



Department of Health
Division of Public Assistance

사무소 전용

D.O. Date Rec'd _____

Fee Agent _____

Date Rec'd _____

Fee Agent Signature _____

자격 심사 양식

심사 예정인 모든 프로그램의 확인란에 표시

SNAP Adult Public Assistance Temporary Assistance Medicaid Senior Benefits

참고: 이번 달 심사 예정인 모든 프로그램에 대해 단 하나의 심사 양식만 작성해야 합니다.

양식을 모두 기입했는지 확인하고 처리 지연을 피하기 위해 확인서 및 사실 진술서에 서명하는 것을 잊지 마십시오. 답변을 위해 추가 공간이 필요할 경우, 별도의 용지를 사용하십시오. 명확하게 정자체로 기입해 주십시오.

성명		케이스 번호
우편 주소		
거주지 주소(우편 주소와 다른 경우)		
자택 전화번호	메시지 전화번호	직장 전화번호
영어가 모국어입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 아닌 경우, 귀하의 모국어는 무엇입니까? _____ 영어가 모국어 아닌 경우 이 신청서를 이해하고 적절히 작성하기에 충분한 구사력으로 영어를 읽고 쓸 수 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 아니오인 경우, 1-800-478-7778로 전화하시면 본 양식을 작성하는 데 도움을 받을 수 있으며, 무료 통역사를 지원해 드립니다.		

가구 정보:

1. 귀하와 함께 살고 있는 모든 구성원에 대해 법적 성명을 사용하여 기재해 주십시오. 먼저 본인을 기재해 주십시오.

인종 및 민족 배경 정보의 제공은 자발적으로 이루어지며, 자격이나 혜택 금액에 영향을 주지 않습니다. 본 정보는 프로그램 혜택이 인종, 피부색 또는 출신 국가에 관계없이 분배되도록 보장하는 데 사용됩니다. Food Assistance/SNAP과 관련하여 미국 농무부(USDA)는 귀하가 정보를 제공하지 않는 경우 당국이 대신 답변하도록 규정합니다.

성명(이름 중간 이름 I 성)	귀하와의 관계 관계가 없는 경우 NR 기입	생년 월일	이 해당인은 귀 가구의 풀타임 구성원 또는 파트타임 구성원입니까? 해당사항에 동그라미 표시. 파트타임 구성원인 경우, 귀하와 함께 거주하는 시간은 몇 퍼센트입니까?	사회보장번호	미국 시민 여부 예/아니오	인종	민족 그룹
						선택 사항 - 아래 코드 사용	
	본인		해당사항 없음				
			풀타임 / 파트타임 ___%				
			풀타임 / 파트타임 ___%				
			풀타임 / 파트타임 ___%				
			풀타임 / 파트타임 ___%				
			풀타임 / 파트타임 ___%				
			풀타임 / 파트타임 ___%				
인종: (둘 이상의 인종 선택 가능) AN = 알래스카 원주민 WH = 백인 BL = 흑인 또는 아프리카계 미국인 AI = 아메리칸 인디언 AS = 아시아인 PI = 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민					민족성: Y = 히스패닉 또는 라틴계 N = 비히스패닉계 또는 비라틴계		

2. 내년엔 연방 소득세 신고서를 제출할 계획입니까?
- 예. 예인 경우, 문항 a~c에 답변해 주십시오. 아니오. 아니오인 경우, 문항 c로 건너뛰기.
- a. 배우자와 공동으로 신고하시겠습니까? 예 아니오 예인 경우 배우자 성명: _____
- b. 세금 신고서에 부양가족을 청구하시겠습니까? 예 아니오
예인 경우, 부양가족의 성명 기재: _____
- c. 귀하는 다른 사람의 세금 신고서에 피부양자로 청구됩니까? 예 아니오
예인 경우, 세금 신고자 성명 기재: _____
세금 신고자와 어떤 관계이십니까? _____
3. 가구 구성원 중에 임신부가 있습니까? 예 아니오 예인 경우 누구입니까? 예정일: _____
4. 가구 구성원 중에 고등 교육 기관에 재학 중인 사람이 있습니까(고등학교 이후 학교 교육)?
 예 아니오 예인 경우, 누구입니까? _____ 풀타임입니까,
파트 타임입니까? _____
5. 가구 구성원 중 알래스카 또는 다른 주에서 Food Distribution Program on Indian Reservations(인디언 보호구역 식료품 배급 프로그램, FDIPIR)의 지원을 받은 사람이 있습니까? 예 아니오
예인 경우 누가, 언제 받았습니까? _____
6. 귀하 또는 가구 구성원 중 동시에 두 개 이상의 주에서 지원을 받기 위해 거주지에 대해 허위 진술을 한 혐의로 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? 예 아니오
7. 귀하 또는 가구 구성원 중 1996년 8월 22일 이후 규제 물질의 소유, 사용 또는 유통으로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? 예 아니오 예인 경우, 문항 a~d에 답변해 주십시오.
- a. 당사자들은 충분히 복역 중이거나 집행 유예 기간 또는 가석방 기간을 성공적으로 마쳤습니까?
 예 아니오
- b. 당사자들은 약물 또는 알코올 치료 프로그램에 의무적으로 참여하는 과정에 있거나 이를 성공적으로 완료했습니까? 예 아니오
- c. 당사자들은 약물 또는 알코올 치료 프로그램 참여를 포함하여 재활 조치를 취했습니까?
 예 아니오
- d. 당사자들은 재진입 계획의 요건을 성공적으로 준수하고 있습니까? 예 아니오
8. 귀하 또는 가구 구성원 중에 다른 주에서 중범죄 또는 A급 경범죄로 기소, 구금 또는 감금을 피해 탈출하거나 현재 가석방 또는 보호 관찰 조건을 위반하고 있는 사람이 있습니까? 예 아니오
9. 귀하 또는 가구 구성원 중에 1996년 9월 22일 이후 SNAP 혜택을 약물과 거래한 혐의로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? 예 아니오
10. 귀하 또는 가구 구성원 중에 1996년 9월 22일 이후 어느 주에서든 사기로 중복 SNAP 혜택을 받은 혐의로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? 예 아니오
11. 귀하 또는 가구 구성원 중에 1996년 9월 22일 이후 \$500 이상의 SNAP 혜택을 구입 또는 판매한 혐의로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? 예 아니오
12. 귀하 또는 가구 구성원 중에 1996년 9월 22일 이후 SNAP 혜택을 총기, 탄약 또는 폭발물과 거래한 혐의로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? 예 아니오
13. 귀하 또는 가구 구성원 중에 2014년 2월 7일 이후에 가중처벌 대상의 성적 학대, 살인, 성 착취 및 아동 학대 또는 성폭행으로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? 예 아니오 예인 경우, 문항 a 및 b에 답변해 주십시오.
- a. 당사자들은 복역 중이거나 집행 유예 기간 또는 가석방 기간을 성공적으로 마쳤습니까?
 예 아니오
- b. 당사자들은 재진입 계획의 요건을 성공적으로 준수하고 있습니까? 예 아니오

자산 정보:

14. 귀하 또는 가구 구성원 중 소유 또는 구매하는 모든 차량을 기재해 주십시오. 자동차, 트럭, 보트, 오토바이, 레저용 자동차(RV), 전 지형 만능차(ATV), 설상차 등 포함.

소유자 성명	차량 종류	모델 / 연식	용도	미지급 잔액	현 시세
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$

15. 주택, 오두막, 재산, 주식, 채권 또는 귀하 또는 가구 구성원이 소유 또는 구매하는 그 밖의 자산을 기재해 주십시오. 귀하 또는 가구 구성원 중 소유하고 있는 생명보험증서 또는 장래 계정 또는 증서 및 계정 또는 증서의 현 현금 가치를 기재해 주십시오.

소유자	재산/자산 유형	가치	소유자	재산/자산 유형	가치
		\$			\$
		\$			\$
		\$			\$
		\$			\$

16. 귀하 또는 가구 구성원 중 현금 및 은행 계좌에 보유하고 있는 금액 액수를 기재해 주십시오. 가상화폐/암호화폐, 신탁 및 ABLE 계정을 포함하십시오. **각 계좌에 대해 최신 명세서 사본을 제공해 주십시오.**

계좌명	은행/신용 조합 및 지점명	계좌 번호	잔액
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
	보유 현금		\$

17. 원주민 기업(Native Corporation)에 소속된 가구 구성원 기재.

주주명	원주민 기업	소유 주식	마지막 배당금 액수/날짜

18. 귀하 또는 동거인이 상업용 어업 허가 또는 IFQ(개별 어업 할당량)를 소유하고 있습니까?

예 아니오 예인 경우, 허가/IFQ 번호 _____ 가치 \$ _____

수령 금액 정보:

19. 귀하 또는 가구 구성원이 근로하는 경우 작성해 주십시오. **가장 최근의 급여 명세서 또는 고용주가 작성한 근로 명세서를 제출해 주십시오. 자영업자의 경우 소득 및 지출 증명서를 첨부해 주십시오.**

고용인	고용주	근로 시간	시간당 급여	지급 빈도
		주당		
		주당		
		주당		
		주당		
		주당		

20. 구성원의 직장, 급여 또는 근로 시간이 곧 바뀔 예정입니까? 예 아니오 예인 경우, 구체적으로 설명:

21. 귀하 또는 가구 구성원이 수령하는 그 밖의 금액을 기재해 주십시오. *사회보장, SSI, BIA, VA, 퇴직, 실업 보험, 산재 보상, 원주민 지원, 자녀 양육비, 가상화폐/암호화폐, 현금 선물, 연금 등을 포함합니다.*

수령인	소득원	액수	수령인	소득원	액수
		\$			\$
		\$			\$
		\$			\$
		\$			\$

22. 소득에 변동 사항이 있을 것으로 예상하십니까? 예 아니오 예인 경우, 구체적으로 설명: _____

23. 식료품, 주거지, 공공요금 등을 대가로 일을 하는 사람이 있습니까? 예 아니오 예인 경우, 구체적으로 설명: _____

가구 지출 정보:

24. 귀하 또는 가구 구성원 중 이러한 월 경비를 내고 있는 경우 작성해 주십시오. *의무적인 월 임대료 금액, 공과금 비용, 연간 재산세 및 보험료에 대한 증빙을 제공하십시오.*

경비 유형	월 금액	경비 유형	월 금액	경비 유형	월 금액
임대료/모기지	\$	전화	\$	난방용 기름	\$
부지 또는 공간 임대료	\$	전기	\$	천연가스	\$
재산세	\$	수도/상하수도	\$	목재/석탄	\$
주택 보험	\$	쓰레기 수거	\$	기타	\$

25. 귀하는 주택의 난방비를 지불할 책임이 있습니까? 예 아니오

예인 경우, 주택 난방 연료는 무엇입니까? _____

26. 해당 경비 지불을 다른 사람과 공유하거나 경비 지불에 지원을 받는 경우(예: 임대료 지원 또는 난방 지원) 설명해 주십시오. _____

27. 가구 구성원 중 아동 또는 고령자 또는 장애인 성인의 돌봄 비용이 있는 경우, 작성해 주십시오. *지난 두 달 동안 지급된 금액의 증거를 제공해 주십시오.*

자녀/부양가족 성명	월 간호 비용	자녀/부양가족 성명	월 간호 비용
	\$		\$
	\$		\$

28. 부양가족 간호 비용을 지불하는 데 도움이 되는 금액을 받고 있습니까? 예 아니오 예인 경우, 지원 금액은?

지원 출처는? _____

29. 귀하 또는 가구 구성원 중 자녀 양육비를 지불하는 경우 작성해 주십시오. *월 의무 내역 및 지난 두 달 동안 지급한 액수에 대한 증거를 제공해 주십시오.*

자녀 양육비 지급자	지급받는 대상	액수	시기
		\$	
		\$	

30. 귀하 또는 가구 구성원 중 59세 이상이거나 장애인이며 의료비가 있는 경우 작성해 주십시오. 해당인을 기재하고 이러한 경비에 대한 증거를 제공해 주십시오.

의료비가 있는 구성원	액수	의료비가 있는 구성원	액수
	\$		\$
	\$		\$

31. 가계 지출이나 상황에 변동이 있을 것으로 예상되는 경우 다음을 설명해 주십시오. _____

위에 명시된 비용 중 어느 하나라도 보고하거나 확인하지 않으면, 귀하의 가구는 미보고 경비에 대한 공제를 받지 않겠다고 진술한 것으로 간주됩니다.

의료보장/보험:

32. 귀하 또는 가구 구성원 중 고용주 기반 의료보험 보장이 지난 12개월 동안 시작 또는 중단되었습니까?

예 아니오 예인 경우 고용주 성명과 주소, 보험사명과 전화번호, 보험 카드의 앞뒷면 사본을 제공해 주십시오. _____

33. 귀하 또는 가구 구성원 중 의료보험에 가입되어 있는 경우 다음 문항에 답변해 주십시오.

다음 의료 보장에 가입한 구성원이 있습니까? 예 아니오

예인 경우 보장 유형을 표시하고 해당 보장 옆에 당사자 성명을 기재하십시오.

Medicaid _____

Medicare _____

TRICARE _____

VA 건강관리 프로그램 _____

고용주 보험 _____

의료보험명: _____

증서 번호: _____

COBRA 보장 대상입니까? 예 아니오 은퇴자 플랜입니까? 예 아니오 RIN: _____

기타 _____

34. 본 신청서에 기재된 구성원 중 직장에서 의료 보장을 제공받는 사람이 있습니까? 부모나 배우자 등 다른 구성원의 직장을 통해 보장을 받는 경우에도 '예'에 표시해 주십시오. 예 아니오 예인 경우 부록 A를 작성하여 포함해 주십시오.

MEDICAID 심사:

35. 귀하 또는 가구 구성원 중 Medicaid를 받는 경우 작성해 주십시오.

지난 12개월 동안 귀하 또는 가구 구성원 중 누군가 비용을 부담해야 하는 사고나 질병으로 인해 병원에서 치료를 받은 사람이 있습니까? 예 아니오 예인 경우, 발생한 사건과 치료비를 지불할 책임이 있는 당사자를 설명해 주십시오. _____

위임 대리인:

귀하의 신청서 및 케이스와 관련된 모든 사안에 대해 대리인이 귀하를 대변하도록 허용하거나 소관 부서에서 귀하의 신청서 또는 케이스에 관한 정보를 대리인과 공유하기를 원하시면 부록 C를 작성하고 포함해 주십시오.

이해 확인서 및 사실 진술서:

확인

- 본인은 알래스카 공공부조과(Division of Public Assistance)에서 관리하는 공공부조 혜택의 수혜 대상이 되려면 현재 알래스카 거주자여야 함을 이해합니다. 본인은 거주 상태가 변경될 경우 해당 변경 사항을 10일 이내에 알래스카 공공부조과에 신고해야 함을 이해합니다. 또한 본인이 30일 이상 알래스카주를 벗어날 경우, 본인을 알래스카 주민으로 간주/본인이 알래스카로 돌아올 의향이 있는지 여부에 관계없이 본인의 부재를 알래스카 공공부조과에 고지해야 함을 이해합니다.
- 본인은 공공부조 수혜 자격이 부분적으로 본인 가구의 소득에 따라 결정됨을 이해합니다. 이를 위해 본인은 본 신청서에서 본인과 가구 구성원이 받는 모든 소득을 공개해야 함을 이해하며, 소득원에는 고용(자영업 포함),

이혼 수당, 자녀 양육비, 실업, 순 임대료/로열티, 연금/퇴직금, 생활보조금, 재향군인 수당 및 사회보장혜택이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.

- 본인은 공공부조 수혜 자격이 부분적으로 본인 가구의 자산에 따라 결정됨을 이해합니다. 이를 위해 본인은 본 신청서에서 본인과 가구 구성원이 소유한 자산을 공개해야 함을 이해하며, 자산 유형은 부동산(부동산에 대해 지급 완료, 계속 지급 중이거나 다른 사람과 공동 소유 여부와 무관), 모든 은행 계좌(당좌예금 및 저축예금 포함), 보유 현금, 예금 증서, 대학 학자금 플랜, 생명보험증서, 연금 계획, 퇴직 기금, 주식 채권 및 연금, 원주민 기업(Native Corporation) 주식, 신탁 기금, 안전 금고 내용물, 광물권, IRA 계정, 상업적 어업 허가 및 장래증서 계약이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.

본인은 신청서의 '권리와 의무' 섹션을 읽었거나 본인에게 읽어준 내용을 들었으며 본 신청서에 설명된 대로 사기 처벌을 포함한 본인의 권리와 의무를 이해합니다.

본인은 "확인" 섹션을 읽었거나 본인에게 읽어준 내용을 들었으며 각 내용을 이해합니다.

위중 시 처벌된다는 조건하에 본인은 모든 혜택 신청자가 미국 시민권 또는 합법적 이민자 신분을 포함하여 본 신청서에 포함된 모든 정보가 본인이 아는 한 사실이고 정확함을 증명합니다.

성인 신청자의 서명: _____
서명 날짜(월/일/년)

기타 성인 신청자의 서명 _____
서명 날짜(월/일/년)

유권자 등록:

유권자 등록을 원하실 경우 작성에 필요한 올바른 양식을 보내주시면 도움을 드리겠습니다. 질문에 답변하지 않을 경우 '아니오' 답변과 동일한 것으로 간주됩니다. 그렇다고 해서 향후 귀하의 유권자 등록 가능성이 차단되는 것은 아닙니다.

유권자 등록을 하시겠습니까? 예 아니오

관계인 및 기관 연락

귀하의 지원 자격 여부를 결정하기 위해, 당국에서 귀하의 상황에 대한 질문에 답변할 수 있는 관계인이나 기관에 연락해야 할 수도 있습니다. 귀하는 본 양식을 작성함으로써 당국에서 귀하가 제공한 관계인 및 기관에 연락하도록 허가하는 것입니다.

질문할 내용

주요 질문 내용은 귀하의 거주지, 동거인, 귀 가구의 소득과 자산에 관한 질문입니다. 또한 거주지에 거주하지 않는 자녀의 부모에 관한 정보를 요청할 수도 있습니다.

당국에서 제공하는 정보

해당 관계인이나 기관에 연락할 때 당국은 담당자의 성명과 직위를 밝힙니다. 또한 공공부조과에서 근무한다고 밝힙니다. 귀하 또는 귀하의 공공부조 케이스에 대한 정보는 알리지 않습니다.

1 귀하에 대해 잘 알고 있는 관계인 2인에 관한 정보:

성명 및 귀하와의 관계	우편 주소	낮 시간대 전화

2 임대주에 관한 정보:

성명	우편 주소	낮 시간대 전화

3 고용주에 관한 정보:

성명	우편 주소	낮 시간대 전화

부록 A: 직장의 의료 보장

직장에서 의료 보장을 받고 있는 가구 구성원 외에는 이 질문에 답변할 필요가 없습니다. 의료 보장을 제공하는 각 직장에 대해 이 페이지의 사본을 첨부하십시오.

보장을 제공하는 직장에 대해 알려주십시오.

고용인 정보

1. 고용인 성명(이름, 중간이름, 성)	2. 고용인 사회보장번호 _____ - _____ - _____
------------------------	--

고용주 정보

3. 고용주명	4. 고용주 식별 번호(EIN) _____ - _____	
5. 고용주 주소	6. 고용주 전화번호 () - _____	
7. 시	8. 주	9. 우편번호
10. 이 직장에서 고용인 의료보장과 관련하여 당국에서 연락할 수 있는 담당자		
11. 전화번호(위와 다른 경우) () - _____	12. 이메일 주소	

13. 귀하는 현재 이 고용주가 제공하는 보장의 수혜 대상입니까? 아니면 향후 3 개월 이내에 수혜 대상이 될 것입니까?

예 (계속)

13a. 귀하가 대기 또는 수술 기간에 있는 경우 언제 보험에 가입할 수 있습니까?
이 직장 의료 보장의 수혜 대상이 되는 다른 사람이 있다면, 성명을 기재하십시오

이름: _____ 이름: _____ 이름: _____

아니오

이 고용주가 제공하는 의료보험에 대해 알려주십시오.

14. 고용주는 최소 가치 기준*을 충족하는 의료보험을 제공합니까? 예 아니오

15. 고용인에게만 제공되는 최소 가치 기준*을 충족하는 최저 비용 플랜의 경우(가족 플랜은 포함하지 않음):
고용주가 복지 프로그램을 운영하는 경우, 고용인이 금연 프로그램에 대해 최대 할인을 받고 복지 프로그램에 따른 다른 할인을 받지 않는다면 고용인이 지불해야 하는 보험료를 제공하십시오.

a. 고용인이 이 플랜에 대해 지불해야 하는 보험료는 얼마입니까? \$ _____

b. 빈도 매주 2주마다 월 2회 월 1회 분기별 매년

16. 고용주는 새 플랜 연도에 어떤 변경을 할 예정입니까(알고 있는 경우)?

고용주가 의료 보장을 제공하지 않을 예정임

고용주는 고용인에게 의료보장을 제공하기 시작하거나 최소 가치 기준을 충족하는 고용인에게만 제공되는 최저 비용 플랜의 보험료를 변경할 것임* (보험료는 복지 프로그램에 대한 할인을 반영해야 함. 문항 15 참조.)

a. 고용인이 이 플랜에 대해 지불해야 하는 보험료는 얼마입니까? \$ _____

b. 빈도 매주 2주마다 월 2회 월 1회 분기별 매년

변경 날짜(mm/dd/yyyy): _____

* 고용주 후원 의료보험은 플랜이 보장하는 총 허용 혜택 비용 중 플랜의 몫이 해당 비용의 60%에 달하는 경우 '최소 가치 기준'을 충족합니다(1986년 국제청법(Internal Revenue Code) 제36B(c)(2)(C)(ii)항)

귀하의 신청서 및 케이스와 관련된 모든 사안에 대해 귀하를 대리할 타인을 허용하시겠습니까?

귀하는 신뢰할 수 있는 사람 또는 기관에 귀하의 신청서 및 케이스에 대해 당국과 논의하고, 귀하의 정보를 확인하고, 귀하의 공공부조 케이스와 관련된 사안에 대해 조치를 취할 수 있는 권한을 부여할 수 있습니다. 이러한 사람을 '위임 대리인'이라고 합니다. 위임 대리인은 귀하의 공공부조 케이스를 변경할 수 있으며 귀하의 케이스 파일에 있는 정보에 액세스할 수 있습니다. 귀하는 잠재적 사기 혐의를 포함하여 귀하가 지정한 위임 대리인이 귀하의 케이스에 대해 변경한 모든 사항에 대해 책임을 져야 합니다.

공공부조과는 귀하의 신청서 및 케이스에 관한 모든 정보를 귀하의 위임 대리인 또는 이 양식에 명시된 기관의 구성원에게 공개할 수 있습니다. 한 명 이상의 해당인 또는 기관이 귀하의 위임 대리인 역할을 수행할 수 있습니다.

귀하는 언제든지 위임 대리인을 임명, 철회 또는 변경할 수 있습니다. 위임 대리인을 변경해야 하는 경우 공공부조과에 문의해 주십시오. 귀하가 본 신청서에 기재된 당사자를 위해 법적으로 임명된 대리인이며 증빙을 제공하는 경우 이 섹션을 작성할 필요가 없습니다.

위임 대리인 성명(이름, 중간 이름, 성) 또는 기관		전화번호
위임 대리인 주소	아파트 또는 호수	이메일
시	주	우편번호

- 신규
- 변경
- 추가
- 해당인 또는 기관을 본인의 위임 대리인에서 철회

또는

정보 공개 허가

귀하의 신청서 및 케이스 관련 정보를 공유하고 싶은 당사자가 있습니까?

이 섹션을 작성함으로써 귀하는 다음 당사자나 기관이 귀하의 공공부조 신청 및 혜택 상태에 대한 정보를 수령하도록 허가할 수 있지만 이들은 위임 대리인처럼 귀하를 대리할 수는 없습니다. 귀하는 이 추가되는 당사자 또는 기관에 귀하의 케이스 상태에 대한 정보를 공개할 수 있는 권한을 공공부조과에 부여합니다. 공공부조과에 연락하여 언제든지 이 공개를 취소할 수 있습니다.

당사자 성명(이름, 중간 이름, 성) 또는 기관		전화번호
주소	아파트 또는 호수	이메일
시	주	우편번호

및

신청자/수혜자의 서명	날짜(mm/dd/yyyy)
신청자/수혜자의 정자체 성명	사회보장번호 또는 케이스 번호

이 양식이 유효하려면 신청자 또는 수혜자가 서명해야 합니다

권리와 의무

결정에 동의하지 않을 경우 어떻게 하나요?

귀하는 신청서 또는 케이스에 취해진 모든 조치에 대해 사회복지사 또는 감독자와 논의할 수 있는 권리가 있습니다. 공공부조과(Division of Public Assistance) 또는 연방정부 운영 마켓플레이스(Federally Facilitated Marketplace)에서 귀하의 건강보험 결정에 오류를 범했거나 공공부조과에서 귀하의 혜택 결정에 실수를 했다고 생각하시는 경우, 해당 결정에 이의제기를 할 수 있습니다. 이의제기란 공공부조과 또는 연방정부 운영 마켓플레이스의 담당자에게 그러한 조치가 잘못되었다고 생각한다고 말하고 해당 조치에 대한 공정 청문 심사를 요청하는 것을 의미합니다. Supplemental Nutrition Assistance Program(SNAP) 및 Medicaid 관련 요청은 담당 부서 직원에게 대면, 전화 또는 서면으로 요청할 수 있습니다. 그 밖의 모든 프로그램 관련 요청은 서면으로 이루어져야 합니다. SNAP 공정 청문 요청은 조치 발효일로부터 90일 이내에 이루어져야 합니다. 그 밖의 모든 프로그램 관련 공정 청문 요청은 통지일로부터 30일 이내에 이루어져야 합니다. 요청이 이루어지면, 소관 부서에서 청문 요청에 대해 귀하에게 안내해 드릴 것입니다. 의료 청구 또는 서비스와 관련해 의견이 일치하지 않는 경우 Medicaid 수혜자 정보 헬프라인(Medicaid Recipient Information Helpline)에 1-800-780-9972로 연락해 주십시오.

조치 발효일 이전에 공정 청문을 요청하는 경우, 청문 결정이 내려질 때까지 혜택을 계속 받으실 수 있습니다. 조치 발효일 이전에 공정 청문을 요청하지 않으실 경우, 귀하는 이의제기를 하실 수 있지만 혜택은 지속되지 않습니다. 청문을 기다리는 동안 항상 혜택을 다시 신청해 주시기 바랍니다. 청문에서 당사자가 직접 본인을 대변하거나 법적 대리인이 대변할 수 있습니다. 당사자는 (907) 272-9431 또는 1-888-478-2572로 알래스카 법률 서비스 공사(Alaska Legal Services Corporation)에 문의하여 무료 법률 자문 및 대리를 받을 수 있습니다.

이의제기 권리

본인은 공공부조과 또는 마켓플레이스에 1-800-318-2596으로 연락하여 이의제기 방식에 대한 안내를 받을 수 있음을 알고 있습니다. 절차를 진행하는 동안 본인 이외 다른 누군가가 본인을 대리할 수 있음을 알고 있습니다. 본인의 자격 여부 및 그 밖의 중요 정보에 대한 설명을 제공받을 것입니다.

변경 사항은 언제 신고해야 하나요?

변경 사항을 알게 된 날로부터 10일 이내에 가구 내 변경 사항을 신고해야 합니다. Alaska Temporary Assistance(알래스카 임시 지원) 혜택을 받고 있는 가정의 경우, 자녀가 집을 떠난다면 5일 이내에 이를 신고해야 합니다.

어떤 변경 사항을 신고해야 하나요?

연방정부 운영 마켓플레이스(Federally Facilitated Marketplace) 또는 공공부조 Medicaid에서 승인한 건강보험 혜택을 받는 경우, 귀하의 건강보험 변경 사항을 비롯하여 본 신청서에 제공된 정보에 대한 모든 변경 사항을 신고해야 합니다.

Supplemental Nutrition Assistance Program(보충영양지원프로그램)의 혜택을 받고 그 밖의 다른 프로그램에서 혜택을 받지 못하는 경우, 가구의 총 소득이 가구 규모에 대한 소득 한도를 초과하고 가구 구성원 중 단일 게임에서 \$3,500 이상의 복권 또는 도박 상금을 받은 경우 보고해야 합니다. 가구에 부양가족이 없는 신체 건강한 성인(ABAWD) 시간 제한의 적용을 받는 구성원이 있는 경우, 근무 시간이 주당 20시간 미만이면 보고해야 합니다.

귀하가 공공부조 서비스를 받는 경우, 신고해야 하는 변경 사항에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.

- 취직 또는 실직, 급여를 변동, 파트타임제에서 풀타임제로 또는 풀타임제에서 파트타임제로 변동
- 근로 이외 소득원에서 수령한 금액이 \$50 이상 변경된 경우
- 귀 가구에 전입해 들어오거나 전출해 나가는 구성원이 있는 경우
- 이사한 경우 또는 새 우편 주소를 받은 경우
- 가구에 차량이 생긴 경우
- 가구에 총 \$2250 이상의 현금과 은행 잔고가 있는 경우
- 자녀 양육비 지급액 또는 의무에 변경이 생긴 경우
- 귀하 또는 가구 구성원이 Medicaid를 받는 경우 의료보험의 변경
- 임신으로 인한 변화

일을 해야 하나요?

Alaska Temporary Assistance(알래스카 임시 지원) 또는 Supplemental Nutrition Assistance Program(보충영양지원프로그램)을 받으시려면 근로활동에 참여해야 할 수도 있습니다. Alaska Temporary Assistance 참여자는 재정적으로 독립하기 위해 가족자립계획(Family Self-Sufficiency Plan)을 준비해야 합니다. 면제 자격인 경우를 제외하고 승인된 근로 활동에 참여해야 합니다. 미혼의 미성년 부모로서 Alaska Temporary Assistance 혜택을 받으려면, 부모와 함께 또는 승인된 별도의 주거 환경에서 거주하고 학교나 교육에 참여해야 합니다. 이러한 근로 요건 또는 미성년 부모 요건을 충족하지 않는 경우, 귀하의 혜택은 축소 또는 중단될 수 있습니다.

이 페이지를 읽고 보관하십시오.

자녀 양육비는 어떻게 진행되나요?

알래스카주는 Alaska Temporary Assistance 또는 Medicaid를 수령하는 자녀에게 양육비를 지급할 의무가 있는 부모로부터 자녀 양육비 및 의료 지원을 징수해야 합니다. 여기에는 현재 및 향후 자녀 양육비 지불 외에 신청 당시 귀하가 지불해야 하는 모든 금액이 포함됩니다. Alaska Temporary Assistance를 수령하는 동안 귀하에게 제공되거나 지급된 모든 자녀 양육비 혜택은 반드시 보고하고 즉시 주정부에 인계해야 합니다. 자녀 양육비 명령을 변경하려면 새로운 법원 명령을 받거나 자녀 양육비 서비스과(Child Support Services Division, CSSD)의 허가를 받아야 합니다. 이러한 프로그램을 위해 CSSD에 협조하지 않을 타당한 사유가 있다고 생각되면 즉시 담당 사회복지사에게 알려야 합니다. 귀하의 이유를 뒷받침하는 정보를 제공하도록 요청받으실 수 있습니다.

Alaska Temporary Assistance 신청 시 지켜야 할 사항

- 귀하 또는 Alaska Temporary Assistance의 혜택을 받는 자녀에게 지급되는 자녀 양육비를 받고 유지할 수 있는 귀하의 권리를 CSSD에 양도해야 합니다.
- 친자 관계를 규명하는 데 CSSD에 협조해야 합니다.
- 바, 주류 판매점, 도박장 또는 성인 유흥 시설에 있는 ATM에서 EBT(전자복지) 카드로 현금 혜택을 받거나 이를 이용하여 구매하지 않는 데 동의해야 합니다.

Medicaid 신청 시 지켜야 할 사항

- 소관 부서에서 귀하 또는 귀하의 미성년 자녀를 위한 돌봄 및 서비스에 대한 의료 지원을 지불한 범위 내에서 의료 지원 또는 그 밖의 제3자 지불에 대한 모든 권리를 알래스카주에 양도해야 합니다.
- 귀하 또는 귀하의 미성년 자녀를 위해 받으신 돌봄 및 서비스 비용을 지불할 책임이 있는 제3자와 관련한 정보를 확인하고 제공하는 데 있어 부서와 협조하고 지원해야 합니다.
- 귀하 또는 귀하의 미성년 자녀가 받은 돌봄 또는 서비스 비용을 제공하거나 지불하는 데 사용되거나 받으신 돌봄 또는 서비스 비용을 주정부에 상환하는 데 사용될 수 있는 기타 모든 이용 가능한 제3자 자원을 신청하는 데 동의해야 합니다.
- 친자 관계를 규명하는 데 CSSD에 협조해야 합니다.
- 가정 및 지역사회 기반 면제(Home and Community Based Waiver) 서비스를 포함한 장기 요양 서비스를 신청하는 경우, 귀하가 받으신 Medicaid 혜택 금액까지 연금에 대해 가질 수 있는 모든 이자에 대해 알래스카주를 잔여액 수혜자로 지정하거나 배우자, 미성년 또는 장애인 자녀 다음 두 번째 잔여액 수혜자로 지정해야 합니다.

알래스카주에서 본인의 재산을 압류해 갈 수 있나요?

Medicaid 혜택을 받은 55세 이상 개인의 유산은 회수 청구의 대상이 될 수 있습니다. 이는 수혜자가 요양원 또는 그 밖의 의료 기관을 비롯한 의료 기관에 있었거나 가정 및 지역사회 기반 서비스를 받고 있었던 동안 받은 서비스에 대한 상환으로 제한됩니다. 제한된 조건에서 알래스카주는 수혜자의 주택에 유치권을 설정할 수 있습니다. 다만, 대부분의 재산 회수는 수혜자 또는 수혜자의 생존 배우자(있는 경우)가 사망한 후 및 수혜자에게 21세 미만의 생존 자녀가 없고 시각장애인이거나 장애가 있는 생존 자녀가 없는 경우에만 수행됩니다.

초과 지급에 대한 책임

공공부조 혜택을 초과 지급받거나 자격 대상이 아닌 서비스를 받으신 경우, 귀하는 재정적으로 초과 지급액 또는 서비스 비용을 알래스카주에 상환할 책임이 있습니다. 이는 보건부(Department of Health) 측의 오류로 서비스에 대한 초과 지급 또는 부적절한 승인이 발생한 경우에도 해당될 수 있습니다. 혜택이나 서비스를 수락함으로써 귀하는 자격 대상이 아닌 혜택이나 서비스 상환에 대한 책임이 발생할 수 있음을 이해하고 이에 동의해야 합니다.

제 권리는 어떻게 보호되나요?

공공부조과는 공공부조 혜택에 대한 자격 여부를 결정하기 위해 Supplemental Nutrition Assistance Program, Alaska Temporary Assistance 또는 Medicaid를 신청하는 각 가구 구성원의 사회보장번호(SSN) 등의 정보를 수집합니다. 공공부조과는 소득 및 수입 인증 시스템(Income and Earnings Verification System, IEVS)을 비롯한 컴퓨터 매칭 프로그램을 통해 해당 정보를 확인할 것입니다. 본 정보는 프로그램 규정 준수를 추적 관찰하고 프로그램 관리에 사용됩니다. 공공부조과는 해당 정보를 공식 조사를 목적으로 하는 다른 연방 및 주정부 기관에, 법망을 피하기 위해 도피하는 자를 체포할 목적으로 하는 법 집행 공무원 및 청구 징수 조치를 위한 사설 청구액 추심 기관에 공개할 수 있습니다. 공공부조과는 미국 이민국(U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS)에 연락하여 가족 구성원의 체류 신분을 확인할 수 있습니다. 해당 기관에서 수집한 정보는 귀하의 자격 및 혜택 수준에 영향을 줄 수 있습니다.

귀하가 혜택을 받고자 하는 각 가구 구성원의 사회보장번호(SSN)를 비롯하여 요청된 정보를 제공하는 것은 귀하의 자발적 의사입니다. 다만, 해당 정보를 제공하지 않을 경우 SSN을 제공하지 않은 각 당사자에 대한 혜택이 거부되게 됩니다. 제공된 모든 SSN은 개인의 자격 여부에 관계없이 동일한 방식으로 사용 및 공개됩니다. 혜택을 받고자 하나 사회보장번호가 없는 경우, 공공부조과에서 사회보장번호 신청에 관해 도움을 드릴 수 있습니다.

귀하가 지원 신청서에 서명하고 Medicaid 또는 만성 및 급성 의료지원을 이용하는 경우, 의료 기록 및 귀하 본인과 귀하가 신청하는 그 밖의 다른 당사자에 대한 정보를 보건부(Department of Health, DOH)에 공개하는 데 동의하는 것입니다. 요청 시 의료 기록 및 정보를 갖고 있거나 그러한 기록을 보관하고 있는 자는 해당 기록을 소관 부서 또는 부서 담당자에게 공개해야 합니다.

이 페이지를 읽고 보관하십시오.

DOH가 귀하에 대해 가질 수 있는 건강(DOH) 또는 의료 정보는 1996년 건강보험의 양도 및 책임에 관한 법률(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)에 따라 보호됩니다. 본 연방법은 귀하의 건강 정보가 사용 및 공개되는 방식에 대한 특정 권리를 제공합니다. 이 법에 따르면 귀하는 DOH가 귀하의 건강 정보를 사용한 방식, DOH가 DOH 이외 외부에 귀하의 건강 정보를 공개한 방식을 알 수 있습니다. 또한 이 법률은 귀하에 관한 정보 공개를 공개 목적에 필요한 최소한의 범위로 제한하고 귀하가 본인의 건강 기록을 검토 및 그 사본을 입수하고 해당 기록에 대한 수정을 요청할 수 있도록 허용합니다.

개인정보 보호관행 고지(Notice of Privacy Practices)의 전자 사본은 <https://health.alaska.gov/fms/Documents/DOH-Notice-of-Privacy-Practices.pdf>에서 확인하거나 다음 주소로 이메일이나 우편으로 인쇄본을 요청하실 수 있습니다. 이메일: privacyofficial@alaska.gov 또는 우편: State of Alaska, DOH Privacy Official, P.O. Box 110650, Juneau, Alaska 99811-0650

연방 인권법 및 미농무부(U.S. Department of Agriculture, USDA) 인권 규정 및 정책에 따라, USDA, 그 기관, 사무소 및 직원 그리고 USDA 프로그램에 참여하거나 이를 관리하는 기관은 인종, 피부색, 출신 국가, 성별(성 정체성 및 성적 지향 포함), 종교적 신념, 장애, 연령, 정치적 신념 또는 이전 인권 활동에 대한 보복 또는 앙갚음을 근거로 USDA가 수행하거나 자금을 지원하는 모든 프로그램 또는 활동에서 차별하는 것이 금지됩니다. 미보건복지부(Department of Health and Human Services, HHS)의 연방 재정 지원을 받는 프로그램(예: Temporary Assistance for Needy Families(빈곤 가정을 위한 임시 지원, TANF)) 및 HHS가 직접 운영하는 프로그램은 연방 인권법 및 HHS 규정에 따라 차별을 금지합니다.

USDA는 Supplemental Nutrition Assistance Program(SNAP), Food Distribution Program on Indian Reservations(인디언 보호구역에 대한 식량 배급 프로그램, FDIPIR) 등 다양한 식량 안정 및 기아 감소 프로그램에 대해 연방 재정 지원을 제공합니다. 차별에 대한 불만을 제기하려면 프로그램 차별 불만 양식(AD-3027)(온라인: 불만 제기 방법 및 USDA 사무소)을 작성하거나 또는 USDA 주소로 서신을 작성하여 양식에서 요청하는 모든 정보를 서신에 제공하십시오. 이의제기 양식 사본을 요청하려면 (866) 632-9992로 전화하시기 바랍니다. 작성한 양식이나 서신을 USDA 앞으로 다음과 같이 제출해 주십시오.

1. 우편: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314 또는
2. 팩스: (833) 256-1665 또는 (202) 690-7442 또는
3. 전화: (833) 620-1071 또는
4. 이메일: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

SNAP 문제와 관련해 기타 정보가 필요한 경우, USDA SNAP 핫라인 번호 (800) 221-5689(스페인어로도 제공), 또는 주 정보/핫라인 번호(주 별 핫라인 번호 목록을 보시려면 링크 클릭)로 전화해 주십시오. 온라인 SNAP 핫라인에서도 확인하실 수 있습니다.

HHS는 TANF, Head Start(헤드 스타트), Low Income Home Energy Assistance Program(저소득 가정 에너지 지원 프로그램, LIHEAP) 등 건강과 복지를 증진하기 위해 여러 프로그램에 대해 연방 재정 지원을 제공합니다. HHS가 직접 운영하거나 HHS가 연방 재정을 지원하는 프로그램 또는 활동에서 인종, 피부색, 출신 국가, 장애, 나이, 성별(임신, 성적 지향, 성 정체성 포함), 또는 종교를 근거로 차별을 받았다고 생각되면 본인 또는 다른 사람을 위해 민권사무소(Office for Civil Rights, OCR)에 불만을 제기하실 수 있습니다.

HHS를 통해 연방 재정 지원을 받는 프로그램과 관련해 본인 또는 다른 사람을 위해 차별에 대한 불만을 제기하려면 OCR의 불만 포털(<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>)에서 온라인으로 양식을 작성하십시오. 또한 다음 주소로 우편을 통해 OCR에 연락하실 수 있습니다. Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, 팩스: (202) 619-3818 또는 이메일: OCRmail@hhs.gov. 신속한 처리를 위해 우편으로 불만을 제기하는 것보다 OCR 온라인 포털을 통해 불만 사항을 제출하시는 것이 좋습니다. 민권 불만 사항을 제기하는 데 도움이 필요하신 분은 OCR에 이메일(OCRMail@hhs.gov) 또는 OCR 무료 전화(1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697)로 문의하실 수 있습니다. 청각 장애 또는 언어 장애가 있으신 경우, 7-1-1로 전화해 통신중계 서비스를 이용하시기 바랍니다. 또한 불만 제기를 위해 대체 형식(예: 점자, 큰 활자 등), 보조 도구 및 언어 지원 서비스도 무료로 제공해 드립니다. 본 기관은 기회 균등 제공 기관입니다.

공개

본 신청서에서 서명함으로써 귀하는 연방정부 운영 마켓플레이스(Federally Facilitated Marketplace), 보건부(Department of Health), 그 대리인 및 법무부(Department of Law)에 귀하의 건강, 재정, 가족 및 개인 이력에 대한 정보를 요청할 수 있는 권한을 부여합니다. 본 정보는 공공부조 프로그램에 대한 귀하의 자격 여부를 결정하는 데 사용될 수 있으며, 사기 조사가 시작된 경우 귀하의 혜택 자격에 대한 행정 또는 범죄 조사에 사용될 수 있습니다. 귀하의 정보는 법률에서 요구하는 경우를 제외하고는 다른 사유로 또는 연방정부 운영 마켓플레이스, 보건부 또는 그 대리인 이외 다른 해당인이나 기관에 공개되지 않습니다. 정보 공개는 귀하가 공공부조의 신청자 또는 수혜자인 동안 및 귀하의 자격 및 혜택 수령에 대한 추후 조사를 위해 유효합니다.

당국은 당국의 전자 데이터베이스 및 국세청(Internal Revenue Service, IRS), 사회보장국(Social Security), 국토안보부(Department of Homeland Security) 및/또는 소비자 보고 기관에 있는 데이터베이스의 정보를 이용하여 귀하의 답변을 확인하게 됩니다. 정보가 일치하지 않을 경우 귀하에게 증빙 자료 제출을 요청할 수 있습니다. 또한 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 다른 해당인이나 조직에 연락할 수도 있습니다: 알래스카 주택금융공사(Alaska Housing Finance Corporation), 어류 수렵부(Department of Fish and Game), 노동부(Department of Labor), 법무부(Department of Law), 군인 및 재향군인 업무부(Department of Military and Veterans Affairs), 공공 안전부(Department of Public Safety), 조세국(Department of Revenue), 미국 이민국(U.S. Citizenship and Immigration Services), 고용주, 금융 기관, 임대인, 지방 정부, 원주민 기업(Native Corporation), 개인, 공공부조 프로그램 계약자 및 수혜자, 학교 당국, 사회보장국(Social Security Administration), 증권 중개사 및 세무사. 당국은 공공부조 서비스에 대한 귀하의 자격 여부 및 귀하가 신청하기로 선택한 경우 의료보험비 납부 지원 자격 여부를 확인하기 위해 본 정보가 필요합니다. 또한, 본 공개를 통해 수집한 정보는 귀하에 대한 행정 소송에서 보건부 및/또는 귀하에 대한 형사 소송에서 법무부에서 사용할 수 있습니다.

이 페이지를 읽고 보관하십시오.

규칙을 준수하지 않을 경우 어떻게 되나요?

귀하가 자격 대상이 아닌 공공부조 혜택을 받거나 이를 받기 위해 시도하거나 자격이 없는 타인이 혜택을 받도록 도움을 주기 위해 의도적으로 허위의, 부정확하거나 불완전한 정보를 제공하는 경우 기소될 수 있습니다. 부당하게 수령하는 모든 혜택은 상환해야 합니다.

Supplemental Nutrition Assistance Program(보충영양지원프로그램, SNAP)	
<p>본인이 다음의 행위를 하는 경우 이를 이해합니다. 7 CFR 273.16에 규정된 보충영양지원 프로그램의 의도적인 프로그램 위반 또는 다음 중 하나를 저지르는 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> 정보를 숨기거나 허위 진술을 하는 경우 타인 소유의 전자복지(EBT) 카드를 사용하는 경우 SNAP 혜택을 사용하여 주류 또는 담배를 구입하는 경우 혜택 또는 EBT 카드를 거래 또는 판매하는 경우 	<p>본인에게 다음이 초래될 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1차 위반 시 12개월 동안 SNAP 혜택을 상실하고 본인에게 초과 지급된 모든 혜택을 상환해야 할 수 있습니다. 2차 위반 시 24개월 동안 SNAP 혜택을 상실하고 본인에게 초과 지급된 모든 혜택을 상환해야 할 수 있습니다. 3차 위반 시 영구적으로 SNAP 혜택을 상실하고 본인에게 초과 지급된 모든 혜택을 상환해야 할 수 있습니다. 최대 \$250,000.00의 벌금형 또는 최대 징역 20년 또는 둘 다 선고 받을 수 있습니다.
<ul style="list-style-type: none"> 약물 등 규제 물질에 대해 SNAP 혜택을 거래하는 경우 	<ul style="list-style-type: none"> 1차 위반 시 24개월 동안 SNAP 혜택을 상실할 수 있습니다. 2차 위반 시 영구적으로 SNAP 혜택을 상실할 수 있습니다.
<ul style="list-style-type: none"> 추가 혜택을 받기 위해 본인의 신원 및 본인의 거주지에 대해 잘못된 정보를 제공한 경우 	<ul style="list-style-type: none"> 각 위반 시 10년 동안 SNAP 혜택을 상실할 수 있습니다.
<ul style="list-style-type: none"> \$500 이상 상당의 SNAP 혜택을 거래 또는 판매하거나 SNAP 혜택을 총기, 탄약 또는 폭발물로 거래한 혐의로 유죄 판결을 받은 경우 	<ul style="list-style-type: none"> 영구적으로 SNAP 혜택 수혜가 금지될 수 있습니다.
Alaska Temporary Assistance Program(알래스카 임시 지원 프로그램, ATAP)	
<p>본인이 다음의 행위를 하는 경우 이를 이해합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 의도적인 프로그램 위반을 저지르거나 사기로 유죄 판결을 받은 경우 추가 혜택을 받기 위해 본인의 신원 및 본인의 거주지에 대해 잘못된 정보를 제공한 경우 바, 주류 판매점, 도박장 또는 성인 유흥 시설에서 본인의 ATAP 현금 혜택을 사용하거나 ATM에서 현금 혜택을 이용한 경우 	<p>본인에게 다음이 초래될 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1차 위반 시 6개월 동안 혜택을 상실할 수 있습니다. 2차 위반 시 12개월 동안 혜택을 상실할 수 있습니다. 3차 위반 시 영구적으로 혜택을 상실할 수 있습니다. 다른 처벌도 적용될 수 있으며 본인은 형사 고발 대상이 될 수 있습니다. 초과 지급된 경우 받은 금액을 상환해야 합니다.
Medicaid 프로그램	
<p>본인이 다음의 행위를 하는 경우 이를 이해합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicaid 혜택의 오용 또는 남용을 초래하는 의도적인 프로그램 위반 또는 프로그램 남용을 저지르거나 Medicaid 혜택과 관련된 위법 행위로 유죄 판결을 받은 경우 AS 47.05.210에 따른 의료지원 사기를 저지른 경우 	<p>본인에게 다음이 초래될 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 본인 또는 가구 구성원이 수령한 Medicaid 서비스 금액을 상환해야 할 수 있습니다. 최대 10년 동안 Medicaid에서 제외될 수 있습니다. 최대 \$25,000의 벌금을 내야 하며 형사 기소에 처할 수 있습니다.

이 페이지를 읽고 보관하십시오.