

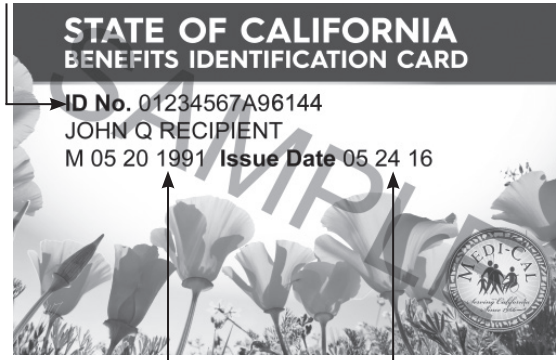
발호 일자	생년월일 / /	<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성
수혜자 이름: 성	이름	중간 이니셜
집 주소	아파트 호수	
시	주	우편번호
카운티	전화번호 ( )	

**Medi-Cal 정보**

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

본인의 거주 카운티가 Medi-Cal 상태 관련 본인 정보를 SCAN 보장 결정 목적으로 또는 자격 유지 목적으로 직무상 필요로 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 SCAN 이 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 해지하는 데 보건복지부(Department of Health Care Services)에서 15-45 일이 소요될 수 있음을 이해합니다.

ID 번호



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

↑ 생년월일 ↑ 발행 일자 ↑

사무소 전용란					
	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.**

- 저는 상기 프로그램이 제공하는 서비스를 받기로 선택하는 경우, SCAN Health Plan에서 제공하는 Medi-Cal로부터 반드시 탈퇴해야 함을 이해합니다.
- 저를 가입시켰고, 저에게 자신의 이름을 알려 주었으며 SCAN ID 배지를 보여준 사람은 자신이 SCAN Health Plan의 담당자라고 밝혔습니다.
- 1) 저는 SCAN 혜택에 관한 정보를 받았습니다.  
2) 저는 다음 사항을 이해하였습니다 - **저는 SCAN 계약 서비스 제공자만 이용할 수 있습니다.** SCAN에 가입하는 경우 현재 이용 중인 의사가 SCAN Health Plan과 계약된 경우가 아닌 한 더 이상 이용할 수 없게 됩니다.
- 가입은 처리가 완료되기 전까지는 발효되지 않습니다.
- 본인이 현재 다른 HMO의 수혜자인 경우 **SCAN 가입의 확정 날짜까지는 현재의 HMO를 통해 의료 서비스를 받을 것입니다.**
- 보장 증명서(Evidence of Coverage)의 출력본 또는 전자 사본을 입수하는 방법에 대한 지침을 SCAN으로부터 가입 발효 일자 기준 7일 이내에 받게 됩니다.
- 서비스 지역에서 이사를 나갈 경우, SCAN에 알려야 하며 그렇게 되면 탈퇴 처리됩니다. SCAN의 서비스 지역은 보장 증명서(Evidence of Coverage)에서 안내된 승인 카운티들입니다.
- 서비스를 이용하는 데 문제가 있거나 불만 사항이 있는 경우, 개인 지원 라인(PAL)에 언제든지 연락할 수 있습니다. SCAN Health Plan에 1-866-722-6725(1-866-SCAN-PAL)번 또는 TTY 사용자: 711번으로 10월 1일-3월 31일 기간에는 주 7일 오전 8시-오후 8시에, 4월 1일-9월 30일 기간에는 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시에 연락할 수 있습니다.
- SCAN에서 본인의 요구 사항을 파악하기 위해 집으로 설문지를 보낼 것입니다. 모든 정보는 기밀로 처리되며 보고 결과에는 실명이 나타나지 않습니다.
- 제가 Medi-Cal에 가입되어 있는 한 해당 연도의 첫 9개월 중 달력일을 기준으로 분기당 한 번을 SCAN에서 탈퇴할 수 있습니다. 전화로 탈퇴 신청서를 우편으로 보내달라고 요청하실 수 있습니다. 탈퇴를 위해 본인이 출석하지 않아도 됩니다. 특정 상황에서는 다른 경우에도 탈퇴가 가능합니다.
- SCAN 담당자가 신청 접수증 사본을 제게 주었습니다.

**서명**

제가 이 양식에 서명하고 이해 인정 진술(내용 기입)을 하는 것은 이 양식 전체 내용을 읽고 이해했음을 인정하는 것입니다. 인가 대리인이 서명하는 경우, 이러한 서명은 1) 이 대리인이 이 가입을 완료할 수 있게 주 정부법에 따라 위임되었으며 2) Medicare의 요청이 있는 경우 위임 문서를 제공할 수 있다는 것을 증명합니다.

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

귀하가 위임 대리인인 경우, 위에 서명하고 아래 사항을 기입하십시오.

이름: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

자택 전화번호: \_\_\_\_\_ 가입자와의 관계: \_\_\_\_\_

<b>사무소 전용란</b>	NAME OF STAFF MEMBER (if assisted in enrollment)	REP. CODE
EFFECTIVE DATE OF COVERAGE  / /	ICEP/IEP: _____ SEP (type): _____	AEP: _____ Not Eligible: _____

SCAN Health Plan은 Medicare 계약 및 캘리포니아주 Medicaid (Medi-Cal) 프로그램과의 계약이 포함된 HMO 플랜입니다. SCAN Health Plan의 가입은 보험 계약 갱신 시에 결정됩니다.