은행 이름 및 계좌 번호	소유자 이름	가격
		\$
		\$
		\$

장례 기금으로 사용할 생명 보험이 있습니까? 예 아니오

있는 경우, 보험 증권 번호는? _____

있는 경우, 해약 반환금 전체가 장례비로 사용됩니까? 예 아니오

배우자에게 장례 기금으로 사용할 생명 보험이 있습니까? 예 아니오

있는 경우, 보험 증권 번호는? _____

있는 경우, 해약 반환금 전체가 장례비로 사용됩니까? 예 아니오

7. 차량: 자동차, 트럭, 밴을 모두 기재하십시오. 캠핑카, 스노모빌, 보트, 오토바이 등 레저용 차량을 모두 기재하십시오.				
소유자 이름	연도/제조/모델	공정 시가	납부 금액	사용 여부
			\$	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			\$	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			\$	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			\$	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			\$	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			\$	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

8. 집의 지분 가치:

집을 소유하고 있는 경우, 집의 지분 가치가 어떻게 됩니까? \$ _____
참고: 지분 가치는 미지급 선취권, 대출 등보다 적은 공정 시가입니다.

9. 기타 자원 기재:

자원 유형	소유자 이름	가격
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

E. 물적 재산(주택 이외)

귀하 및/또는 배우자가 기타 물적 재산에 대한 법적 지분을 소유하거나 갖고 있습니까?
 (해당 사항에 모두 표시) 예 아니오

<input type="checkbox"/> 임대 부동산	<input type="checkbox"/> 별장	<input type="checkbox"/> 공동 사용 휴가용 주택	<input type="checkbox"/> 공한지	<input type="checkbox"/> 기타 재산권(뉴욕 주 내외)
---------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------	------------------------------	--

있는 경우, 다음 질문에 답해 주십시오.

소유자 이름 및 주소	재산지 주소	소유 유형(하나에 체크) <input type="checkbox"/> 개인 소유 <input type="checkbox"/> 공동 명의 <input type="checkbox"/> 종신 물권	지분 가치
		<input type="checkbox"/> 개인 소유 <input type="checkbox"/> 공동 명의 <input type="checkbox"/> 종신 물권	\$
		<input type="checkbox"/> 개인 소유 <input type="checkbox"/> 공동 명의 <input type="checkbox"/> 종신 물권	\$
		<input type="checkbox"/> 개인 소유 <input type="checkbox"/> 공동 명의 <input type="checkbox"/> 종신 물권	\$
		<input type="checkbox"/> 개인 소유 <input type="checkbox"/> 공동 명의 <input type="checkbox"/> 종신 물권	\$

F. 주택(농가)

1. 귀하 및/또는 배우자가 종신 물권을 포함하여 집에 대한 법적 지분을 소유하거나 갖고 있습니까? 예 아니오

2. 의료 시설에 있으나 집을 소유하고 있는 경우, 집으로 돌아갈 의향이 있습니까? 예 아니오

3. 아닌 경우, 다른 사람이 집에 살고 있습니까? 예 아니오

집에 살고 사람은 누구입니까? _____

이 사람과 귀하 및/또는 배우자와 어떤 관계입니까? _____

귀하 및/또는 배우자의 자녀(나이 상관 없음)가 집에 살고 있는 경우, 자녀에게 장애가 있습니까? 예 아니오

참고: 이 재산을 판매하지 못하는 법적 하자가 있는 경우, 해당 재산은 Medicaid 자격을 결정하는 데 계산되지 않습니다.

여기서 중단하십시오 귀하 또는 가정 내의 다른 사람이 자활 능력이 없어 요양 치료 보장을 신청하지 않은 경우. 이 문서의 마지막 페이지에 반드시 서명을 해야 합니다.

G. 장기 의료 서비스 시설/요양원에 거주하는 신청자

시설명	입원 날짜 / /	전화번호 ()	
도로 주소	도시	주	우편번호
신청자의 이전 주소	도시	주	우편번호

H. 자산 양도

1. 양도

- a. 귀하, 배우자, 또는 귀하를 대신한 누군가가 주택 또는 기타 물적 재산 (부동산)을 포함한 자산을 양도, 소유권 변경, 기부 또는 판매했습니까? 예 아니오
- b. 현재 자산을 판매하는 과정에 있습니까? 예 아니오
- c. 귀하, 배우자 또는 귀하를 대신한 누군가가 종신 물권(부동산)을 포함한 물적 재산(부동산)의 증서 또는 소유권을 변경했습니까? 그러한 **경우**, 언제입니까? 예 아니오
- d. 다른 사람의 집에 있는 종신 물권을 구입한 경우, 해당 종신 물권 구입 후 최소 1년 동안 해당 집에 거주했습니까? 예 아니오
- e. 귀하, 배우자 또는 귀하를 대신한 누군가가 대출, 대부, 또는 약속 어음을 받았습니까? 그러한 **경우**, 언제입니까? 예 아니오
- f. 귀하, 배우자 또는 귀하를 대신해 누군가가 연금 보험을 구매하거나 변경했습니까? 그러한 **경우**, 언제입니까? 예 아니오

2. 지난 60개월 동안 귀하 또는 배우자가 어떤 자산이든 신탁에 맡기거나 신탁에서 양도한 적이 있습니까? 예 아니오

위 질문에 하나라도 예라고 답한 경우에는 아래 양도에 대해 설명해 주십시오. 필요할 경우 추가 종이를 첨부하십시오.

자산 설명(소득 포함)	양도 날짜	양도 대상	양도 금액
			\$
			\$
			\$
			\$

3. 귀하, 배우자, 또는 귀하를 대신한 누군가가 요양원, 요양 시설, 연속 보호 은퇴 주거단지 또는 평생 의료 서비스 주거단지와 같은 의료 서비스 또는 주거 시설에 보증금을 지급했습니까? **그러한 경우, 계약서 사본을 보내십시오.** 예 아니오

I. 세금 환급

- 귀하 및/또는 배우자가 지난 4년 이내에 미국 소득세 환급을 신청했습니까? 예 아니오
그러한 경우, 이 환급 사본을 보내십시오.

의료 기관에 있어 집으로 돌아올 예정이 없는 경우에는 Medicaid를 받는 대로 특정 상황 하에서 선취권을 제기하고 물적 재산(부동산)을 되찾을 수 있습니다. 귀하를 대신해 지급한 Medicaid는 의료 서비스를 받은 당시 지원에 대한 법적 책임이 있었던 사람이 되찾을 수 있습니다. Medicaid는 잘못 지급된 서비스 비용 및 보험료를 되찾아 주기도 합니다.

연방 및 주 법에는 개인이 요양 시설 서비스를 받고 있고 그렇지 않으면 요양 시설 서비스에 대한 Medicaid 보장을 받을 자격이 있는 것으로 밝혀진 첫 달 이전에 해당 개인이나 개인의 배우자가 자산 록백 기간(또는 신탁 관련 양도의 경우 60개월) 이내에 공정 시가 미만의 자산을 양도할 경우, 그 기간만큼 요양 시설 서비스를 받을 자격이 되지 않을 수도 있습니다.

요양 시설 서비스에 대한 Medicaid 보장 조건으로 신청자는 개인 또는 개인의 배우자가 가진 연금 보험 내지분에 대해 설명해야 합니다. 이러한 공개는 연금 보험이 취소 불능이든 가산 재원이든 그에 관계없이 필요합니다.

연금 보험 구입 이외에도, 2006년 2월 8일 이후 신청자 또는 배우자의 연금 보험에 대해 성사된 특정한 거래는 다음과 같은 경우가 아니면 양도로 취급될 수 있습니다.

- 최소한 Medicaid가 연금 수령자를 위해 지급한 금액에 대해 주 당국이 우선적인 나머지 수혜자로 지정되는 경우, 또는
- 지역사회 배우자 또는 어리거나 장애가 있는 어린이의 대리인이 공정 시가 미만에 대해 그와 같은 나머지 부분을 폐기하는 경우, 그러한 배우자 또는 그러한 어린이 다음으로 주 당국이 두 번째 수혜자로 지정되는 경우.

주 당국이 나머지 수혜자로 지정되었음을 확인하는 문서가 제출되지 않은 경우, 귀하는 요양 시설 서비스 보장을 받을 자격이 되지 않을 수 있습니다.

연금 보험이 신청 당시 가산 재원인 경우, 귀하/배우자는 주 당국을 나머지 수혜자로 지정하지 않아도 됩니다.

본인은 위증죄에 따라 이 양식의 정보가 본인이 알고 있는 한 정확하며 완전하다는 점을 인증합니다. 이 정보에 변화가 생길 경우 변경된 후 10일 이내에 이를 보고해야 한다는 점을 이해합니다.

X _____
신청자/대리인 서명

X _____
서명 날짜

X _____
신청자의 배우자 서명

X _____
서명 날짜