

Medicare Savings Programs (MSP) Model Application -- KOREAN

메디케어 프리미엄 지원을 위한 신청서

신청서를 완성하기 전에 다음을 읽으십시오. 저희가 귀하를 도울 수 있는 지 알기 전에 귀하는 모든 질문에 대답할 필요가 있습니다. 귀하가 이 양식의 어느 부분이라도 완성하는데 도움을 필요로 하는 경우, 귀하의 거주지역 메디케어 사무소에 전화하십시오.

신청자					
성	이름			미들 이니셜	
거주 주소	도시	주	우편 번호		
우편 주소 (위와 다른 경우)	도시	주	우편 번호		
전화 번호: 집 전화: 휴대 전화: 기타:	통역 서비스: 귀하는 영어로 말하거나 읽거나 쓰는데 문제가 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>				
결혼 여부: 독신 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 사별 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/>	통역사가 필요한 경우, 저희는 통역사를 제공해 드릴 것입니다. 귀하가 말하는 언어를 저희에게 말씀해 주십시오.				
대리인/후원자					
성	이름			미들 이니셜	
거주 주소	도시	주	우편 번호		
거주 주소	도시	주	우편 번호		
신청자와의 관계:	전화번호 (들): 집 전화: 휴대 전화: 기타:				
가족 구성원					
가족 구성원 전원을 기입하십시오. 법적 이름을 사용하십시오. (메디케어 카드 혹은 출생 증명서 기록)					
이름 (성, 이름, 미들 이니셜)	본인과의 관계	생년월일	혜택에 신청하십니까?	소셜 시큐리티 번호	성별 남/여
	본인		예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>		
	배우자		예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>		
	기타 (명시)		예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>		

Medicare Savings Programs (MSP) Model Application -- KOREAN

자산

자산을 가지고 있고 이 신청서에 귀하가 포함시킨 각 개인에 대해서 자산을 다음에 기입하십시오. 자산의 유형, 자산을 소유하는 사람 그리고 자산이 개인 혹은 공동 소유인지 기입하십시오. 자산은 다음을 포함하지만 다음에만 한정되지는 않습니다:

- 현금
- 뮤추얼 펀드
- 개인 퇴직금 적립 계좌 (IRAs)
- 당좌 계좌
- 저축 채권
- 부동산 (주거주지 제외)
- 저축 계좌
- 주식
- 금융 시장 계좌
- 저축 증서 (CD)

자산 유형	소유자(들)의 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 혹은 귀하의 배우자가 차량을 소유합니까? (승용차, 트럭, 보트, 모터 홈, 오토바이, 캠퍼 그리고/혹은 트레일러) 그렇다면 다음에 기입에 주십시오:

소유자(들)의 이름	소유권	차량 유형	년도	차형/모델	가치	채무 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 혹은 귀하 배우자가 현금 가치가 있는 종신 보험 증권을 가지고 있습니까? 그렇다면 다음에 기입하십시오:

보험 증권 소유자	보험회사 이름/증권 번호	적용 범위 개인(들)	액면가	현금 가치
			\$	\$
			\$	\$

Medicare Savings Programs (MSP) Model Application -- KOREAN

서명하기 전에 주의깊게 읽으십시오

저는 다음을 이해합니다:

- 저는 제 상황의 변화에 대해서 서면 혹은 전화로 메디케이드 사무소에 즉시 보고해야 합니다. 늦은 보고는 부정확한 혜택을 초래할 수 있습니다.
- 제 상황은 메디케이드 사무소 혹은 연방정부 기관의 확인에 달려 있습니다.
- 저는 제가 도움을 받을 자격이 되는 지 증거를 제공해야 합니다. 메디케이드 사무소는 제가 증거를 획득하는 것을 도울 수도 있고 증거를 위해 다른 사람 혹은 기관에 연락을 할 수도 있습니다.
- 의료 혜택을 요청하고 수혜함으로써 저는 주에 의료 지원 및 의료비에 대한 제 3자 지불에 대한 권한을 배당합니다.

선서 및 서명

저는 이 신청서에 있는 정보를 읽고 이해하였습니다. 저는 위증 처벌을 염두에 두고 제가 이 신청서에 기입한 정보가 제가 아는 한도에서 사실이고, 정확하며, 완전하다고 선서합니다.

신청자의 서명	날짜
신청자의 배우자 (적용되는 경우)	날짜
신청자를 도운 사람의 서명	기관 날짜