

건강 액세스 프로그램
FAMILY PACT 프로그램
고객 자격 인증

Client HAP number

이 고객 자격 인증 (CEC) 양식은 California 주, 보건복지부, 가족 계획 사무소의 재산입니다.
이 양식은 변경, 수정 또는 미리 채울 수 없습니다.

1 단계: 본인에 대한 정보를 알려주세요

이름	중간 이름	성	접미사 (Sr., Jr., III, IV etc.)
----	-------	---	------------------------------

보건복지부는 제공된 주소로 우편 메일을 보내지 않습니다

주소	<input type="checkbox"/> 홈	<input type="checkbox"/> 메일링	아파트 번호
시	군/구	우편번호	거주 카운티
생년월일 (mm/dd/yyyy)	사회 보장 번호 (SSN) SSN 이 없어도 서비스를 받는 데 영향을 미치지 않습니다.		Provider Use Only CODE
혼인 여부 (선택 사항) <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 결혼한 적 없음 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 미망인 <input type="checkbox"/> 등록된 국내 파트너 <input type="checkbox"/> 대답을 거부했습니다			
인종/민족 (선택 사항, 해당 항목 모두 선택) <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 한국인 <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 캄보디아인 <input type="checkbox"/> 라오스인 <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 중국인 <input type="checkbox"/> 베트남인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 <input type="checkbox"/> 필리핀 사람 <input type="checkbox"/> 과마니안 또는 차모로인 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 허몽인 <input type="checkbox"/> 사모아인 <input type="checkbox"/> 답변을 거부합니다		히스패닉, 라틴계, 스페인 출신입니까? (선택 사항) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예로 답변한 경우 선택하세요: <input type="checkbox"/> 멕시코계, 멕시코계 아메리칸 또는 치카노 <input type="checkbox"/> 엘살바도르인 <input type="checkbox"/> 과테말라 사람 <input type="checkbox"/> 쿠바인 <input type="checkbox"/> 푸에르토리코 사람 <input type="checkbox"/> 기타 국적	
기본 언어 (하나만 선택) <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 아르메니아어 <input type="checkbox"/> 광둥어 <input type="checkbox"/> 허몽어 <input type="checkbox"/> 크메르어/캄보디아어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 한국어 <input type="checkbox"/> 타갈로그어 <input type="checkbox"/> 베트남어 <input type="checkbox"/> 편자브어 <input type="checkbox"/> 힌디어 <input type="checkbox"/> 우크라이나어 <input type="checkbox"/> 답변을 거부합니다 <input type="checkbox"/> 기타			
귀하와 대화해야 할 경우 연락하는 최상의 방법 <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 문자 <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 우편 메시지 번호/이메일			

과세 대상 소득

본인과 함께 사는 가족 (배우자 및 자녀) 과 각 개인의 과세 대상 소득원을 기재하십시오.

누군가가 귀하를 세금에 청구하는 경우 해당 사람의 세금 양식에 청구되는 모든 사람을 기재하십시오. 소득원에는 고용, 자영업, 사회 보장 (과세 대상이 아니더라도), 팁, 배우자 부양비, 실업 수당 등이 포함됩니다. 필요에 따라 추가 페이지를 요청합니다.

17 세 이하인 경우 부모의 소득은 제외됩니다. 의료 제공자가 귀하와 더 자세히 상담하고 가족 규모를 확인하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

이름	귀하와의 관계	나이	소득원	과세 대상 월 소득
	(본인)			

가족 규모:

총 과세 대상 가족 소득:

3 단계:

신청서를 읽고 서명하십시오

California 건강 보험 자격

보험 적정부담 프로그램을 신청하고 등록하는 방법에 대한 정보를 받았습니다. 예 아니요
www.CoveredCA.com 을 방문하거나 1-800-300-1506 으로 연락하여 이러한 프로그램의 신청을 완료하는 데 도움을 받으십시오.

본인은 California 주 법률에 따라 위증 시 처벌을 받으며 이 양식에 대한 전술한 정보가 사실이며 정확함을 선언합니다. 본인은 허위 정보를 제공하면 이 프로그램에 부적격하게 될 수 있음을 이해합니다.

신청자 서명 (또는 표시)	서명 날짜
----------------	-------

개인 정보 보호 정책 (민법 § 1798 이하 참조.)

이 정보는 귀하가 주 보건 프로그램에 등록되어 있는지 확인하는 데 사용됩니다. 정보는 건강 결과를 모니터링하고 프로그램 평가 목적으로도 사용됩니다. 이름은 공유되지 않습니다. 각 개인은 정보 관행법 제 8 조에 따라 면제되지 않는 한 서비스 제공자가 유지 관리하는 개인 정보를 검토할 권리가 있습니다.

공정 청문회 권리

Family PACT 프로그램에 따른 서비스 신청자 또는 수혜자는 서비스 자격 또는 수혜에 관한 청문회에 참여할 권리가 있습니다. 신청자 또는 수혜자는 Family PACT 프로그램의 자격 기준 또는 혜택에 대한 변경 사항에 이의를 제기할 권리가 없습니다.

1 단계 검토: 서비스 자격 거부 또는 서비스 수혜에 대해 이의를 제기하려면 이름, 전화 번호, 주소 및 1 단계 검토를 요청하는 이유를 아래 주소로 보내주세요. 1 단계 검토 요청서는 자격 또는 서비스 거부 후 영업일 기준 20 일 이내에 소인이 찍혀야 합니다. 가족 계획 사무소는 결정을 내리기 전에 제공자 또는 신청자에게 전화 또는 서면으로 추가 정보를 요청할 수 있습니다.

공식 청문회: 자격이 없거나 원하는 서비스가 제공되지 않거나 중단되었다는 통보를 받은 날로부터 90 일 이내에 공식 청문회를 요청할 수 있습니다. 90 일 이내에 청문회를 신청할 수 없었던 정당한 사유가 있는 경우에는 청문회를 신청할 수 있습니다. 정당한 사유가 있는 경우 요청이 계속 예약될 수 있습니다. 성명, 전화 번호, 주소 및 공식 청문회 사유와 같이 요청된 모든 정보를 제공하고 아래 공식 청문회 주소로 우편으로 보내주세요. 원하는 경우 편지를 첨부하고 취해진 조치가 옳지 않다고 생각하는 이유를 설명할 수도 있습니다. 아래의 공개 문의 및 응답 번호로 문의할 수도 있습니다. 영어를 이해하는 데 어려움이 있는 경우 청문회에서 언어 지원을 받을 수 있도록 언어를 명시해야 합니다. 위임된 대리인을 선택한 경우 이름, 전화번호 및 주소를 명시해야 합니다. 기록을 위해 청문회 요청서 사본을 보관하십시오. 다음 두 가지 방법 중 하나로 공식 청문회 요청서를 제출할 수 있습니다:

1 단계 검토

Department of Health
Care Services
Office of Family Planning
P.O. Box 997413,
Mail Station 8400
Sacramento, CA 95899-7413

공식 청문회

California Department of
Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243,
Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

또는 수신자 부담 전화

Department of Social Services
State Hearings Division
Public Inquiry and Response
1-800-952-5253 or
1-800-743-8525
TDD 1-800-952-8349
Fax: (916) 651-5210

차별 금지 정책

환자 보호 및 부담적정 보호법 (ACA) 의 섹션 1557 은 특정 건강 프로그램 또는 활동에서 인종, 피부 색, 출신 국가, 성별, 연령 또는 장애에 근거한 차별을 금지합니다. 2010 년부터 시행된 섹션 1557 은 오랜 연방 민권법을 기반으로 합니다. 1964 년 민권법 VI 장; 1972 년 교육 개정안 IX 장, 1973 년 재 활법 섹션 504 및 1975 년 연령 차별법.

2016 7 월 18 일부터 보건복지부 (HHS) 시민권 사무소는 연방 규정 강령 제목 (CFR) 45 장 파트 92 의 섹션 1557 을 시행하는 최종 규칙을 발표했습니다. 이 규칙은 모든 보건 프로그램 또는 활동, 그 중 연방 재정 지원을 받는 일부, 보건 프로그램 또는 활동을 관리하는 ACA I장에 따라 설립된 단 체 및 HHS 에 적용됩니다. 다른 요구 사항 외에도 45 장 CFR 파트 92.201 는 다음을 요구합니다.

- **언어 지원 서비스 요건:** 파트 92.201 의 (a) 항에 따라 요구되는 언어 지원 서비스는 정확하고 시 기 적절하며 무료로 제공되어야 하며 영어 실력이 제한된 개인의 개인 정보와 독립성을 보호해 야 합니다.
- **통역사 및 번역 서비스에 대한 특정 요구 사항:** 파트 92.201 의 (a) 항에 적용을 받음.
 - 구두 통역이 제한된 영어 실력을 가진 개인에게 의미 있는 접근을 제공하기 위한 합리적인 단계인 경우 해당 대상은 영어 능력이 제한된 개인에게 자격을 갖춘 통역사를 제공해야 합 니다.
 - 해당 대상은 서면 내용을 용지 또는 전자 형식으로 번역할 때 자격을 갖춘 번역가를 사용하 야 합니다.

섹션 1557 을 시행하는 최종 규칙의 적용 및 요구 사항에 대한 자세한 내용에 대해 서비스 제공자는 대표 전문 기관에 문의해야 합니다. 또한 HHS 웹 사이트의 환자 보호 및 부담적정 보험법 페이지의 섹션 1557 을 방문하여 샘플 자료 및 기타 리소스를 찾을 수 있습니다.

Language Services Notice

شعار: إذا كنت تتحدث العربية، يمكنك الحصول على خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. يرجى الاتصال بالرقم
.[Arabic] 1-800-541-5555 TTY: 711

注意: 如果您會說中文、您可以免費獲得語言協助服務。致電

1-800-541-5555 TTY:711 [Chinese]

सूचना: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आप निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ प्राप्त कर सकते हैं। कृपया
1-800-541-5555 TTY: 711 पर कॉल करें [Hindi]

CEEB TOOM: Yog tias koj hais Lus Hmoob, koj tuaj yeem tau txais cov kev pab cuam
txhais lus pub dawb xwb. Hu rau 1-800-541-5555 TTY: 711 [Hmong]

注意: 日本語を話せる方には、無料言語支援サービスがございます。電話
1-800-541-5555 TTY: 711 [Japanese]

참고 사항: 한국어를 하는 있는 경우 무료로 언어 지원 서비스를 받을 수 있습니다.
1-800-541-5555 TTY: 711 로 문의하십시오. [Korean]

សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អ្នកអាចទទួលបានសេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។
សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-541-5555 TTY: 711 [Cambodian]

ਨੋਟਿਸ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।
ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-541-5555 TTY: 711 [Punjabi]

УВЕДОМЛЕНИЕ: Если Вы говорите по-русски, Вы можете получить услуги
языковой помощи бесплатно. Звоните по номеру 1-800-541-5555 TTY: 711
[Russian]

PAUNAWA: Kung Tagalog ang gamit ninyo, maaari kang makatanggap ng mga
tulong sa wikang mga serbisyo nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-541-5555
TTY: 711 [Tagalog]

โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถรับบริการความช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่เสีย
ค่าใช้จ่ายได้ โทรไปที่

1-800-541-555 TTY: 711 [Thai]

THÔNG BÁO: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể tiếp nhận các dịch vụ trợ giúp ngôn
ngữ miễn phí. Hãy gọi đến số 1-800-541-5555 TTY: 711 [Vietnamese]

Step 4:

PROVIDER USE ONLY

- Provider Certification:**
- Eligible for Family PACT Program
 - Ineligible for Family PACT Program (Give Fair Hearing Rights)

Why client is ineligible: _____

Medi-Cal client eligible for Family PACT verified:

- Limited scope
- Unmet share-of cost
- Barrier to Access

Modality used to determine program enrollment or re-certification:

- Phone
- Audio Visual
- In-Person

DECLARATION

My signature attests that based upon the information provided by the applicant and according to state and federal requirements, I certify that the applicant identified on this form is eligible to receive family planning services under the Family PACT Program. If ineligible, the client has received a copy of the CEC form which includes the Fair Hearing Rights. I also certify that the client was 1) informed of California health insurance eligibility programs through Covered California, 2) offered and received (or declined) a copy of the Notice of Privacy Practices, Nondiscrimination Policy and 3) if applicable, provided a Retroactive Eligibility Certification Form (DHCS 4001).

Print name	Signature	Date
Deactivation: If client is deactivated (no longer eligible)	Deactivation Date	Reason code Provider Use Only CODE