

건강 보험 정보

DCSS 0054 (Korean) (04/27/05)

카운티:

전화:

LCSA 사례 번호:

비양육 부모:

이름(이름, 중간 이름, 성, 접미사)	본인은 <input type="checkbox"/> 양육 당사자 <input type="checkbox"/> 비양육 부모 <input type="checkbox"/> 고용주
주소(거리)	시, 주, 우편번호
전화	사회 보장 번호
고용주(이름, 주소, 시, 주, 우편번호, 전화번호)	

지참: **비양육 부모 또는 고등주가 건강 보험을 제공하거나 이용할 수 있는 경우 섹션 I을 작성하세요. 섹션 II는 다른 부모의 보험에 관한 내용입니다. 고등주는 섹션 I과 III만 작성합니다. 작성된 양식에 서명하고 날짜를 기입하세요.**

섹션 I: 귀하의 건강 보험

건강 보험:						
현재 건강 보험에 가입되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예인 경우 다음을 작성해 주세요.						
건강 보험 회사 또는 노동 조합(노동 조합 지역 번호를 제공하세요)				제공자:		
				<input type="checkbox"/> 양육 당사자 <input type="checkbox"/> 고용주	<input type="checkbox"/> 비양육 부모 <input type="checkbox"/> 기타: 관계:	
보험 회사 주소: 주소, 아파트 번호 또는 유닛 번호 (청구서가 우편으로 발송되는 주소)					전화 번호 (지역 번호 포함)	
시 주 우편번호			보험 증서 번호			
보험료 금액 \$		하나에 체크하세요: <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 반월				
귀하가 지불하는 금액 \$		하나에 체크하세요: <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 반월				
고용주가 지불하는 금액 \$		하나에 체크하세요: <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 반월				
직원의 건강 보험 부분에 적용되는 공제 금액 \$		부양가족의 건강보험 부분에 적용되는 공제 금액 \$			자녀를 추가할때 드는 비용 \$	
현재 건강보험에 가입되어 있는 부양 가족						
이름(이름, 중간 이름 , 성)	사회 보장 번호	성별	생년월일	증서 번호	시작 날짜	종료 날짜
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
<input type="checkbox"/> 귀하의 건강보험에 가입된 추가 부양가족의 이름과 보험 증서 번호가 별도의 용지에 기재되어 있는 경우 이 확인란을 체크해 주세요. 별도의 용지를 첨부해 주세요. <input type="checkbox"/> 부양 가족에게는 제공되지 않습니다						

이 보험 증서는 다음을 보장합니다: (해당 항목 모두에 체크하세요)

- ☐ 의사 방문 ☐ 메디케어 보충 보험 ☐ 특정 질병 ☐ 처방약
- ☐ 장기 요양 ☐ 병원 입원 ☐ 병원 외래 환자 ☐ 기타(구체적으로 명시):
(예: 피 검사, 물리 치료)

치과 보험:

현재 치과 보험에 가입하셨나요? ☐ 예 ☐ 아니요 예인 경우 다음을 작성해 주세요.

치과 보험 회사

치과 보험 회사 주소: 주소, 아파트 번호 또는 동호수(청구서가 우편으로 발송되는 주소)

시	주	우편번호	보험 증서 번호
보험료 금액 \$		하나에 체크하세요: <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 반월	
귀하가 지불하는 금액 \$		하나에 체크하세요: <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 반월	
고용주가 지불하는 금액 \$		하나에 체크하세요: <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 반월	
직원의 건강 보험 부분에 적용되는 공제 금액 \$		부양가족의 건강 보험 부분에 적용되는 공제 금액 \$	자녀를 추가할 때 드는 비용 \$

치과 보험에 가입된 부양가족(들)

이름(이름, 중간 이름, 성)	사회 보장 번호	성별	생년월일	증서 번호	시작 날짜	종료 날짜
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

☐ 귀하의 치과 보험에 가입된 추가 부양가족의 이름과 보험 증서 번호가 별도의 종이에 기재되어 있는 경우 이 확인란을 체크해 주세요. 별도의 용지를 첨부해 주세요.

☐ 부양 가족에게는 제공되지 않습니다

안과 보험:

현재 안과 보험에 가입되어 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요 '예'인 경우, 다음을 작성해 주세요.

안과 보험 회사

안과 보험 회사 주소: 주소, 아파트 번호 또는 동호수(청구서가 우편으로 발송되는 주소)

시	주	우편번호	보험 증서 번호
보험료 금액 \$		하나에 체크하세요: <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 반월	
귀하가 지불하는 금액 \$		하나에 체크하세요: <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 반월	
고용주가 지불하는 금액 \$		하나에 체크하세요: <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 반월	
직원의 건강 보험 부분에 적용되는 공제 금액 \$		부양가족의 건강 보험 부분에 적용되는 공제 금액 \$	자녀를 추가할 때 드는 비용 \$

안과 보험에 가입된 부양가족(들)

이름(이름, 중간 이름, 성)	사회 보장 번호	성별	생년월일	증서 번호	시작 날짜	종료 날짜
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

☐ 귀하의 안과 보험에 가입된 추가 부양가족의 이름과 보험 번호가 별도의 용지에 기재되어 있는 경우 이 확인란을 체크해 주세요. 별도의 용지를 첨부해 주세요.

☐ 부양 가족에게는 제공되지 않습니다

섹션 II: 다른 부모의 보험

건강 보험:

다른 부모가 현재 자녀 또는 귀하를 위해 건강보험을 제공하고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'예'인 경우 다음 정보를 작성해 주세요.

건강 보험 회사

건강 보험 회사 주소: 주소, 아파트 번호 또는 동호수(청구서가 우편으로 발송되는 주소)

시

주

우편번호

치과 보험:

다른 부모가 현재 자녀 또는 귀하를 위해 치과 보험을 제공하고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'예'인 경우 다음 정보를 작성해 주세요.

치과 보험 회사

치과 보험 회사 주소: 주소, 아파트 번호 또는 동호수(청구서가 우편으로 발송되는 주소)

시

주

우편번호

안과 보험:

다른 부모가 현재 자녀 또는 귀하를 위해 안과 보험을 제공하고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
'예'인 경우 다음 정보를 작성해 주세요.

안과 보험 회사

안과 보험 회사 주소: 주소, 아파트 번호 또는 동호수(청구서가 우편으로 발송되는 주소)

시

주

우편번호

섹션 III: (반드시 작성해야 합니다)

☐ 본인은 자녀(들)의 보험 카드/보험에 관한 정보를 동봉했습니다.

☐ 현재 본인은 자녀(들)의 보험 카드/보험에 대한 정보가 없습니다. 보험 회사로부터 정보를 받으면 보내드리겠습니다.

☐ 현재로서는 이용 가능한 건강보험 보장이 없습니다. 본인은 건강 보험이 제공될 경우, 본인의 자녀(들)를 해당 보험에 추가하고 지역 아동 양육비 기관에 해당 보장 내용을 알려야 한다는 것을 이해합니다. 보험 보장이 불가능한 이유:

☐ 제공되지 않음 ☐ 계절직 ☐ 파트타임 ☐ 가입 거부됨 ☐ 비용이 부담됨 ☐ 수습 기간/가입 가능 날짜

개인정보 보호 성명

1997년 정보 관행법(민법 1798.17조) 및 1974년 연방 개인정보 보호법(공법 93-579)은 개인으로부터 개인정보를 수집할 때 이 고지를 제공하도록 규정하고 있습니다. 사회보장번호를 포함하여 이 양식에 요청된 정보는 아동양육비서비스국(DCSS)에서 귀하의 신원 확인 및 의사소통을 위해 사용됩니다. DCSS는 사회보장법 466조 (a)(13)에 따라 이혼 판결, 부양 명령, 친자 관계 결정 또는 인정의 대상이 되는 모든 개인의 사회보장번호를 수집해야 합니다.

사회보장번호 정보는 필수이며, 자녀 지원 의무의 설정, 수정 및 이행을 위한 목적으로 개인 및 자산을 찾고 식별하기 위해 지역 양육비 기관에 보관됩니다. 자녀를 건강 보험에 가입시키려면 자녀의 사회보장번호와 우편 주소를 다른 부모의 고용주에게 제공하거나 자녀의 사회보장번호를 다른 부모에게 제공해야 할 수도 있습니다.

귀하의 사례에 대한 정보는 주정부, 합법적으로 이러한 정보를 받을 수 있는 주 및 기타 기관, 그리고 법이 요구하는 범위 내에서 다른 부모 또는 그의/그녀의 변호사와 논의되거나 제공될 수 있습니다.

서명

날짜

정자체 이름

전화(지역 번호 포함)

직함