



에이즈 약물 지원 프로그램 등록 신청서(AIDS Drug Assistance Program Enrollment Application)

전화: 1 (844) 421-7050 ADAP 팩스: 1 (844) 421-8008

필수 입력란은 별표(*)로 표시됩니다.

필수 입력란은 해당되는 경우 별표 두 개(**)로 표시됩니다.

피보호자 ID _____

신청 유형*: 최초 업데이트 재등록 재인증 / 변경 사항이 있는 SVF

섹션 1 프로필

이름* _____ 중간 이니셜 _____ 성* _____

생년월일* _____ 사회보장번호 _____

거주지 주소 _____ 아파트 번호 _____

시* _____ 주* _____ 우편번호* _____ 카운티 _____

노숙인

이 주거지 주소로 편지를 보낼 수 있나요?*

예
용하세요

아니요, 우편 주소를 사용하세요

아니요, 등록 사이트를 사

우편 주소* _____ 아파트 번호 _____

시* _____ 주* _____ 우편번호* _____ 카운티 _____

전화번호 _____

이 전화번호로 연락할 수 있나요?*

예

아니오

없음

이메일 주소 _____

이 이메일 주소로 연락할 수 있나요?*

예

아니오

없음

섹션 2 인구 통계

태어날 때 성별은 무엇입니까?* 남성 여성 알 수 없음

임신 중 인가요?* 예 아니요

성별은 무엇입니까?*

남성 여성 트랜스젠더, 남성에서 여성으로

트랜스젠더, 여성에서 남성으로 트랜스젠더, 모름 모름

당신의 성적 지향은 무엇입니까?*

정상 또는 이성애자 레즈비언, 게이 또는 동성애자 양성애자

기타, 구체적으로 적어주세요 _____

모름 공개하지 않기로 선택

당신의 민족은 무엇입니까?* 히스패닉(**E1 참조**) 비히스패닉

E1. 히스패닉계라면 어떻게 자신을 식별하시겠습니까?** (해당되는 모든 항목 선택)

멕시코계, 멕시코계 미국인, 치카노/치카나 푸에르토리코계 쿠바계

스페인계, 포르투갈계, 까보베르데계 기타 히스패닉계 해당 없음

당신의 인종은 무엇입니까? (해당되는 모든 것을 선택하세요)*

백인 흑인 또는 아프리카계 미국인 아시아인(**R1 참조**)

하와이 원주민/태평양 섬 주민(**R2 참조**) 미국 인디언 제출 거부

R1. 아시아인인 경우, 자신을 어떻게 식별하시겠습니까? (해당되는 모든 항목 선택)**

아시아 인도인 방글라데시인 버마인 캄보디아인 중국인

필리핀인 몽족 인도네시아인 일본인 한국인

말레이시아인 파키스탄인 싱가포르인 스리랑카인 대만인

베트남인 라오스인 태국인 기타 아시아인

R2. 하와이 원주민/태평양 섬 주민인 경우, 자신을 어떻게 식별하시겠습니까? (해당되는 모든 항목 선택)**

피지인 과마니아 또는 차모로인 하와이 원주민

사모아인 통가인 기타 태평양 섬 주민

섹션 3 임상

귀하의 HIV 상태는 무엇입니까?*

HIV 양성, AIDS가 아님

CDC 정의 AIDS

바이러스 로드 _____ 바이러스 로드 측정일 _____

C D 4 수치 _____ C D 4 수치 측정일 _____

섹션 4 가구 상태

현재 자신의 가구 상태는 무엇입니까?*

미혼

기혼

법적 별거

이혼

동서인 상태

가구 규모 (본인 포함 인원)* _____

연간 가계 소득* _____

연도별 가계 소득(현재 또는 전년도)* _____

섹션 5 건강 보장

Medi-Cal 보장

Medi-Cal에 등록되어 있나요?*

예, 등록했습니다.

신청했지만 거절당했습니다.

아니요, 등록이 취소되었습니다.

아직 Medi-Cal 자격에 대한 결정을 기다리고 있습니다.

아니요, 신청한 적이 없습니다.

모름

"예, 등록되었습니다"를 선택한 경우 다음 질문에 답하십시오.**

어떤 유형의 Medi-Cal에 가입되어 있나요?**

확장형 Medi-Cal

표준형 Medi-Cal

모름

"확장형 Medi-Cal"을 선택한 경우 다음 질문에 답하십시오.**

유효 시작일 _____ 유효 종료일 _____

Medi-Cal 혜택 식별 카드(BIC) 번호 _____

"표준형 Medi-Cal"을 선택한 경우 다음 질문에 답하십시오.**

유효 시작일 _____ 유효 종료일 _____

Medi-Cal 혜택 식별 카드(BIC) 번호 _____

Medi-Cal 비용분담금(SOC)이 있나요?

예

아니오

모름

"아니요, 등록이 취소되었습니다"를 선택한 경우 다음 질문에 답하십시오.**

어떤 유형의 Medi-Cal에 가입이 취소되었습니까?**

확장형 Medi-Cal

표준형 Medi-Cal

“확장형 Medi-Cal”을 선택한 경우 다음 질문에 답하십시오.**

유효 시작일 _____ 유효 종료일 _____

어떤 유형의 등록 취소를 받았습니까?**

저의 소득은 연방 빈곤 수준의 138% 이상입니다.

저는 Medicare 자격이 있습니다.

저는 여유 자산이 있습니다.

취업 중이거나 일할 수 있습니다.

실업수당(UI)을 받고 있습니다.

저는 지난 12개월 이내에 Medi-Cal,보충 보장 소득 (Supplemental Security Income;SSI) 신청이 거부되었습니다.

(SSI) 또는 사회보장장애보험(SSDI).

기타

"아직 Medi-Cal 자격에 대한 결정을 기다리고 있습니다"를 선택한 경우 다음 질문에 답하십시오.**

Medi-Cal에 신청한 날짜 _____

Medicare 보장

Medicare에 가입할 자격이 있습니까?* 예 아니오

"예"를 선택한 경우 다음 질문에 답하십시오.**

Medicare Part D 건강 플랜에 가입되어 있나요?

예, 등록되었습니다 아니요, 등록이 취소되었습니다. 아니요, 신청한 적이 없습니다.

"예, 등록되었습니다" 또는 "아니요, 등록이 취소되었습니다"를 선택한 경우 다음 질문에 답하십시오.**

Medicare 파트 D 플랜 등록 시작일 _____

Medicare 파트 D 플랜 등록 종료일 _____

개인보험 적용범위

개인보험에 등록하셨나요?*

예, 등록되었습니다. 아니요, 등록되지 않았습니다. 아니요, 제 플랜은 종료되었습니다

"예, 등록되었습니다" 또는 "아니요, 등록되지 않았습니다"를 선택한 경우 다음 질문에 답하십시오.**

어떤 유형의 건강보험 플랜에 가입되어 있나요? 보험이 종료된 경우, 어떤 유형의 건강보험에 등록되어 있었습니까?

Covered CA를 통해 등록한 건강 보험 플랜

건강보험 제공자 또는 중개인을 통해 등록한 개인 보험 플랜

고용주를 통한 건강 보험 플랜

배우자 또는 다른 사람을 통한 개인 보험

재향군인청 의료보험(예: Tricare)을 통한 개인 보험

COBRA 또는 Cal-COBRA

기타, 건강보험 플랜 유형을 지정해 주세요 _____

건강보험 플랜 이름 _____ 회원 ID _____

플랜 시작일 _____ 플랜 종료일 _____

섹션6 보험

보험료에 대한 지원이 필요한가요?*

예, 건강 보험료에 대한 지원이 필요합니다.

예, Medicare 파트 D 보험료에 대한 지원이 필요합니다. 선택하는 경우, Medicare 파트 D 보험료 납부 자격 및 납부 시작일은 섹션 5의 Medicare 등록 정보를 사용하여 결정됩니다.

아니요, 지원을 받고 싶지 않습니다.

참조

- HIPP 프로그램은 의료, 치과, 시력 건강 보험료를 지원해야 합니다.
- HIPP 프로그램은 단독형 안과 플랜은 지원하지 않습니다. 안과 보험료에는 의료 또는 치과 건강 보험 청구서에 적힌 보험료가 포함되어야 합니다.
- 100% 추가 지원/전액 저소득 보조금(LIS)을 받는 개인은 Medicare 파트 D 보험료 지불 프로그램 자격이 없습니다.

“예, 건강 보험료 지원을 원합니다”를 선택한 경우 다음 질문에 답하십시오.**

Medical

건강보험 수취인 이름**

Anthem Blue Cross

Blue Shield of California

Blue Shield of California Small Group

Conexis

Health Net

Kaiser

La Care 및 Local Initiative

Molina Health Care of California

Delta Dental of California

Premier Access

기타, 다른 건강보험 수취인 이름을 특정해 주세요 _____

보험 유형**: 개인 가족

순보험료는 얼마인가요? _____

회원ID/가입자 ID번호 _____

계좌번호 (해당되는 경우) _____

보험 번호/ 그룹 번호(해당되는 경우) _____

보험료는 얼마나 자주 납부해야 합니까?

매월

2개월 마다

분기별

매년

플랜 시작일 _____ 플랜 종료일 _____

보장 유형:

Covered CA

Private

COBRA

Cal-COBRA

기타

"Covered CA"를 선택한 경우 다음 질문에 답하십시오.**

귀하의 월 총 보험료는 얼마인가요? _____

최대 선납 보험료 세액 공제 한도는 얼마인가요? _____

귀하가 받을 수 있는 최대 보험료 보험세액공제 금액은 얼마인가요? _____

어떤 CA 메탈을 선택하셨나요? 동 은 금 플래티넘

치과

네, 치과 지원을 받고 싶습니다. 체크하신 경우, 아래 질문에 답해주세요. **

치과 보험 수취인 이름

Anthem Blue Cross

Blue Shield of California

Blue Shield of California Small Group

Conexis

Health Net

Kaiser

La Care 및 Local Initiative

Molina Health Care of California

Delta Dental of California

Premier Access

기타, 다른 건강보험 수취인 이름을 특정해 주세요 _____

보험 유형: 개인 가족

순보험료는 얼마인가요? _____

회원ID/가입자 ID번호 _____

계좌번호 (해당되는 경우) _____

보험 번호/ 그룹 번호(해당되는 경우) _____

보험료는 얼마나 자주 납부해야 합니까?

매월 2개월 마다 분기별 매년

플랜 시작일 _____ 플랜 종료일 _____

안과

네, 안과 교정 지원을 받고 싶습니다. 체크하신 경우, 다음 질문에 답해주세요..**

참고: 단독형 안과 플랜은 포함되지 않습니다. 안과 보험은 의료 또는 치과 보험과 함께 가입해야
보장이 가능합니다.

안과 보험 수취인 이름

Anthem Blue Cross

Blue Shield of California

Blue Shield of California Small Group

Conexis

Health Net

Kaiser

La Care 및 Local Initiative

Molina Health Care of California

Delta Dental of California

Premier Access

기타, 다른 건강보험 수취인 이름을 특정해 주세요 _____

보험 유형: 개인 가족

보험료는 얼마나 자주 납부해야 합니까?

매월

2개월 마다

분기별

매년

플랜 시작일 _____ 플랜 종료일 _____

섹션 7 이 신청서를 읽고 서명하세요

임시 접근 기간(Temporary Access Period;TAP) 요청

임시 접근 기간을 요청하려면 지원 자격 서류를 제출하지 못한 신청자/피보호자는 아래 정보를 작성해야 합니다.

아래의 신청란을 작성하세요.

신분 증명

ADAP 등록 담당자에게 신분증을 제시하겠습니다.

캘리포니아 거주 증명

저는 ADAP 등록 담당자에게 캘리포니아 거주 증빙 서류를 제출하겠습니다.

진단서

저는 HIV 양성 상태이므로 ADAP 프로그램에 지원할 수 있습니다. 저는 ADAP 등록 담당자에게 진단서, 담당 의사의 소견서 또는 해당되는 경우 최근 바이럴 로드와 CD4를 포함한 검사 결과를 제출하겠습니다.

소득

저는 ADAP 등록 담당자에게 가계 소득 증빙 서류를 제출하겠습니다.

Medi-Cal 결정 증명

저는 ADAP 등록 담당자에게 Medi-Cal 결정 증빙서류를 신청하고 제출하겠습니다.

아래에 서명함으로써, 저는 위의 정보가 사실이며, 정확하고 완전함을 증명합니다. 위에 명시된 바와 같이, 저는 제 자격 ADAP 정보를 입증하는 데 필요한 서류를 제공하기 위한 임시 접근 기간이 있음을 이해합니다. 할당된 임시 접근 기간 내에 준수하지 못하면 해당 증거가 제공될 때까지 자격이 박탈됩니다. 또한 제출된 서류가 일관성이 없거나 부정확한 경우 ADAP/PrEP-AP에서 추가 확인 서류를 요청할 수 있음을 이해합니다. 소득, 거주지 또는 건강 보험에 대한 변경 사항이 있는 경우 즉시 프로그램에 통보하는 데 동의합니다. 정확한 정보를 제공하지 못하거나 고의로 정보를 생략할 경우 서비스가 중단되거나 종료될 수 있으며, 제공된 모든 서비스에 대해 재정적으로 책임을 져야 할 수 있음을 이해합니다.

신청자 또는 ADAP에서 승인한 지정 대리인의 서명

날짜

섹션 7 읽기 및 신청서 서명 계속

형법 및 캘리포니아 허위 청구법

피 보호자가 ADAP/PrEP-AP에 의도적으로 부정확하거나 허위 서류를 제출하는 경우 여러 형법 및 캘리포니아 허위 청구법(California False Claims Act)을 위반할 수 있습니다.

아래에 서명함으로써, 저는 ADAP에 자격 또는 청구 정보를 신청하거나 제출할 때 정확하고 확실한 정보를 제공했다는 데 동의합니다.

참고 사항: 피보호자는 피보호자 증명서, 동의서 및 모든 증빙 서류를 제출해야 합니다.

신청자 또는 ADAP에서 승인한 지정 대리인의 서명

날짜

섹션 8 ADAP 등록 담당자 정보

등록 담당자 이름* _____

전화번호* _____ 이메일 주소* _____

등록 사이트 이름* _____

등록 사이트 번호* _____ 카운티* _____