

날짜: \_\_\_\_\_  
케이스번호: \_\_\_\_\_  
케이스이름: \_\_\_\_\_

### 제삼자의료보험에관한신청인및참여자통지서(Korean)

현금보조금신청인및참여자는자격조건이하나라가입가능한단체의료보험을신청및사용해야합니다. 이러한의료보험보상은신청인및참여자의현재또는이전의고용주나노동조합의료보험이제공하거나, 또는법적책임이있는친척의료보험또는다른소스로부터제공할수있습니다.

귀하는귀하와단체의료보험에대한자격이있는, 법적책임이있는다른친척들의의료보험보상에관한정보를제공해야합니다. 해당되는사람(단체의료보험을제공하는현재/이전고용주, 노동조합대표또는다른당사자)에게이양식의뒷면을작성하여귀하에게반송해달라고요청하십시오. 귀하가이양식을우송하라는지시를받은경우에는제공된주소로우송하십시오. 귀하가면담약속을정한경우에는작성한양식을귀하에게발급된의료보험, 초과보험, 안과보험및/또는처방약카드와함께가지고오십시오.

귀하가이러한정보확인에협조하지않거나귀하가가입할수있는단체의료보험을신청하기를거부하는경우에는귀하의현금보조금과 Medicaid가 NYCRR 351.1(b)(2)(iii)에따라거부또는종료될수있습니다.

"A" 키트/재증명패킷에포함

신청인/참여자이름: \_\_\_\_\_ 케이스번호: \_\_\_\_\_

의료보험 제공자: \_\_\_\_\_  
(현재/이전 고용주)

고용시작일: \_\_\_\_\_ 고용종료일: \_\_\_\_\_

고용기간동안의집주소: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

급여를지급한소셜시큐리티번호: \_\_\_\_\_

고용인의의료보험이있습니까?  예  아니오

고용주를 통한 경우: \_\_\_\_\_ 노동조합을 통한 경우: \_\_\_\_\_

보험회사이름: \_\_\_\_\_ 단체번호: \_\_\_\_\_

보험증권 또는 ID 번호: \_\_\_\_\_ 보상기간: 시작일: \_\_\_\_\_  
종료일: \_\_\_\_\_

보상대상자이름: \_\_\_\_\_

고용주지불금액: \$ \_\_\_\_\_ 당 \_\_\_\_\_  
(주/월)

보상종류. 해당보상코드(들)	주요 의료	입원 환자	고령자 진료	외래 환자	의약품	가정 간호	치과	요양원	안과
에 "x" 표시를하십시오:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

고용이종료된 경우, 계속의료보험보상을받을수있습니까?  예  아니오

보험증권을개인보험증권으로변경할수있습니까?  예  아니오

고용인부담변경비용: \$ \_\_\_\_\_ 당 \_\_\_\_\_  
(주/월)

**고용주정보**

주소: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

고용주 ID 번호 / Employer ID No. : \_\_\_\_\_

귀하의이름을정자로기재 / Please print your name: \_\_\_\_\_

서명 / Signature: \_\_\_\_\_

직위 / Title : \_\_\_\_\_