

G9977 08/18 19F-ENR006K0 H5425-SCAN_7029_2012_KO CMS Approved 08062012 DHCS Approved 04242012

사회보장번호(SSN) (필수 항목)												생년월일 / /	<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성
수혜자 이름: 성	이름										중간 철자		
집 주소												아파트 호수	
시							주						우편번호
카운티							전화번호 ()						발효 일자

Medi-Cal 정보

Medi-Cal ID 번호를 기입하십시오																			
발행 일자			/			/													
	월	월	일	일	년	년	년	년											

본인은 본인 거주 카운티가 Medi-Cal 상태 관련 본인 정보를 SCAN 보장 결정 목적으로 또는 자격 유지 목적으로 직무를 하는 SCAN Health Plan, 카운티, 주정부 또는 연방정부 직원에게 공개하는 것을 허락합니다. 본인은 법적으로 이러한 공개를 반드시 허가해야 할 의무는 없으나 허가하지 않는 경우, SCAN Medicare/Medi-Cal 플랜 가입 자격을 얻지 못하게 됨을 이해합니다. 본인은 허가가 서명일로부터 1년이 지나면 만료가 됨을 이해합니다. 본인은 SCAN Health Plan에 가입하고 SCAN이 본인의 Medi-Cal 혜택을 제공하며 그렇기 때문에 의료 서비스를 SCAN을 통해 받을 수 있다는 것을 이해합니다. 본인은 Medi-Cal 자격을 잃거나 자발적으로 탈퇴하지 않는 경우라면 Medi-Cal이 SCAN에 할당되며, 탈퇴 시 SCAN Health Plan에서 본인의 Medi-Cal을 해지하는데 보건복지부(Department of Health Care Services)에서 15-45일이 소요될 수 있음을 이해합니다.

ID 번호



ID No. 01234567A96144
 JOHN Q RECIPIENT
 M 05 20 1991 Issue Date 05 24 16

생년월일 발행 일자

FOR OFFICE USE ONLY				
	County Code	Aid Code		

현재 다음 중 어느 프로그램에 가입되어 있습니까?

- | | |
|---|---|
| 1. 간호 시설 급성 병원(Nursing Facility Acute Hospital, NF/AH) 면제 프로그램? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 2. 다목적 시니어 서비스 프로그램(Multipurpose Senior Services Program, MSSP)? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 3. 재택 활동(In-Home Operations, IHO)? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 4. 지원 거주 면제 시범 프로젝트(Assisted Living Waiver Pilot Project, ALWPP)? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 5. 재택 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS)? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |

주정부의 규정에 따라 상기 프로그램 중 어느 하나에라도 가입되어 있는 경우, SCAN Health Plan을 통한 Medi-Cal 가입 전에 이러한 프로그램에서 먼저 탈퇴해야 합니다.

- 중요 정보 — 다음 사항을 읽어 주십시오.**
- 본인은 상기 프로그램이 제공하는 서비스를 받기로 선택하는 경우, SCAN Health Plan에서 제공하는 Medi-Cal로부터 반드시 탈퇴해야 함을 이해합니다.
 - 본인을 가입시켰던 분이 자신의 이름을 알려 주었으며 자신의 SCAN ID 배지를 보여준 사람은 자신이 SCAN 소속 직원이라고 밝혔습니다.
 - 본인은 **SCAN** 혜택에 대한 완전한 서면 정보를 받았으며 **SCAN** 계약 서비스 제공자만을 이용해야 함을 이해합니다. SCAN에 가입하는 경우 현재 이용 중인 의사는 플랜에 속한 의사가 아니라면 더 이상 이용할 수 없게 됩니다.
 - 가입은 처리가 완료되기 전까지는 발효되지 않습니다.
 - 본인이 현재 다른 HMO의 수혜자인 경우 **SCAN** 가입의 확정 날짜까지는 현재의 **HMO**를 통해 의료 서비스를 받을 것입니다.
 - 가입 시 SCAN에서 특별 ID 카드를 받게 됩니다. 가입 발효 일자로 7일 내에 보장 증명서 및 공개 정보를 받게 됩니다.
 - SCAN의 승인 서비스 지역은 보장 증명서에 우편 번호로 나타납니다. 서비스 지역에서 이사를 나갈 경우, SCAN에 알려야 하며 그렇게 되면 탈퇴 처리됩니다.
 - 문제가 있거나 SCAN Health Plan으로부터 받는 서비스 이용과 관련하여 불만사항이 있는 경우, 언제든지 개인 지원 전화(PAL)를 통해 1-866-722-6725(1-866-SCAN-PAL)으로 연락할 수 있습니다. TTY 사용자는 711번으로 연락해 주십시오. 업무 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지의 기간에는 주 7일 오전 8시-오후 8시이며 4월 1일부터 9월 30일까지의 기간에는 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시입니다.
 - SCAN에서 본인의 요구 사항을 파악하기 위해 집으로 설문지를 보낼 것입니다. 모든 정보는 기밀로 처리되며 보고 결과에는 실명이 나타나지 않습니다.
 - 언제든 원하면 SCAN에 연락하여 탈퇴하실 수 있습니다. 전화로 탈퇴 신청서를 우편으로 보내달라고 요청하실 수 있습니다. 탈퇴를 위해 본인이 출석하지 않아도 됩니다.
 - 본인은 이 양식 사본을 SCAN 담당자로부터 받았으며 본 계약 조항에 동의하는 바입니다.

서명

본인이 이 양식에 서명하고 이해의 진술(내용 기입)을 하는 것은 이 양식 전체 내용을 읽고 이해했음을 인정하는 것입니다.

여기에 서명해 주십시오* _____ 날짜 _____

*수혜자의 이 양식 작성을 누군가가 도왔다면 해당인은 여기에 서명해야 합니다.

서명 _____ 날짜 _____

수혜 신청인과의 관계 _____

* 수혜 신청인이 서명할 수 없는 경우, 법원에서 지정한 법적 보호자 또는 서면 사전 지시에서 지정된 피지명인 (주 법률에서 허가되는 경우)이 반드시 아래에 서명해야 합니다. 법적 보호자의 증거 사본, 서면 사전 지시 또는 주 법률 허가 증명을 첨부하십시오.

서명 _____ 날짜 _____

OFFICE USE ONLY	NAME OF STAFF MEMBER (if assisted in enrollment)	REP. CODE
	EFFECTIVE DATE OF COVERAGE / /	ICEP/IEP: _____ SEP (type): _____ AEP: _____ Not Eligible: _____

SCAN Health Plan은 적용되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 여부 또는 성별에 따라 차별을 하지 않습니다. SCAN Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. SCAN Health Plan 遵守適用的聯邦民權法律規定, 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人. 주의: 영어 외의 언어를 사용하시는 분은 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-722-6725 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-722-6725 (TTY: 711). 注意: 如果您使用中文, 您可以免費獲得語言援助服務. 請致電 1-866-722-6725 (聽障專線: 711)。