

제한 소득 신규 적격 전환(LI NET) 프로그램 가입 신청서

제한 소득 신규 적격 전환 (Limited Income Newly Eligible Transition, LI NET) 프로그램이란 무엇인가요?

LI NET 은 저소득 보조금(LIS)이나 "추가 지원"을 받을 자격은 있지만 처방약 보장은 없는 Medicare 가입자에게 일시적으로 처방약 보험 보장을 제공하는 Medicare 프로그램입니다.

이 양식을 작성하여 본 프로그램에 가입

- 섹션 1 을 작성하고 인정되는 증빙 서류 목록에 있는 서류 중 하나를 첨부하십시오.
- 우편 <LI NET sponsor address>, 팩스 <LI NET sponsor fax number> 또는 이메일 <LI NET sponsor email address>(으)로 정보를 보내주십시오.

어떤 경우에 이 양식을 사용하나요?

다음 방법을 통해 등록하지 않은 경우, 본 양식을 사용하십시오.

- Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)를 통한 자동 등록
- 약국에서 판매 지점(POS) 등록
- 본인 부담으로 지불한 처방약에 대한 직접 환급 요청

이 양식을 작성하려면 무엇이 필요한가요?

- Medicare 번호(빨간색, 흰색, 파란색의 Medicare 카드에 기재된 번호)
- 본인 주소* 및 전화번호

다음은 어떻게 진행되나요?

가입이 처리되면, 정보와 지침이 담긴 환영 서신을 받게 됩니다.

양식 작성에 도움이 필요한 경우

LI NET 헬프데스크에 <LI NET sponsor phone number>번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 <phone number/TTY>에 전화할 수 있습니다.

온라인(<LI NET sponsor website>)에서 확인하거나 또는 Medicare 에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화할 수 있습니다.

En español: Llame a <LI NET sponsor name> al <phone number/TTY> o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

노숙 생활을 하고 있는 경우

- *LINET 에 가입하고 싶지만 고정된 거주지가 없는 경우, 우체국 사서함, 임시 주소 또는 클리닉이나 우편물(예: 사회보장 수표)을 받는 주소를 고정 거주지로 등록할 수 있습니다.

PRA 공개 설명

Medicare 및 Medicaid 서비스센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)는 수혜자 가입을 추적하고, 치료를 개선하며, Medicare 혜택 지불을 위해 Medicare 후원자로부터 정보를 수집합니다. 사회보장법 섹션 1860D-1 및 42 CFR §§ 423.30 및 423.32 는 해당 정보 수집을 승인합니다. CMS 는 시스템 기록 고지(SORN) "Medicare Advantage 처방약(MARx)" 시스템 번호 09-70-0588 에 명시된 대로 Medicare 수혜자로부터 수집한 가입 정보를 사용, 공개 및 교환할 수 있습니다. 본 양식에 대한 귀하의 응답은 자발적으로 이루어집니다. 단, 응답을 하지 않을 경우 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다. 1974 년 개인정보보호법(Privacy Act)에 따라 수집된 모든 개인 식별 정보는 법이 허용하는 범위 내에서 비밀로 유지됩니다.

1995 년 문서감축법(Paperwork Reduction Act)에 따르면 유효한 OMB 관리 번호가 표시되지 않은 정보 수집에는 응답할 필요가 없습니다. 본 정보 수집의 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1441 입니다. 본 정보 수집을 완료하는 데 필요한 시간은 지침 검토, 기존 자료 리소스 검색, 필요한 자료 수집, 정보 수집 완료 및 검토 시간을 포함하여 응답 당 15 분 정도로 예상됩니다. 예상 소요 시간의 정확성에 대해 의견이 있거나 본 양식을 개선하기 위한 제안이 있는 경우 다음 주소로 보내주시기 바랍니다. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

신청서, 청구서, 지불금, 의료 기록이나 민감한 정보가 담긴 문서를 PRA 승인 사무소로 보내지 마십시오. 이 양식에 기재된 관련 OMB 관리 번호로 승인된 정보 수집 작업과 연관이 없는 서신은 검토, 전달 또는 보관되지 않는다는 점에 유의하시기 바랍니다. 문서 제출처에 관한 질문이나 우려가 있으시면 이 페이지의 "양식 작성에 도움이 필요한 경우"를 참조하여 작성한 양식을 LI NET 후원자에게 보내시기 바랍니다.

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--------------------|--|-------|--|
| 섹션 1 | | | | | | | |
| 이름: | | 성: | | 중간 이름(선택 사항) | | | |
| 생년월일: (MM/DD/YYYY) (/ /) | | 성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 | | 전화번호: () | | | |
| 고정 거주지 거리 주소 (사서함 번호는 기재하지 않음. 참고: 노숙자의 경우 사서함이 고정 주소로 간주될 수 있음): | | | | | | | |
| 시: | | 카운티(선택 사항): | | 주: | | 우편번호: | |
| 우편 주소(고정 주소와 다른 경우, 사서함 주소도 허용됨): 거리 주소: | | | | | | | |
| 시: | | | | 주: | | 우편번호: | |
| Medicare 정보: | | | | | | | |
| Medicare 번호: - - - - - | | | | | | | |
| 정보 제출자: <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 간병인/환자 옹호인 <input type="checkbox"/> 기타 | | | | | | | |
| 이름(Medicare 가입자가 아닌 경우) | | | | | | | |
| 전화번호: () | | | | | | | |
| 중요: 다음 내용을 읽고 서명해 주십시오. | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none">본인은 LI NET 프로그램 혜택을 계속 받으려면 병원(파트 A) 또는 의료(파트 B)를 유지해야 합니다.LI NET 프로그램에 가입함으로써, 본인은 LI NET 이 본인에 대한 정보를 Medicare 와 공유할 것임을 인정합니다. Medicare 는 해당 정보를 사용하여 본인의 보험 가입 여부를 추적하고, 해당 비용을 지급하고, 해당 정보 수집을 승인하는 연방법에 의해 허용되는 기타 목적으로 사용할 수 있습니다(상기의 PRA 공개 성명 참조). 본 양식에 대한 귀하의 응답은 자발적입니다. 단, 응답하지 않을 경우 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.본인이 아는 범위에서 본 가입 양식에 기재한 정보는 정확합니다.본인은 본 신청서에 서명(또는 본인을 대신할 법적 권한이 있는 사람의 서명)함으로써, 본 신청서의 내용을 읽고 이해한 것으로 간주됨을 인정합니다. 앞서 설명한 바와 같이 권한을 부여 받은 대리인이 서명한 경우 해당 서명은 다음과 같은 사실을 증명합니다.<ul style="list-style-type: none">1) 해당 개인은 주법에 따라 본 신청서를 작성할 수 있는 권한을 부여받았습니다. 그리고2) 해당 권한에 대한 문서 기록은 Medicare 의 요청 시 제공됩니다. | | | | | | | |
| 서명: | | | | 오늘 날짜: | | | |
| 권한을 부여 받은 대리인인 경우, 상기에 서명하고 다음 필드를 작성하십시오. | | | | | | | |
| 이름: | | | | 주소: | | | |
| 전화번호: | | | | 가입자와의 관계: | | | |

(A) Medicaid 카드 사본

(B) 저소득 보조금(LIS) 또는 "추가 지원" 상태를 나타내는 주 또는 사회보장국(State or Social Security Administration)으로부터 받은 서신

(C) Medicaid 보장을 확인하기 위해 주 Medicaid 기관에 전화한 날짜, Medicaid 기간을 확인한 주정부 직원의 이름과 전화번호, 전화로 Medicaid 자격을 확인 받은 날짜

(D) Medicaid 자격이 유효함을 확인할 수 있는 주정부 문서 사본

(E) Medicaid 자격 상태를 보여주는 주정부 Medicaid 시스템의 화면 인쇄물

(F) 약국에서 Medicaid 에 청구하고 Medicaid 로부터 청구 비용을 지급받았음을 증명하는 서류

(G) 생활보조금(SSI)과 같은 기타 혜택에 대한 등록 서류

섹션 2 (선택 사항)

다음 질문에 답하는 것은 귀하의 선택입니다. 문항에 답하지 않았다고 해서 보장을 거부당할 수 없습니다

영어 이외의 언어로 정보를 받고 싶으신 경우 아래에서 언어를 선택하십시오.

☐ *[LI NET sponsor to insert the languages required in its service area.]*

이용 가능한 형식으로 정보를 받고 싶으신 경우 하나를 선택하십시오

☐ 점자 ☐ 큰 활자체 ☐ 오디오 CD ☐ 테이터 CD

위에 기재된 형식 외에 이용 가능한 형식의 정보가 필요한 경우 <LI NET sponsor name>에 <LI NET sponsor phone number>번으로 문의하시기 바랍니다. 운영 시간은 <LI NET sponsor's days and hours of operation>입니다. TTY 사용자는 <TTY number>번으로 전화할 수 있습니다.

이메일로 다음 자료를 받고 싶습니다. 하나 이상을 선택하십시오.

☐ *[LI NET sponsor may list those types or categories of materials that are available for electronic delivery]*

이메일 주소: