



## 에이즈 약물 지원 프로그램(AIDS Drug Assistance Program; ADAP)

### 임시 접근 기간(Temporary Access Period;TAP) 요청 양식

#### 지침

이 양식은 ADAP 자격 입증 서류를 제출할 수 없는 신규 ADAP 신청자 또는 ADAP 재등록 피보호자를 위한 임시 접근 기간(TAP)을 요청하는 양식입니다. TAP가 승인되면 신청자에게 필요한 서류를 확보하여 인증된 ADAP 등록 담당자에게 제출할 수 있도록 30일의 임시 ADAP 자격을 부여합니다. **신청자가 HIV 진단 증빙서류를 제출하지 않는 경우, 신청자가 양성 신속 HIV 검사 결과 증거를 제출하고 확진 HIV 결과를 기다리고 있는 경우가 아니면 TAP에 배치할 수 없습니다.** 이 양식의 모든 섹션을 작성해야 하며, 작성된 양식은 ADAP 등록 시스템(ADAP Enrollment System;AES) 내 신청자의 전자 신청서에 첨부되어야 합니다.

#### 섹션 1: 신청자 정보 (달리 명시되지 않는 한 모든 필드를 반드시 기입하여야 합니다)

성명: \_\_\_\_\_

생년월일 \_\_\_\_\_ 피보호자 신분 증명 번호(선택 사항): \_\_\_\_\_

#### 서류 준비

해당되는 모든 항목을 선택하세요:

☐ 신분 증명—저는 ADAP 등록 담당자에게 허용되는 신분 증명을 제시할 것입니다.

☐ 캘리포니아주 거주 증명—저는 ADAP 등록 담당자에게 제가 캘리포니아 거주민임을 증명하는 서류를 제출할 것입니다.

☐ 진단 증명—저는 양성 신속 HIV 검사 결과를 제출했으며 진단을 확인하는 증명을 제출할 것입니다.

☐ 소득 증빙—저는 ADAP 등록 담당자에게 가계 소득 증빙 서류를 제출하겠습니다.

☐ 신청자가 Medi-Cal을 신청했다는 증빙 자료 및/또는 Medi-Cal 결정 증빙 자료 - 저는 Medi-Cal을 신청할 것입니다. 또는 저는 Medi-Cal을 신청했지만 결정이 보류 중입니다. 저는 ADAP 등록 담당자에게 Medi-Cal에 신청했다는 증빙 서류 및/또는 Medi-Cal 자격 결정을 보여주는 서류를 제출하겠습니다.

## 증명

### 이 섹션은 신청자가 작성합니다:

아래에 서명함으로써, 저는 위의 정보가 사실이며, 정확하고 완전함을 증명합니다. 저는 ADAP 자격 증명을 위해 위에 명시된 필수 서류를 입수하고 제출하기 위한 30일 임시 접근 기간을 허락 받았으며, 임시 접근 기간이 만료되기 전에 필수 자격 증명 서류를 입수하고 제출하지 못할 경우 ADAP 자격이 30일을 초과하여 연장되지 않는다는 사실을 이해합니다. 또한, 제가 제출한 서류가 일관성이 없거나, 부정확하거나, 불충분할 경우 ADAP에서 추가 서류를 요청할 수 있음을 이해합니다. 거주지, 소득 및/또는 건강 보험에 대한 변경 사항을 포함하여 자격 정보에 대한 변경 사항이 있는 경우 즉시 ADAP에 통지하는 데 동의합니다. 정확한 정보를 제공하지 못하거나 고의로 정보를 생략할 경우 ADAP 서비스가 중단되거나 종료될 수 있으며, 취득한 서비스에 대해 재정적 책임을 져야 할 수 있음을 이해합니다.

신청자 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

ADAP 승인 지정 대리인(해당되는 경우): \_\_\_\_\_  
(인쇄체로 성명 기입) (서명)

## 증명 계속

### 피보호자가 전화로 등록하는 경우 등록 담당자는 다음 섹션을 작성합니다.

아래에 서명함으로써, 저는 전화로 피보호자의 적격 여부를 검토했으며, 해당 피보호자를 TAP에 배치한다는 것을 증명합니다.

등록 담당자 이름: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

등록 근로자 ID: \_\_\_\_\_ 등록 담당자 서명: \_\_\_\_\_