건강한 내일은 오늘부터 시작됩니다

무료 전화 1-800-880-5305로 전화하십시오

신청하려면 이 우편 제출 신청서를 사용하십시오

MEDI-CAL FOR CHILDREN

18세 이하의 자녀와 임신부를 위한 무비용 의료 보험

- 자녀를 위한 무비용 종합 의료, 치과 및 안과 베니핏.
- 월 보험료 없음.
- 모든 베니핏에 대해 공동 지불금 없음.
- 대부분의 주요 인구 중심지의 의료 보험 중에서 선택.
- 자격 결정에 (저축 또는 차와 같은) 가족 재산이 고려되지 않음.
- 가계 소득이 비교적 많은 가정의 많은 자녀들에게도 **무비용 Medi-Cal**에 대한 자격이 있음.
- 부모 중 한 사람, 또는 두 사람 모두가 직장에 나가는 가정의 자녀들에게 제공됨
- 신청서 우편 제출. 신청을 위해 사회 복지 사무소를 방문할 필요가 없음.

HEALTHY FAMILIES

출생부터 18세까지의 자녀를 위한 저렴한 비용의 의료 보험

- 저렴한 비용의 종합 의료, 치과 및 안과 보험.
- 자녀당 $4에서 가족당 최대 $45의 저렴한 월 보험료.
- 예방 서비스(면역 주사 등)에 대해서는 공동 지불금 없음. 비예방 서비스 (병으로 인한 의사 방문 등)에 대해서는 $5의 공동 지불금.
- 의료, 치과 및 안과 보험 플랜에 대한 선택.
- 자격 결정에 (저축 또는 차와 같은) 가족 재산이 고려되지 않음.
- 의료 보험이 없는 자녀와 **비용을 부담하는 Medi-Cal**에 속한 자녀를 위한 보험.
- 부모 중 한 사람, 또는 두 사람 모두가 직장에 나가는 가정의 자녀들에게 제공됨.
- 신청서 우편 제출.
- 태아, 또는 1살이나 6살이 되어 **무비용 Medi-Cal**을 상실하는 자녀에 대해서는 3개월 전까지 미리 신청할 것.

Medi-Cal과 Healthy Families는 두 가지의 다른 의료 보험 프로그램입니다:

- 가족 수, 자녀의 연령 및 소득이 자녀가 어떤 프로그램에 대해 자격이 있는지를 결정합니다. 어린 자녀들은 **무비용 Medi-Cal**에 그리고 보다 나이가 많은 자녀들은 **Healthy Families**에 자격이 있을 수 있습니다.
- 만약 자녀가 **무비용 Medi-Cal**에 대한 자격이 있으면 **Healthy Families**에 대해서는 **자격이 없습니다**.
- 신청자의 소득이 너무 많아 **무비용 Medi-Cal**에 자격이 없으면 **그러한 신청자의 자녀는 Healthy Families**에 **자격이 있을 수 있습니다**.

이 양식을 사용하여 Medi-Cal 또는 Healthy Families에 대한 자격을 얻으려면:

- 19세 미만이거나 임신부
- 소득이 가이드라인 이내
- California 주민
- 미국 시민권자, 국적자 또는 유자격 외국인. 자녀 또는 임신부는 이민 신분이나 입국 일자에 상관없이 일부 종류의 **Medi-Cal**에 대한 자격을 얻을 수 있습니다.

신청 방법:

신청을 위해서 자녀 또는 임신부가 어떤 프로그램에 자격이 있는지를 확인할 필요는 **없습니다**.

- 신청서의 A1-A3 페이지를 작성하여 모든 구비 서류와 함께 우송해 주시면 됩니다.
- 만약 자녀가 **Healthy Families**에 자격이 있는 것으로 생각되면 A4 페이지도 작성하 십시오. 보험료 및 모든 구비 서류와 함께 4 페이지(A1-A4)를 모두 보내주십시오. 지금 보내셔도 되고 그렇지 않으면 저희가 자녀가 자격이 있는지를 결정한 후에 연락드리겠습니다. 지금 작성하시면 그만큼 빨리 보험의 적용을 받을 수 있습니다.
- 자녀에게 **Medi-Cal** 수혜자격이 있는지 여부를 알기 전이라도 1-800-576-6883(무료 전화)으로 전화하면 거주지에서 제공되는 건강보험에 관하여 알아볼 수 있으며 등록 양식이 들어 있는 안내 자료를 요청할 수 있습니다.

도움이 필요하 십니까? 모든 도움은 무료로 제공됩니다!

신청서를 작성하여 제출하기 **전에** 어떤 프로그램에 자격이 있는지 알고 싶거나 신청서 작성에 대한 도움이 필요시하면 **무료 전화 1-800-880-5305** 로 전화하십시오. 저희 교환원은 또한 여러분이 거주하시는 지역에 있는 훈련받아 정식으로 인가된 신청서 작성 보조원의 이름과 전화 번호를 알려드릴 수 있습니다.

월 총소득 (*2006년 4월 1일 시행*)

자녀가 어느 프로그램에 자격이 있는지를 알 필요는 없으나, 아래의 표를 보면 대개 짐작할 수 있습니다. 월간 소득이 아래의 표에 나타난 금액 이하인 가구의 자녀는 **Healthy Families**나 **무비용 Medi-Cal**에 대한 자격이 있을 것입니다. 직장이 있거나, 탁아소 비용을 부담하거나, 또는 자녀 부양비 및/또는 별거 수당을 지불하거나 받고 있는 경우에는 가족의 소득 수준을 낮출 수 있습니다. 가계 소득, 가족수 및 허용 공제 금액은 이 설명서를 통해 설명됩니다. 대가족에 대한 정보를 원하시면 **무료 전화 1-800-880-5305** 로 저희에게 전화하거나 **인가된 신청서 작성보조원**에게 요청하 십시오.

가족 수	1살까지의 신생아 또는 임신부 MEDI-CAL	1살까지의 신생아 HEALTHY FAMILIES	1세에서 5세까지의 자녀 MEDI-CAL	1세에서 5세까지의 자녀 HEALTHY FAMILIES	6세에서 18세까지의 자녀 MEDI-CAL	6세에서 18세까지의 자녀 HEALTHY FAMILIES
1	$0 - $1,634	$1,635 - $2,042	$0 - $1,087	$1,088 - $2,042	$0 - $ 817	$ 818 - $2,042
2	$0 - $2,200	$2,201 - $2,750	$0 - $1,463	$1,464 - $2,750	$0 - $1,100	$1,101 - $2,750
3	$0 - $2,767	$2,768 - $3,459	$0 - $1,840	$1,841 - $3,459	$0 - $1,384	$1,385 - $3,459
4	$0 - $3,334	$3,335 - $4,167	$0 - $2,217	$2,218 - $4,167	$0 - $1,667	$1,668 - $4,167
5	$0 - $3,900	$3,901 - $4,875	$0 - $2,594	$2,595 - $4,875	$0 - $1,950	$1,951 - $4,875
6	$0 - $4,467	$4,468 - $5,584	$0 - $2,971	$2,972 - $5,584	$0 - $2,234	$2,235 - $5,584

신청서 작성 방법

항목 1

자녀, 임신부, 태아 또는 자신을 위한 신청자에 관해 말씀해 주십시오.

문항 16

자녀가 어느 프로그램에 자격이 있는지에 상관없이 의료 보험의 혜택을 받을 것을 권장합니다.

- **자녀**: 저희는 신청자의 반대가 없으면 자녀를 자격이 있는 프로그램에 등록할 것입니다. 다음 프로그램 중에서 자녀가 등록하는 것을 원치 않는 프로그램이 있으면 그 프로그램에 해당하는 박스에 확인 표시를 해주 십시오. 이것은 신청자가 **Medi-Cal** 박스에 확인 표시를 하고 자녀가 **Medi-Cal**에 대한 자격이 있으면 그 자녀에게는 두 프로그램에 의한 의료 보험이 모두 적용되지 않음을 의미합니다.
- **임신부**: 유아 및 산모의 이용권 (AIM) 프로그램은 소득이 너무 높아서 **무비용 Medi-Cal**에 자격이 없는 무보험 임신부에게 의료 보험을 제공합니다. AIM에 관한 더 자세한 정보와 신청서를 원하시면 **1-800-433-2611**로 전화하 십시오.

항목 2

의료 보험의 적용을 받기를 원하는 19세 미만의 자녀 및/또는 임신부에 관해 말씀해 주십시오.

의료 보험의 적용을 받기를 원하는 각 자녀 또는 임신부에 대해 문항 17-32까지 응답해 주십시오. 태아를 위해 신청하는 경우에는, **자녀 1** 난의 태아 박스에 표시를 하고 현재 알고 있는모든 정보를 말씀해 주십시오. 태아에 대한 의료 보험은 **Healthy Families**가 출산에 관한 서류를 접수한 후에 시작됩니다. 자녀를 추가하려면 별도의 종이나 신청서의 A1 및 A2 페이지를 사진 복사하여 사용하십시오.

문항 18

이 문항에 대한 답이 문항 17과 다르면 응답하십시오.

문항 19

주소가 항목 1과 다르면 거리 번호와 이름, 아파트 번호, 시 및 우편 번호를 포함하는 완전한 주소를 기재하십시오.

문항 20

각 자녀 또는 임신부와 항목 1, 문항 1에 기재된 사람과의 관계. **예를 들면**: 딸, 배우자, 의붓 자녀, 조카 등.

3 페이지에 계속 ➡

여기를 자르십시오

MEDI-CAL FOR CHILDREN

신청서

작성 방법을 참조하여 이 신청서를 작성해 주십시오.
정자로 명확하게 기재하십시오. 흑색 또는 청색 잉크만을 사용하십시오.

HEALTHY FAMILIES

항목 1: 자녀, 임신부, 태아 또는 자신을 위한 신청자에 관해 말씀해 주십시오.

1 성 / 이름 / 중간 이름 머리글자			**2** 생년월일 / / 월 일 년
3 집 주소(번호 및 거리). **사서함을 사용하지 마십시오**		**4** 아파트 번호	**5** 자택 전화 # ( )
6 시	**7** 카운티	**8** 우편 번호	**9** 직장 전화 # ( )
10 우편 주소(위의 주소와 다를 경우) 또는 사서함		**11** 아파트 번호	**12** 메시지 전화 # ( )
13 시			**14** 우편 번호
15A 가장 잘 구사하는 언어는 무엇입니까?		**15B** 가장 잘 읽을 수 있는 언어는 무엇입니까?	

16 저희는 자녀 또는 임신부를 자격이 있는 프로그램에 등록할 것입니다. 만약 신청자가 다음 프로그램 중 하나에 등록하는것을 원치 않으면 아래의 박스에 표시해 주십시오.

본인은 다음을 원하지 않습니다:
- ❑ **Healthy Families**: 출생 증명서를 보내지 마십시오. Healthy Families 페이지를 작성하지 마십시오.
- ❑ **Medi-Cal**

항목 2: 의료 보험의 적용을 받기를 원하는 19세 미만의 자녀 및/또는 임신부에 관해 말씀해 주 십시오.

태아이면 ■ *박스에 표시*

	자녀 1 또는 태아	자녀 2	자녀 3	자녀 4	임신부
17 이름: 성					
이름					
중간 이름					
18 출생 증명서의 이름: 성					
이름					
(위의 #17과 같으면 공백으로 남겨 두십시오) 중간 이름					
19 자녀의 주소가 항목 1, 문항 3과 같지 않으면 완전한 **주소를** 기재하십시오:					
20 항목 1의 사람과의 관계:					
21 성별:	❑ 남성 ❑ 여성	❑ 남성 ❑ 여성	❑ 남성 ❑ 여성	❑ 남성 ❑ 여성	❑ 남성 ❑ 여성
22 생년월일:	/ / 월 일 년	/ / 월 일 년	/ / 월 일 년	/ / 월 일 년	/ / 월 일 년
23 출생지: 카운티 또는 주, 미국 밖인 경우에는 국가					
24 민족 코드: *(#24의 설명 참조)*					
25 미국 시민권자 또는 국적자? "아니오"이면 미국에 입국한 날짜를 적어주 십시오.	❑ 예 ❑ 아니오 / / 월 일 년	❑ 예 ❑ 아니오 / / 월 일 년	❑ 예 ❑ 아니오 / / 월 일 년	❑ 예 ❑ 아니오 / / 월 일 년	❑ 예 ❑ 아니오 / / 월 일 년
26 소셜 시큐리티 #:					

Healthy Families 또는 응급이나 임신과 관계된 서비스만을 원하는 사람에 대해서는 소셜 시큐리티 번호가 필요 없습니다.

여기를 자르십시오

도움을 원하면 무료 전화 1-800-880-5305로 전화하십시오

항목 2: 계속

	자녀 1 또는 태아 (태아이면 ☐ 박스에 표시)	자녀 2	자녀 3	자녀 4	임신부
27 어머니 이름: 성					
이름					
어머니가 함께 살고 있습니까?	❑ 예 ❑ 아니오	❑ 예 ❑ 아니오	❑ 예 ❑ 아니오	❑ 예 ❑ 아니오	❑ 예 ❑ 아니오
28 아버지 이름: 성					
이름					
아버지가 함께 살고 있습니까?	❑ 예 ❑ 아니오	❑ 예 ❑ 아니오	❑ 예 ❑ 아니오	❑ 예 ❑ 아니오	❑ 예 ❑ 아니오
29 십대 자녀의 배우자 또는 임신부의 남편: *(함께 사는 경우)*					
30 신청 대상자가 **무비용 Medi-Cal**을 가지고 있습니까? "예"이면 적용이 종료될/종료된 날짜를 기재하십시오.	❑ 예 ❑ 아니오 / / 월 일 년	❑ 예 ❑ 아니오 / / 월 일 년	❑ 예 ❑ 아니오 / / 월 일 년	❑ 예 ❑ 아니오 / / 월 일 년	❑ 예 ❑ 아니오 / / 월 일 년
31 임신부 및/또는 자녀가 다른 건강, 치과 또는 안과 보험을 가지고 있습니까?	❑ 예 ❑ 아니오	❑ 예 ❑ 아니오	❑ 예 ❑ 아니오	❑ 예 ❑ 아니오	❑ 예 ❑ 아니오
32 최근 90일 내에 고용주 보험에 가입했던 자녀가 있습니까? "예"이면 건강 보험이 중단된 주된 이유에 표시하고 중단된 날짜를 기재하십시오.	❑ 예 ❑ 아니오 ❑ 실직 ❑ 옮긴 직장에서 보험을 제공하지 않음 ❑ 고용주가 모든 고용인에 대한 베니핏을 종료 ❑ COBRA 적용 종료 ❑ 기타 / / 월 일 년	❑ 예 ❑ 아니오 ❑ 실직 ❑ 옮긴 직장에서 보험을 제공하지 않음 ❑ 고용주가 모든 고용인에 대한 베니핏을 종료 ❑ COBRA 적용 종료 ❑ 기타 / / 월 일 년	❑ 예 ❑ 아니오 ❑ 실직 ❑ 옮긴 직장에서 보험을 제공하지 않음 ❑ 고용주가 모든 고용인에 대한 베니핏을 종료 ❑ COBRA 적용 종료 ❑ 기타 / / 월 일 년	❑ 예 ❑ 아니오 ❑ 실직 ❑ 옮긴 직장에서 보험을 제공하지 않음 ❑ 고용주가 모든 고용인에 대한 베니핏을 종료 ❑ COBRA 적용 종료 ❑ 기타 / / 월 일 년	❑ 예 ❑ 아니오 ❑ 실직 ❑ 옮긴 직장에서 보험을 제공하지 않음 ❑ 고용주가 모든 고용인에 대한 베니핏을 종료 ❑ COBRA 적용 종료 ❑ 기타 / / 월 일 년

항목 3: 함께 사는 가족 구성원. 가족 수는 자녀에게 자격이 있는 프로그램을 결정할 때 고려됩니다.

33 항목 2에 기재되지 않은 21세 미만의 함께 사는 자녀가 있으면 기재하십시오. 항목 1, 문항 1에 기재된 사람과의 관계를 기재하십시오.

성, 이름 _____ 관계 _____ 성, 이름 _____ 관계 _____

성, 이름 _____ 관계 _____ 성, 이름 _____ 관계 _____

34 함께 사는 가족 구성원 중 임신부가 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니오

예이면 누구: _____ 분만 예정일: _____

35 앞에 기재되지 않은 함께 사는 의붓 부모가 있으면 기재하십시오: _____ 성, 이름

36 이 항목에 기재된 사람 또는 항목 2에 기재된 부모 중 **Medi-Cal**을 원하는 사람이 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니오

여기를 자르십시오

항목 4: 항목 2, 문항 17, 27, 28, 29와 항목 3에 기재한 모든 동거인의 총 소득(세금 전)을 기재하십시오. 자영업자이거나 연방 소득세 신고서를 사용하여 소득을 증명하는 경우에는 이 항목의 문항 37, 38과 40만을 작성하십시오.

37 소득이 있는 사람의 이름	38 소득원?	39 얼마나 자주 받는지?	40 총 소득 금액?	41 소셜 시큐리티 # *(옵션)*
1.				
2.				
3.				
4.				

항목 5: 가계 소득 공제 금액. 이 항목에 응답하면 월 총 가계 소득에서 공제할 금액을 결정하는 데 도움이 됩니다.

42 가족 지불금의 종류	43 자녀 부양비	44 별거 수당
지불하는 사람의 이름		
월 지불 금액		

45 돌보아야 하는 자녀 또는 부양 가족 *(자녀의 이름을 기재하십시오)*	46 연령	47 월 지불 금액
1.		
2.		
3.		
4.		

항목 6: 기타 적용 대상.

48 베니핏을 신청한 임신부 및/또는 자녀를 대신하여 사고 또는 부상으로 인한 소송을 제기한 사람이 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니오

49 임신부 및/또는 자녀가 지난 3개월 동안에 미지불된 의료 비용에 대해 **Medi-Cal** 적용을 신청하기를 원합니까? ❑ 예 ❑ 아니오

"예"이면 달을 기재하십시오: _____

50 자녀에게 더 이상 무비용 **Medi-Cal** 수혜자격이 없는 경우 **Medi-Cal**측이 자녀의 신청서를 저비용 **Healthy Families** 프로그램과 공유하는 것을 원하지 않으시면 이 박스에 체크 표시하여 주십시오. ❑

항목 7: 자발적인 정보. 반드시 기재하지 않아도 됩니다. 응답이 자격에 영향을 주지는 않으나 주 정부가 의료 보험 프로그램에 지출할 연방 기금을 추가로 획득하는 데 도움이 됩니다.

51 자녀의 가정에 차가 한 대 이상 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니오

52 자녀의 가정의 은행 계좌에 현금이 **$3,150** 이상 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니오

항목 8: 서명과 확인

53 본인이 이 신청서에 제공한 응답, 진술, 그리고 제출한 서류는 본인이 알고 믿는 한 사실이고 정확하며 그렇지 않을 경우 California 주법에 의거 위증죄로 처벌 받을 것을 확인합니다. 본인은 이 신청서에 인쇄된 신청서 작성 방법, 진술 및 모든 정보를 읽고 이해한다는 것을 확인합니다.

서명 _____ 날짜 _____

증인 서명 _____ 날짜 _____

(위의 사람이 기호나 부호로 서명한 경우)

위임된 대리인 *(해당되는 경우)* _____ 날짜 _____

항목 9: 인가된 신청서 작성 보조원(CAA)의 도움을 받아 작성한 경우에 "한하여" 작성하십시오.

54 CAA에게 정보가 공개되기를 원하는 경우 이 질문에 답하십시오

❑ 이 박스에 체크 표시하고 아래에 서명함으로써, 본인은 **Healthy Families**와 **Medi-Cal**이 본 신청서 처리 현황에 관한 정보를 아래에 표시된 등록 기관의 대리인에게 전화로 알려주는 것을 허가합니다. 이 허가는 해당 프로그램이 본 신청서에 대한 수혜자격 결정 결과를 우편으로 보내는 날짜에 만료됩니다.

55 본인은 본 양식을 작성함에 있어 아래에 기재된 인가된 신청서 작성 보조원의 도움을 받았음을 확인합니다. 이 CAA의 도움은 **무료**였습니다.

CAA#: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ EE#: ☐☐☐☐☐

신청자 서명 _____ 날짜 _____

CAA 서명 _____ 날짜 _____

본 신청서 제출시 이 질문이 완전하고 올바르게 작성되지 않은 경우 주정부는 등록 기관에 비용을 지급하지 않습니다.

여기를 자르십시오

도움을 원하면 무료 전화 1-800-880-5305로 전화하십시오

Healthy Families에 자격이 있는 것으로 생각되고 의료, 치과 및 안과 플랜을 지금 선택하기를 원하면 이 페이지를 작성하십시오. 그렇지 십으면, 저희가 이 정보를 얻기 위해 나중에 연락 드리겠습니다. 더 자세한 정보를 원하면 **Healthy Families 핸드북**을 참조하거나 **www.healthyfamilies.ca.gov**로 저희 웹사이트를 방문하십시오.

항목 A: 의료, 치과 및 안과 플랜의 선택.

56 의료 보험/코드	57 치과 보험/코드	58 안과 보험/코드

59 의사/병원 이름 *(옵션)*	60 의사/병원 코드 *(옵션)*	61 치과 의사/병원 이름 *(옵션)*	62 치과 의사/병원 코드 *(옵션)*

항목 B: 시범 프로젝트.

63 만약 신청자가 아래의 그룹에 속하면 주 전체에 걸쳐 새로운 의료, 치과 및 안과 종합 플랜이 제공됩니다. 이 새로운 결합을 선택하여 그 코드를 아래의 해당 칸에 기재하실 수 있습니다. 종합 코드 번호를 알려면 **Healthy Families 핸드북**을 참조하십시오. 해당되는 박스에 모두 표시하십시오.

❑ 미국 원주민 인디언 또는 계절성 또는 이주성 직업에 종사: ❑ 농업 ❑ 임업 ❑ 수산업

보험 결합 코드

항목 C: Healthy Families 진술.

본인은 본인이대신 신청하는 각 사람에 대해 다음과 같이 진술합니다:

- California 주민입니다.
- 교도소 또는 정신 병원에 있지 않습니다.
- Medicare Part A 및 Part B에 대한 자격이 없습니다.
- California 공무원 은퇴 시스템 보건 베니핏 프로그램의 자격이 있는 가족 구성원이 아닙니다.

본인은 또한 다음과 같이 진술합니다:

- 이 신청서에 열거된 모든 개인은 개인이 등록한 참여 플랜의 가입 규칙, 이용 검토 절차 및 분쟁 해결 절차를 준수할 것입니다.
- 본인은 **Healthy Families 핸드북**을 읽었고 이해하고있습니다. 본인은 핸드북에 들어 있는 각 의료, 치과 및안과 플랜에 관한 설명과 이 프로그램이 제공하는 베니핏을 이해하고 있습니다.
- 본인은 이미 등록되어있는 자녀나 제 자신이 18세가 되어 스스로 신청하는 경우를 제외하고, **Healthy Families**에 대해 자격이 있는 모든 자녀에 대해 신청합니다.
- 본인은 6개월 분의 보험료를 지불할 것에 동의합니다. 보험료를 지불하지 않으면 이 프로그램에 대한 가입이 취소되며 6개월 동안 다시 가입할 수없습니다. 본인은 보험이 종료된 후에 그 전 달에 사용한 **Healthy Families** 서비스 비용을 지불해야 합니다.
- 본인은 **Healthy Families**가 본인의 가계 소득, 의료 보험, 본인이 대신 신청하는 사람 의 이민 신분, 그리고 이 신청서에 기재된 기타의 모든 사실을 확인하는 것을 허가합니다.
- 프로그램 가입이 승인된 신청 대상자의 주소가 변경되거나 신청자의 청구서 발송 주소가 변경되면 이를 30일 이내에 프로그램에 통보할 것에 동의합니다.

항목 D: 프라이버시 통지문.

1977년의 정보 관례법 (Information Practices Act)과 연방 사생활 보호법 (Federal Privacy Act)은 **Healthy Families** 프로그램이 **Healthy Families**에 의해 정보 제공을 요청 받은 각 개인에게 다음과 같은 통지문을 보낼 것을 요구하고 있습니다: 요청한 개인 및 의료 정보는 신청자의 신분 확인 및 프로그램 행정 처리 목적으로만 사용됩니다. 10편, CCR, 2699, 6600조의 프로그램 규정은 모든 개인이 **Healthy Families** 프로그램을 신청할 때 특정한 정보를 제공할 것을 요구하고 있습니다. 신청자가 제공한 정보는 보건 프로그램의 행정 처리에 관련된 주 및 지방 정부 기관이 공유할 수 있습니다. 신청자가 아닌 사람에 관한 정보는(이민 신분을 포함하는) 자격 결정 및 프로그램 행정 처리 목적으로만 사용됩니다. 이러한 정보를 제공하지 않으면 신청서가 완전하게 작성되지 않았다는 이유로 반송되는 결과를 초래할 수 있습니다.

신청서에 있는 다음의 정보는 반드시 제공하지 않아도 됩니다; 소셜 시큐리티 번호, 민족에 관한 정보(신청자가 미국 원주민 인디언이 아니면)와 자발적 또는 옵션으로 표시되어있는 다른 항목. 개인은 관리 위험 의료 보험 위원회가 관리하고 있는 자신의 정보가 들어있는 기록을 열람할 권리가 있습니다. 이러한 정보를 관리할 책임이 있는 담당관은 다음과 같습니다: Deputy Director of Eligibility and Enrollment, Managed Risk Medical Insurance Board, 1000 G Street, Room 450, Sacramento, California 95814, (916) 324-4695.

항목 E: 분쟁의 해결.

특정 플랜에 등록하려면 특정한 배상 청구(의료 과오 청구 포함)를 중립적이고 구속력 있는 중재에 의해 해결할 것에 동의해야 합니다. 회원들은 재판을 요구할 권리를 포기해야 합니다. **Healthy Families 핸드북**에는 각 플랜과 중재 요구 사항에 대한 정보가 들어있습니다. 플랜에 전화를 걸어 더 자세히 알아볼 수도 있습니다.

항목 F: 서명 및 확인.

64 **본인은** 위의 정보를 읽고 이해하였음을 **확인합니다. 본인은 또한** 이 양식에 제공된 정보가 사실이고 정확하다는 것을 **확인합니다.**

서명 _____ 날짜 _____

증인 서명 _____ 날짜 _____

(위의 사람이 기호나 부호로 서명한 경우)

도움을 원하면 무료 전화 1-800-880-5305로 전화하십시오

신청서 작성 방법

항목 2 계속

문항 23

각 자녀 또는 임신부의 출생지를 기재하십시오. California 에서 출생한 경우에는 카운티 이름을 기재하십시오. California 이외의 주에서 출생한 경우에는 그 주 이름을 기재하십시오. 미국 이외의 국가에서 출생한 경우에는 그 국가의 이름을 기재하십시오.

문항 24

아래 표에 있는 민족 코드 번호 또는 문자를 사용하여 문항 24에 응답하십시오. 미국 원주민 인디언이 아니면 민족 코드의 작성은 옵션입니다.

민족 코드

1	백인	A	미국인과 동양인의혼혈아	N	인도인
2	남미계 미국인	C	중국인	P	하와이인
3	흑인/아프리카 미국인	H	캄보디아인	R	괌인
4	아시아인	J	일본인	T	라오스인
5a	미국 원주민 인디언	K	한국인	V	베트남인
5b	알래스카 원주민	M	사모아인	Z	기타
7	필리핀인				

문항 25

- 저희가 이 신청서의 일부로 얻게 되는 이민 정보는 사적이며 비밀로 취급됩니다. 주 정부는 이 정보를 자격 결정 및 프로그램 관리를 위해서만 사용합니다. (프라이버시 (사생활권) 통지문을 참조하십시오.)

Medi-Cal과 Healthy Families는 자신에 대한 의료 보험을 신청하는 것이 아닌 부모/보호자의 이민 신분에 관한 정보를 수집하지 않습니다. 이 프로그램은 이러한 부모의 이민 신분에 관한 정보를 INS (미 이민국)에 제공하거나, 또는 이민 정보를 합법적인 서비스를 받은 사람에 대한 상환 정보를 요구하거나 수집하기 위해 사용할 수 없으며 그러한 의도도 없습니다.

- 의료 보험을 신청한 사람에 **대해서만** 이민 정보를 제공하십시오. 신청하지 않는 사람 (부모 등)에 대해서는 정보를 제공하지 마십시오.

- 많은 이민자들이 Healthy Families와 Medi-Cal에 대한 자격이 있습니다.

Healthy Families의 경우: 자녀가 유자격 외국인이어야 합니다. Healthy Families 핸드북에 유자격 외국인에 대한 설명과 여러 종류의 외국인 신분에 대한 목록이 포함되어 있습니다.

Medi-Cal 의 경우: 불법 체류중인 자녀와 임신부가 임신 관련 서비스 및 응급 서비스를 받을 수 있습니다. 소득과 이민에 관한 요구 사항을 모두 충족시키는 이민자는 **완전한** Medi-Cal **베니핏**을 받을 수 있습니다.

문항 26

- Healthy Families 또는 응급이나 임신 관련 서비스에 대해서만 Medi-Cal을 원하는 사람에 대해서는 소셜 시큐리티 번호가 **필요없습니다**.

- **완전한** Medi-Cal **베니핏**을 신청한 각 자녀, 십대 자녀 또는 임신부에 대해서는 소셜 시큐리티 번호가 필요합니다.

- 소셜 시큐리티 번호가 없는 사람이 **완전한** Medi-Cal 베**니핏**을 원하는 경우에는 지금 신청하고 향후 60일 이내에 번호를 알려 주시면 됩니다.

- 소셜 시큐리티 번호 신청 방법에 관한 더 자세한 정보를 원하시면 사회 보장국 (Social Security Administration)의 **무료 전화 1-800-772-1213**으로 전화하십시오.

문항 27

각 자녀의 어머니 및/또는 임신부의 이름을 기재하십시오. 모든 자녀의 어머니가 같으면 자녀 1에만 이름을 적고 다른 자녀 및/또는 임신부에 대해서는 "옆과 같음" 이라고 기재하십시오.

문항 28

각 자녀의 아버지 및/또는 임신부의 이름을 기재하십시오. 모든 자녀의 아버지가 같으면 자녀 1에만 이름을 적고 다른 자녀 및/또는 임신부에 대해서는 "옆과 같음" 이라고 기재하 십시오.

문항 29

십대 자녀의 배우자가 동거하고 있으면 그 이름을 기재하십시오. 임신부의 남편이 동거하고 있으면 그 이름을 기재하십시오.

문항 30

자녀가 과거에 무비용 Medi-Cal을 가지고 있었거나 현재 가지고 있는데 카운티에서 지금부터 또는 앞으로 일부 비용을 부담하는 Medi-Cal로 변경한다는 통지서를 보내온 경우 "예"라고 표시하십시오. 각 자녀에 대한 무비용 Medi-Cal 적용이 종료되는 날짜를 기재하십시오. 응답이 "아니오"이면 "아니오"에 표시하십시오.

문항 31 과 32

- Medi-Cal의 경우: 무비용 Medi-Cal을 받더라도 계속 다른 의료 보험의 적용을 받을 수 있습니다. Medi-Cal은 다른 보험이 적용되지 않는 서비스에 적용될 수 있습니다.

- Healthy Families의 경우: 자녀가 고용주가 후원하는 의료 보험을 가지고 있는 경우에는 Healthy Families에 대한 자격이 없습니다.

4 페이지로 계속 ➡

항목 3

동거 가족의 구성원. 가족수는 자녀에게 자격이 있는 프로그램을 결정하기 위해서 사용됩니다.

누가 성인 가족에 해당될까요?

- 혜택을 받을 자녀의 친부모 또는 양부모
- 신청 임신부의 남편
- 임신부
- 부권에서 해방된 미성년자, 또는 독립해서 살거나 자급 자족하는 미성년자

누가 친자녀 또는 양자녀에 해당될까요?

- 임신 중인 태아
- 21세 미만의 모든 동거 자녀
- 취학으로 인해 별거 중이며 부양 가족으로 세무 신고되는 21세 미만의 모든 자녀

사회 보장 연금/주 정부 생계 보조 프로그램 (SSI/SSP) 또는 **CalWORKs**와 같은 생활 보조를 받는 가족은 **포함시키지 마 십시오**.

문항 33

21세 미만의 동거 자녀는 가계 소득을 계산할 때 가족 구성원에 포함됩니다. **예를 들면**: 항목 2에 두 자녀가 포함되어 있고 항목 3에도 두 자녀가 포함되어 있으면 동거 자녀 수는 둘이 아닌 넷이 됩니다. 항목 2, 문항 17(자녀 1, 자녀 2, 자녀 3, 또는 자녀 4)에 포함되지 않은 동거 중인 형제, 자매, 이복 형제, 이복 자매를 포함시키십시오.

문항 34

출산전 진료는 모든 임신부에 있어서 매우 중요합니다. 이 문항에 응답하시면 **Medi-Cal** 프로그램 담당자가 임신부의신청서를 찾아서 빨리 처리하는 데 도움이 됩니다.

문항 35

이 문항에 응답하시면 저희가 귀하의 가계 소득을 정확하게 계산하는 데 도움이 됩니다.

문항 36

19-21세 사이의 형제/자매, 이복 형제/이복 자매, 부모 또는 의붓 부모가 **Medi-Cal**의 적용을 받기를 원하면 "예"에 표시하 십시오. "예"에 표시하시면 저희가 연락하여 더 자세한 정보를 제공해 드립니다.

항목t 4

항목 2와 3에 동거자로 기재된 모든 사람의 소득을 기재하십시오. 이 정보는 자격이 있는 프로그램을 결정하는 데 사용됩니다.

문항 37

소득이 있는 각 사람에 대해 별도의 줄을 사용하 십시오. 만약 한 사람이 두 개의 다른 소득원을 가지고 있으면 두 줄을 사용하십시오. **예를 들면**: 김영희씨가 두 개의 직업을 가지고 있으면 각 직업에 대해 한 줄씩을 사용하여 소득을 보고합니다.

문항 38

소득의 출처를 모두 기재하십시오. **예를 들면**: 소득은 직장 (고용주 또는 자영업); 별거하는 부모로부터의 자녀 부양비; 소셜 시큐리티 퇴직자 유족 신체 장애 보험과 재향 군인 원호국(Veterans Administration)과 같은 정부 기관이 지불하는 베니핏; 보험 증서; 연금 기금; 부동산 임대; 그리고 친척이나 친구등으로부터의 선물 같은 데에서 얻을 수 있습니다. 소득의 기재에 관한 질문이 있으면 **무료 전화 1-800-880-5305**로 연락주십시오.

SSI/SSP 지불금; 자신이 돌보는 의붓자녀에 대해 지불한 양육비; 대학 작업 보조금; CalWORKs 지불금 (AFDC를 대체); 대출금; 그리고 14세 미만 또는 재학 중인 자녀의 소득은 소득으로 기재하지 마십시오.

문항 39

이러한 소득은 얼마나 자주 받습니까?
예를 들면: 주 1회(매주), 격주, 월 2회, 월 1회, 년1회 등.

문항 40

- 매번 받는 소득의 금액을 기재하십시오.
  예를 들면: 소득을 주 1회 받으면 박스에 매주의 소득 금액을 기재하십시오.
- 소득 금액이 수시로 변경되면 일정 기간에 기준한 평균 금액을 기재하십시오. 저희는 신청자가 제출하는 급여 명세표 또는 기타 서류를 사용하여 월 소득 금액을 정확하게 산출할 것입니다.
- 초과 근무, 승진, 급여 인상, 자녀 부양비/별거 수당의 증가 예상, 일시 해고, 휴가 등으로 인해 **다음 몇 개월간** 가계 소득이 증가 또는 감소할 것이 예상되면 별지를 사용하여 설명하십시오. **예를 들면**: 김영희씨가 이번 달에 직장에서 얻은 소득은 $1,000이지만 월 정규 급여는 $800입니다. 김영희씨의 급여에 $200의 초과 근무 수당(또는 $200의 상여금)이 포함되어 있다는 것과 초과 근무가 계속될 것으로 예상되는 기간 (또는 상여금을 얼마나 자주 타는지)에 대해 별지에 설명하십시오.
- 자영업자의 경우, 작년의 연방 소득세 신고서의 Schedule C에 나타난 순 이익을 기재하십시오. 또는 지난 3개월 동안의 손익 계산서를 제출하십시오.
- 작년의 연방 소득세 신고서를 사용하는 경우, 보고한 모든 소득 금액을 더하십시오. 손실을 공제하지 마십시오.

문항 41

- 이 문항에서 소셜 시큐리티 번호는 옵션입니다.

5 페이지로 계속 ➥

항목 5

가계 소득에 대한 공제 금액.

이 항목에 응답하면 신청자의 월 가계 소득을 줄이기 위해 사용할 수 있는 금액을 결정하는 데 도움이 됩니다.

문항 42

법원에서 명령한 **자녀 부양비 또는 별거 수당**의 지불 **금액은** 가계 소득에서 공제할 수 있습니다.

문항 43

자녀 부양비 또는 별거 수당을 지불하는 사람의 이름을 기재하십시오.

문항 44

자녀의 부모 또는 임신부의 배우자(항목 2에 기재된)가 자녀 부양비 또는 별거 수당으로 한 달에 지불하는 금액의 합계를 기재하십시오.

문항 45

돌봐주어야 하는 각 자녀 또는 부양 가족의 이름을 기재하십시오.

문항 47

각 자녀 또는 장애인 부양 가족에 대해 한 달에 지불하는 금액의 합계를 기재하십시오.

다음의 경우에 **자녀 및/또는 장애인 부양 가족을 돌보는 데** 지불되는 금액을 가계 소득에서 공제할 수 있습니다:

- 자녀의 부모 또는 임신부의 배우자(항목 2에 기재된)가 지불하는 금액; 그리고
- 자녀의 부모 또는 임신부의 배우자(항목 2의)가 직장에 나가거나 직업 훈련을 받고 있고 집에서 아무도 이들을 돌볼 사람이 없는 경우.

각 자녀 또는 장애인 부양 가족을 돌보는 데 허용된 최대 금액 이상은 공제되지 않습니다. 최대 금액은 자녀 또는 장애인 부양 가족의 연령에 따라 다릅니다.

각 자녀 및 장애인 부양 가족에 대한 월 최대 공제 금액은 다음과 같습니다:

2세 미만의 자녀	= $200
2세 이상의 자녀	= $175
모든 연령의 장애인 부양 가족	= $175

근로 비용 공제 금액

직장이 있거나 주 신체 장애 보험 또는 근로자 재해 보상금을 수령하는 항목 4에 기재된 가족 한 사람 당 최대 $90까지 공제됩니다.

자녀 부양비와 별거 수당 공제 금액

자녀 부양비와 별거 수당에서 소득을 얻으면 가계 소득에서 $50을 공제할 수 있습니다.

항목 6

기타 적용 대상.

문항 48

사고 또는 부상으로 인해 받은 의료 서비스 비용을 **Medi-Cal**이 지불하는 경우, 그러한 비용은 소송으로부터 보상금을 받으면 그 금액에서 공제될 수도 있습니다.

문항 49

Medi-Cal은 신청자가 이 신청서를 작성하기 전 3개월 동안에 발생한 미지불 의료 비용의 일부를 지불하는 것을 도울 수도 있습니다.

- **Healthy Families**를 신청하더라도 이 신청서를 작성하기 전 3개월 동안 미지불된 의료 비용에 대해서 **Medi-Cal**의 도움을 받을 수도 있습니다.
- "예"에 표시하면 **Medi-Cal** 담당자가 전화하여 더 자세한 정보를 제공해 드립니다.

문항 50

항목 2의 자녀가 무비용 **Medi-Cal**에 등록되고 나중에 신청자의 소득이 올라가거나 자격에 변동이 생기는 경우, 저희는 신청서를 **Healthy Families**로 보내겠습니다. 신청서를 **Healthy Families**로 보내는 것을 원하지 않으시면 이 박스에 체크 표시하여 주십시오.

항목 7

자발적인 정보.

문항 51 및 52

이 문항에는 반드시 응답하지 않아도 됩니다.

항목 8

서명과 확인.

문항 53

주법과 연방법은 신청자가 이 신청 양식에 서명할 것을 요구합니다. 이 항목에 서명하는 것은 신청자의 진술과 응답이 진실이며 제출한 서류가 사실이고 정확하다는 것을 나타냅니다.

항목 9

신청서 작성 보조.

문항 54

박스에 체크 표시함으로써 귀하는 **Healthy Families**와 **Medi-Cal**이 신청서 처리 현황에 관한 정보를 기재된 등록 기관(EE)의 대리인에게 전화로 알려주어도 좋다고 허가하는 것입니다. 이 허가는 해당 프로그램이 본 신청서에 대한 수혜자격 결정 결과를 우편으로 보내는 날짜에 만료됩니다.

문항 55

신청자가 본 신청서를 작성함에 있어 CAA의 도움을 받았음을 밝힘으로써 해당 프로그램은 신청자를 도운 EE에게 비용을 지급할 수 있습니다.

6 페이지로 계속 ➡

HEALTHY FAMILIES 페이지의 작성

문항 56에서 64

자녀가 **Healthy Families**에 대해 자격이 있는 것으로 생각되고 가능한 한 빨리 의료 보험을 적용 받고 싶으면 이 문항에 응답하십시오. 그렇지 않으면 저희가 이 정보를 얻기 위해 나중에 연락드리겠습니다. **Healthy Families핸드북**에는 프로그램, 카운티 플랜, 의사 또는 치과 의사의 선택과 보험료 지불에 관한 매우 중요한 정보가 담겨 있습니다. **핸드북**을 사용하여 의료, 치과 및 안과 플랜을 선택하 십시오.

첫 달의 보험료를 신청서의 A1-A4 페이지와 함께 보내십시오. 지금 3개월 분의 보험료를 일시불로 지불하면 네(4) 번째 달은 **무료**입니다! 보험료는 **Healthy Families** 프로그램 앞으로 지불하십시오. 개인 수표, 모니 오더 (money orders)와 캐시어스 첵 (cashier's checks)으로 지불하면 됩니다. 죄송하지만, 현금은 받지 않습니다. 월 보험료가 얼마나 되는지 알아보려면 **Healthy Families 핸드북**을 참조하십시오. 자녀가 **Healthy Families**에자격이 없으면 지불한 보험료는 환불됩니다.

Healthy Families 핸드북의 사본을 신청하려면 **무료 전화 1-800-880-5305**로 전화하십시오. **www.healthyfamilies.ca.gov로 저희 웹사이트를 방문하십시오.**

구비 서류

- 의료 보험을 신청하는 미국 시민권자 또는 국적자에 대한 **출생 증명서 사본**. 지금 또는 등록 후 60일 이내에 우송하십시오.

  또는

  이민 신분에 대한 증명서 또는 분실한 서류의 재발급을 신청했음을 보여주는 INS의 수령증. 의료 보험에 가입하려는 사람에 대해서만 입국 날짜가 표시된 문서의 사본(양면)이나 영수증을 지금 또는 등록 후 30일 이내에 보내야 합니다. 자녀 또는 임신가 이민 서류를 가지고 있지 않은 경우에도 응급 또는 임신과 관련된 **Medi-Cal** 서비스를 받을 자격이 있을 수도 있습니다.
- 항목 5에 기재된 **공제 금액에 대한 증빙**. 자녀와 부양 가족을 돌보기 위해 지불된 금액에 대해서는 영수증 또는 취소된 수표(cancelled check)를 보내십시오.
- **California 거주 증명**. 소득에 대한 증빙을 거주에 대한 증명으로도 사용할 수 있습니다. 소득이 California에서 발생하지 않으면 다른 거주 증명을 보내십시오.
- 임신했거나 태아에 대해 신청하는 경우, 의사 또는 병원이 발급한 **임신 증명서**.
- **소득에 대한 증명**. 가장 최근의 급여 명세표를 보내십시오. 급여 명세표가 없으면 고용주가 서명한 명세서를 구하십시오. 명세서에는 월 총 소득과 수령 일자가 나타나 있어야 합니다.

  또는

  작년의 연방 소득세 신고서 사본을 우송하십시오.

  우송해야 할 경우도 있는 기타 소득 증명:
- 자영업자인 경우에는 지난해의 연방 소득세 신고서 (스케줄 C 포함)나 지난 **3개월 동안 의 손익계산서**를 보내 십시오.
- **장애 보험 또는 은퇴 연금**과 같은 소득이 있는 사람은 직접 입금 되었음을 보여주는 **재정서 또는 은행 거래 명세서의 사본**.
- **자녀 부양비 및/또는 별거 수당** 또는 배우자 부양비를 받는 사람은 지난 달에 수령한 **수표의 사본** 또는 **지방 검사 가족 지원부 (District Attorney's Family Support Division)의 명세서**.
- **Healthy Families**에만 해당: 자녀가 비용 분담 해당자임을 보여주는, 지난 30일 내에 수령한 **Medi-Cal "비용 분담 조처 통지서"**를 소득에 대한 증빙으로 사용할 수 있습니다.

7 페이지에 계속 ➡

Medi-Cal 비밀 취급 통지문:

이 신청서에 제공된 정보는 복지 및 기관법(Welfare and Institutions Code) 10850 및 14100.2 조에 의거. 사적이며 비밀로 취급됩니다. 이러한 정보는 이 법에 의해서만 공개됩니다.

Medi-Cal 권리, 책임 및 진술:

본인에게는 다음과 같은 권리가 있습니다:

- 민족, 피부색, 종교, 국가 기원, 성별, 연령, 또는 정치적 신념에 상관없이 공정하고 동등한 대우를 받을 권리.
- 통역을 요청할 권리.
- 본인의 Medi-Cal 케이스에 대한 결정이 불공정하고 부당하다고 생각하는 경우에 공정 청문회를 요청할 권리. 본인은 "조처 통지서"를 받은 후 90일 이내에 청문회를 요청해야 합니다. Medi-Cal 공정 청문회에 관해 알아보려면 **무료 전화 1-800-952-5253**으로 전화하 십시오.

본인에게는 다음과 같은 책임이 있습니다:

- 카운티의 요청이 있을 때 상황 보고서를 보낼 책임.
- 이 신청서에 제공된 정보에 변동이 생겼을 때 이를 10일 이내에 보고할 책임.
- 가족 구성원이 장애 베니핏을 신청하거나; 공공 시설에 있거나; 또는 다른 사람이 일으킨 사고 또는 부상으로 치료를 받을 경우 이를 카운티에 알릴 책임.
- 본인의 케이스를 검토하는 경우, 이에 협조할 책임.

본인은 본인이 대신 신청하는 각 사람에 대해 다음과 같이 진술합니다:

- California 주민이며 이곳에 거주할 계획입니다.
- California 밖에 주요 주택을 소유하거나 임대하고 있지 않습니다.
- California 밖에서 정부 보조금을 받고 있지 않습니다.
- 교도소 또는 다른 교정 시설에 수감되어 있지 않습니다.

본인은 또한 다음과 같이 진술합니다:

- 본인은 Medi-Cal 자격에 대한 조건으로 의료 지원에 대한 모든 권리가 California 주에 자동으로 양도된다는 것을 이해하고 있습니다.
- 본인이 이 Medi-Cal 프로그램에 자격이 없는 경우, 다른 프로그램에 자격이 있을 수 있고 또 그것을 신청할 권리가 있다는 것을 이해하고 있습니다.
- 본인이 고의적으로 필요한 사실을 제공하지 않거나 허위 사실을 제공했을 경우, 베니핏이 거부되거나 종료되고 상환이 요구될 수 있다는 것을 이해하고 있습니다. 본인은 또한 사기죄로 조사를 받을 수 있습니다.

Medi-Cal 프라이버시 통지문:

1977년의 정보 관례법 (Information Practices Act) 과 연방 사생활 보호법 (Federal Privacy Act)은 보건국이 다음의 정보를 제공할것을 요구하고 있습니다:복지 및 기관법 14011조와 22편, CCR의 규정은 Medi-Cal 프로그램 신청자가 이 신청서에서 요청되는 자격에 관한 정보를 제공할 것을 요구하고 있습니다. 이 정보는 전체 범위의 Medi-Cal 베니핏을받고자 하는 사람에 대해서만 INS에 이민 신분을 확인하는 것을 포함하여 자격 확인 및 Medi-Cal 프로그램의 행정 처리와 관련된 목적으로 연방, 주 및 지방 정부 기관이 공유할 수 있습니다. (연방법에 의하면 INS는 사기의 경우를 제외하고는 이러한 정보를 다른 목적으로 사용할 수 없습니다.) 이러한 정보는 전자식 데이터 시스템이 지불 청구를 처리하고 베니핏 신분증(BICs)을 만드는 데 사용됩니다. 필요한 정보를 제공하지 않으면 신청이 거부될 수 있습니다.

이 양식에 의해 요구되는 정보는 민족에 관한 정보와 자발적 또는 옵션으로 표시되어 있는 다른 항목을 제외하고는 반드시 제공해야 합니다. 소셜 시큐리티 번호는 사회 보장법 (Social Security Act) 1137(a)(1)조와 복지 및 기관법 14011.2조에의해 요구되며, 응급 또는 임신 관련 베니핏만을 신청할 때는 제외됩니다.

개인은 보건국이 관리하고 있는 자신의 정보가 담겨있는 기록을 열람할 권리가 있습니다. 카운티 보건 및 사회 복지 서비스사무소에 연락하여 기록을 요청하십시오.

자신의 언어로 도움을 받으려면... 무료 전화
1-800-880-5305로 전화하십시오

For English information, Press 1. . . . . **1** English

Si desea información en español, oprima el 2. . . . . **2** Spanish

Muốn được giúp đỡ bằng tiếng Việt, xin gọi số trên và Bấm số 3. . . . . **3** Vietnamese

សម្រាប់ពត៌មានបន្ថែមជាភាសាខ្មែរ, សូមទូរស័ព្ទទៅលេខខាងលើហើយចុចលេខ 4. . . . . **4** Cambodian

Yog koj xav paub xov ntxiv hais ua lus Hmoob, thov koj hu tus xov tooj teev los saum toj no, tom qab ntawd, koj mam nias tus nabnpawb 5 . . . **5** Hmong

Հայերենով տեղեկություն ստանալու համար խնդրում ենք հեռաձայնեք վերը նշված համարով եւ սեղմեք 6. . . . . **6** Armenian

如需粵語資料，請撥上列號碼並按 7. . . . . **7** Cantonese

한국어로 된 정보를 원하시면, 위에 나온 번호로 전화하신 다음 (8) 을 누르십시오. . . . . **8** Korean

Для получения информации на русском языке звоните, пожалуйста, по вышеуказанному телефону и нажмите кнопку 9. . . . **9** Russian

برای کسب اطلاعات به زبان فارسی با شماره فوق الذکر تماس بگیرید و شماره 0 را فشار دهید. . . . **0** Farsi

California주 제공