

### 특별 의료 공제를 위한 식품권 추가 신청

**지시사항** - 이 신청서는 식품권 수혜 가구원 중 노인 또는 장애인을 위한 특별 의료 공제용입니다. 카운티에서 말하는 “노인 또는 장애인”의 정확한 의미는 이 페이지의 뒷면을 참조하십시오. 사회보장국(SSA: Social Security Administration), 재향군인관리국(VA: Veterans Administration) 등에서 부양가족 수당을 받고 있는 자녀 또는 배우자는 기재하지 마십시오.

카운티 전용란  
CASE NAME

1	이름	생년월일	수혜 받은 혜택의 종류 (SSA, VA, 철도원 등)	병이 있거나 치료가 필요한 상황
		/ /		
		/ /		
		/ /		

**2** 위에 기재한 사람에 **대해서만** 다음 정보를 작성하십시오. 인증 기간 동안 예상되는 모든 비용을 기재하십시오. 현재 의료비를 기초로 예상 비용을 기재하십시오. 위에서 기재한 가구원 앞으로 나온 청구서 또는 지출 증명서를 첨부하십시오.

의료비 항목	의료 서비스를 받는 가구원	총 의료비	매달 총비용	가구 외의 지급인이 지불 책임을 질 것입니까? (예, Medi-Cal, 보험 등.)
a. 면허증이 있는 전문의가 제공하는 치료 또는 치과 치료.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
b. 입원 또는 통원 치료 및 간호.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
c. 처방약.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
d. 건강 보험료 및 입원 보험료.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
e. Medicare 보험료: Medi-Cal 분담금 및 스펠드 다운(spend down) 비용.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
f. 의치, 보청기 및 보철. 처방된 의료품 및 의료 기구.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
g. 동물의 사료비 및 병원비를 포함한 도우미 동물(예, 시각 장애 안내견 또는 청각 도우미견)에 드는 비용.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
h. 의사 또는 검안사가 처방한 안경 및 콘택트 렌즈.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
i. 치료를 받으러 가기 위해 드는 교통비 및 하숙비.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
j. 나이, 질병, 질환으로 인해 필요한 간병인 유지 비용.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
k. 간병인에게 제공되는 식사 횟수와 식사비.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
l. 기타 (명시하십시오)				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

#### 처벌 경고조항

귀하 또는 다른 가구원이 고의적으로 거짓 정보를 제공할 경우에는 기소되어 벌금형, 징역형, 또는 벌금형과 징역형을 모두 받을 수 있습니다. 이러한 처벌에는 프로그램 자격 박탈, 최고 \$250,000의 벌금형 또는 최고 20년의 징역형이 포함될 수 있습니다. 자격 박탈 처벌은 첫 번째 위반 시에는 12개월, 두 번째 위반 시에는 24개월, 세 번째 위반 시에는 영구 중단될 수 있습니다.

본인은 이 양식의 질문을 이해함을 보증합니다. 또한 본인은 (1) 지역, 주 및 연방 정부 직원이 본인이 제공한 정보를 조사 및 확인할 수 있고, (2) 수혜 가구, 수혜 가구의 성인 가구원(이사 갔더라도), 외국인 가구원의 보증인, 또는 자격 있는 기관의 위임 받은 주재 대리인은 해당 가구가 받지 말았어야 할 혜택의 초과 발급분을 갚도록 요구 받을 수 있으며, (3) 본인은 카운티에 지출 증명서를 제출하거나, 또는 본인이 해당 증명서를 받을 수 없는 경우에는 카운티 측에서 이 증명서를 받기 위해 연락할 수 있는 담당자 또는 조직 이름을 제출해야 함을 이해합니다.

**본인은 미합중국과 캘리포니아주 법률에 따라 위증일 경우 처벌을 받는다는 조건 하에서 이 신청서에 포함된 정보가 사실이고 정확하며 완벽한 것임을 선언합니다.**

서명 (성인 가구원 또는 위임 받은 대리인)			날짜
귀하가 X로 서명할 경우 증인의 서명	날짜	면접 담당자 서명	날짜

이 신청서는 식품권 수혜 가구원 중 노인 또는 장애인을 위한 특별 의료 공제용입니다.

카운티에서 말하는 “노인”이란 60세 이상인 사람을 말합니다.

카운티에서 말하는 “장애인”이란 다음 혜택을 받고 있는 사람을 말합니다:

- (1) 사회보장국(SSA)(SSI/SSP[Supplemental Security Income/State Supplementary Program] 제외) 또는 재향군인관리국(VA)의 장애 수당, 또는
- (2) 연방, 주 또는 지역 정부 기관 또는 철도원 퇴직 관리 위원회(Railroad Retirement Board)의 장애 퇴직 혜택, 또는
- (3) 장애로 인한 Medi-Cal 서비스 혜택, 또는
- (4) 사회보장국에서 **승인한** 장애로 인해 SSI/SSP를 받기 위해 대기하는 동안에 받는 임시 보조/긴급 일반 구제.