

**QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARY (QMB), SPECIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY (SLMB), AND QUALIFYING INDIVIDUAL (QI) APPLICATION**

유자격 메디케어 수혜자 (QMB), 특정 저소득 수급자 (SLMB) 및 자격이 부여된 개인 (QI) 신청서

성명		Social Security 번호		Medicare 번호	날짜
전화번호 ( )	출생일	성별 <input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 여자	혼인 여부 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 미혼		<input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 사별
주소(번지, 도로명)		도시명	주 이름	우편 번호	

이 정보는 Qualified Medicare Beneficiary (QMB) (유자격 Medicare 수혜자), Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB) (특정된 저소득 Medicare 수혜자), Qualifying Individuals (QI) (또는 자격 있는 개인들) 프로그램 신청을 돕기 위한 것입니다. 주 정부는 QMB 프로그램에 자격이 있는 분들을 위해 Medicare Parts A 및 B 보험료, 본인부담금(디덕터블), 본인부담금(코인슈어런스)을 지불합니다. 주 정부는 SLMB 또는 QI의 자격이 있는 분들을 위해 Medicare Part B 보험료를 지불합니다. 귀하는 이 양식을 작성하여 귀하의 카운티 소셜 서비스 기관에 우편으로 보내 QMB, SLMB, 또는 QI을 신청하실 수 있습니다.

QMB, SLMB, 또는 QI의 자격이 있으려면 아래의 조건이 필요합니다

- Medicare Part A (병원 보험)를 받을 수 있는 자격.
  - Medicare Part B (진료 보험)를 받을 수 있는 자격.
  - 다음의 수입 요건 충족
    - QMB:** Federal Poverty Level (FPL)의 100% 이하의 순가산소득 (독신 개인의 경우 \$1,153\* 이하 또는 부부의 경우 \$1,546\* 이하).
    - SLMB:** FPL의 120% 미만의 순가산소득 (독신 개인의 경우 \$1,380\* 미만 또는 부부의 경우 \$1,852\* 미만).
    - QI:** FPL의 135% 미만의 순가산소득 (독신 개인의 경우 \$1,550\* 미만 또는 부부의 경우 \$2,081\* 미만).
- \*자녀와 함께 살고 있는 경우, 이러한 금액은 더 많을 수 있습니다. 이들 금액은 매년 4월에 인상되기로 예정되어 있습니다. 1월에 귀하가 Title II Social Security 생활비 조정을 받으셨다면, 그 금액은 4월까지 산정되지 않습니다.
- 독신 개인의 경우 비면세 재산이 \$130,000 이하거나, 부부의 경우 \$195,000 이하일 것.
  - 가령, California 거주자인 경우와 같이 일정한 요건 및 조건이 충족될 것.

**중요**

CalFresh 및 월별 지출액 (비용 분담액)이 있는 Medi-Cal과 같은 QMB 및 SLMB 프로그램 외에도 다른 Medi-Cal 프로그램을 받을 수 있습니다. QMB, SLMB 및 QI 프로그램의 소득 한도를 초과하는 경우 Medi-Cal에 대한 월별 비용 분담금을 지불할 수도 있습니다. 이러한 다른 프로그램을 신청하려면, 네를 선택하면 카운티에서 완료하기 위해 다른 양식을 보내드릴 것입니다.  네  아니요

SLMB 및 QI 프로그램의 3개월 소급 보장에 신청하시겠습니까 (QMB의 경우 소급 보장은 없습니다).  네  아니요

귀하의 가구에서 살고 있는 모든 사람들(배우자/자녀)을 적으세요. 귀하와 함께 살고 있는 사람이 3인을 넘을 경우, 별지에 적으실 수 있습니다.

양식을 작성하여 현지 카운티 사회복지기관으로 메일을 보내주시요.

성명	Social Security 번호	성별 남자 여자	출생일	귀하와의 관계

**A. 가산소득**

**COUNTY USE**

**1. QMB/SLMB/QI 신청자가 받는 월간 불로소득을 적으십시오:**

- a. Social Security 수령금(check) \$ \_\_\_\_\_
- b. VA 복지수령금 \$ \_\_\_\_\_
- c. 은행계정 또는 예금증서 이자 \$ \_\_\_\_\_
- d. 퇴직소득 \$ \_\_\_\_\_
- e. 기타 불로소득 \$ \_\_\_\_\_
- f. Total 불로소득 - a. 행부터 e. 행 더함 \$ \_\_\_\_\_

Applicant's unearned income (line f) \$ \_\_\_\_\_

Spouse's unearned income (line l) + \_\_\_\_\_

**2. 귀하가 기혼으로서 배우자와 함께 살고 있는 경우, 귀하의 배우자가 받은 월간 불로소득을 적으십시오:**

- g. Social Security 수령금(check) \$ \_\_\_\_\_
- h. VA 복지수령금 \$ \_\_\_\_\_
- i. 은행계정 또는 예금증서 이자 \$ \_\_\_\_\_
- j. 기타 불로소득 \$ \_\_\_\_\_
- k. 퇴직소득 \$ \_\_\_\_\_
- l. Total 배우자의 불로소득 - g. 행부터 k. 행까지 더함 \$ \_\_\_\_\_

Any Income deduction - \_\_\_\_\_

Net unearned income \_\_\_\_\_

**3. QMB/SLMB/QI 신청자 및 배우자가 받는 월별 불로소득을 적으십시오:**

- m. QMB, SLMB, 또는 QI이 되고자 하는 사람에 대한 총수입 \$ \_\_\_\_\_
- n. 배우자에 대한 총수입 \$ \_\_\_\_\_
- o. Total - m. 행 및 n. 행 더함 \$ \_\_\_\_\_
- p. \$65 공제 \$ \_\_\_\_\_
- q. 나머지 \$ \_\_\_\_\_
- r. 2로 나눔 \$ \_\_\_\_\_

Net earned income (line r) + \_\_\_\_\_

Total net income \_\_\_\_\_

**4. 총소득:**

- f. 행, l. 행, 그리고 r. 행 더함 \$ \_\_\_\_\_
- s. \$20 뺐 (소득 공제) \$ \_\_\_\_\_

MFBU size \_\_\_\_\_

**5. 총 가산소득**

\$ \_\_\_\_\_

Compare to QMB/SLMB/QI income limit.

**6. 잠정적인 QMB, SLMB, 또는 QI 자격요건:**

- 귀하의 소득이 FPL의 100% 이하인 경우 잠정적으로 QMB로서의 자격이 있습니다 (독신 개인의 경우 \$1,153\* 또는 부부인 경우 \$1,546\*).
- 귀하의 소득이 FPL의 120% 미만인 경우 잠정적으로 SLMB로서의 자격이 있습니다 (독신 개인의 경우 \$1,380\* 미만 또는 부부인 경우 \$1,852\* 미만).
- 귀하의 소득이 FPL의 135% 미만인 경우 잠정적으로 QI로서의 자격이 있습니다 (독신 개인의 경우 \$1,550\* 미만 또는 부부인 경우 \$2,081\* 미만).

If over income limit, is there a spouse and/or children in the home? Complete the MC 176-2 A QMB/SLMB/QI form.

미만).

\* 집에 자녀가 있는 경우, 이러한 금액은 더 많을 수 있습니다.

**B. 재산**

미혼 상태이거나 배우자와 함께 살고 있지 않은 QMB, SLMB, 또는 QI은 \$130,000 또는 그보다 적은 가산 재산을 가질 수 있습니다. 기혼 상태이고 배우자와 함께 살고 있는 QMB, SLMB, 또는 QI은 \$195,000 또는 그보다 적은 가산 재산을 가지고 있어야 합니다.

아래는 가산 재산의 예입니다. **중요:** 귀하 자신 또는 배우자가 살고 있는 집은 산정되지 **않습니다**. 이동수단으로서 사용되는 한 대의 차는 산정되지 **않습니다**. 현지 카운티 사회복지기관에 QMB, SLMB, 또는 QI로 신청하는 경우 해당 카운티는 이 양식에 기재된 재산을 다른 방식으로 취급할 수 있습니다. 예금증서와 같이 카운티 사회복지기관에 확인해 볼 다른 유형의 재산이 있습니다. 이러한 다른 재산은 재산 한계에 산정될 수도 있고 산정되지 **않을 수도** 있습니다.

귀하, 귀하의 배우자, 또는 두 사람 모두에게 속하는 다음 재산의 가치를 적으십시오.

- 1. 보통예금(Checking) \$ \_\_\_\_\_
  - 2. 저축 계좌(Savings) \$ \_\_\_\_\_
  - 3. 예금증서(certificate of deposit) \$ \_\_\_\_\_
  - 4. 주식 \$ \_\_\_\_\_
  - 5. 채권 \$ \_\_\_\_\_
  - 6. 두 번째 자동차 (가격에서 차입하고 있는 금액 공제) \$ \_\_\_\_\_
  - 7. 두 번째 집 (가격에서 차입하고 있는 금액 공제) \$ \_\_\_\_\_
  - 8. **모든** 증서(“기간부” 보험증서는 포함 불가)의 합친 액면가가 \$1,500를 넘는 경우의 생명보험 증권 계약반환금. \$ \_\_\_\_\_
  - 9. 총 재산- 1 행부터 8 행까지 더함 \*\*\$ \_\_\_\_\_
- \*\*이 총액은 독신 개인의 경우 \$130,000를 초과할 수 없으며 부부의 경우 \$195,000를 초과할 수 없음.

<b>COUNTY USE</b>
-------------------

**추가 정보:** 귀하는 SLMB 및 QI 프로그램에 따라 **최대 3개월 간** Medicare Part B 보험료를 **소급하여 보장받을 수 있는** 자격이 있을 수 있습니다.

**주:** Medi-Cal 프로그램은 아래와 같은 비용 지급을 위해 특정 사망한 Medi-Cal 회원의 자산에서 상황을 요청해야 합니다. 관리 의료 보험료, 간호시설 서비스, 가정 및 지역사회 기반 서비스, 그리고 사망한 Medi-Cal 회원에게 55세 생일까지 또는 그 이후에 제공된 병원 관련 처방 약 서비스. 사망한 회원이 재산을 남기지 않거나 사망했을 때 소유한 재산이 없는 경우는 비용상환에 해당하지 않습니다. 더 자세한 정보를 원하시면 Estate Recovery 웹 사이트 <http://dhcs.ca.gov/er>를 방문하거나 (916) 650-0590번으로 전화하십시오. 그러나, QMB/SLMB/QI 프로그램(Medi-Cal과 결합되거나 또는 없이)에 등록된 사람은 Medicare 보험료, 본인부담금(디덕터블), 또는 본인부담금(코페이먼트)에 대해 재산환수의 적용을 받지 않습니다.

본인은, 미합중국 및 State of California의 법에 따른 위증죄의 죄책을 감수하면서 이 양식에서 본인이 제공하는 정보가 진실하고 정확하며 완전하다는 것을 선언합니다.	
신청인의 서명 (또는 표시) ▶	날짜
<b>County Use</b>	
<input type="checkbox"/> QMB approved <input type="checkbox"/> SLMB approved <input type="checkbox"/> QI approved <input type="checkbox"/> QMB/SLMB/QI-denied	
Eligibility Worker's signature ▶	Date

**DHCS 프라이버시 선언서**

이 신청서는 Department of Health Care Services (DHCS) 를 통한 급부 혜택을 받기 위한 것입니다. 이를 위해 귀하가 제공하는 개인 정보 및 의료 정보는 사적인 것으로서 비밀이 보장됩니다. DHCS는 귀하와 이 양식에 있는 다른 사람들을 확인하여 우리 프로그램에서 관리할 필요가 있습니다. 우리는 프로그램을 관리하기 위한 목적으로써만 귀하의 정보를 다른 정부기관(주, 연방, 지방자치단체)이나 계약자, 건강보험, 건강보험 프로그램과 공유하며, 또한 법적으로 요구될 때 귀하의 정보를 다른 정부기관(주, 연방) 과 공유합니다.

“선택적”이라고 표시가 되어 있지 않은 한, 귀하는 이 양식의 모든 질문에 답을 하셔야 합니다. 필수 사항이 어느 것이라도 빠져 있으면 그 정보를 알아내기 위해 저희가 연락을 드릴 것입니다. 귀하가 필수 사항을 제공하지 않을 경우 저희로서는 귀하의 혜택에 대해 결정을 할 수 없습니다. 신청서를 새로이 제출하셔야 할 수 있고, 그렇지 않을 경우 서비스가 거절될 수 있습니다.

대개의 경우 귀하는 연방 기록 및 주 기록에 있는 귀하의 개인정보를 확인할 권리가 있습니다. 필요시 다른 형식(예: 큰 활자체)으로 조회할 수 있습니다. 더 자세한 내용은 아래의 연락처로 DHCS Information Protection Unit에 연락하십시오:

P.O. Box 997413, MS 4721  
 Sacramento, CA  
 95899-7413  
 Phone: 1-866-866-0602  
 TTY: 1-877-735-2929

정보를 수집하여 보유할 우리의 권리는 아래의 주 법에 근거하고 있습니다: CA Welfare and Institutions Code § 14011, and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9. 저희는 CA Civil Code §1798.17에 근거하여 이 프라이버시 선언서 을 귀하에게 제공할 의무가 있습니다.