



AIDS 건강보험료 지불 사무소 (Office of AIDS Health Insurance Premium Payment ;OA-HIPP) 프로그램 피보호자 책임

귀하는 OA-HIPP 프로그램 신청서를 작성하였으며, 캘리포니아 공중보건국(CDPH)에서 이를 검토할 것입니다. 귀하는 등록 담당자(EW)로부터 신청서가 승인되고 귀하의 건강 보험에 지불이 완료되었다는 통지를 받을 때까지 계속해서 매월 보험료를 지불해야 합니다.

신청서가 승인되면 아래에 설명된 변경 사항을 즉시 EW에 알려야 합니다.

1. 연락처 정보(주소, 전화번호 등)의 변경
2. 다음과 같은 보험 변경 사항:
 - 월 보험료
 - 수취인의 연락처 정보(예: 주소, 전화번호) 및/또는
 - 보험 만료일
3. 다음과 같은 보장 범위 변경 사항:
 - COBRA에서 Cal-COBRA로 변경
 - 고용주 기반 건강 보험을 취득 또는 자격을 갖추거나
 - Medicare 또는 전체 보장 Medi-Cal에 등록

ADAP와 동시에 OA-HIPP 프로그램에도 매년 재등록해야 하며, 재등록일은 귀하의 생일입니다. 또한, 건강 보험 플랜을 통해 공개 등록을 진행할 때 CDPH에 추가 양식을 제출해야 합니다. 각 기간별로 필요한 양식은 아래 표에 나와 있습니다.



| 서류 유형 | 재등록은 매년 귀하의 생일에 해야 합니다. | 모든 개방 등록 기간 |
|--|-------------------------|-------------|
| 1) OA-HIPP가 선택된 피보호자 증명서 | 필수 | 필수 |
| 2) 가장 최근의 건강보험 청구서 | 필수 | 필수 |
| 3) 동의서 | 필수 | 없음 |
| 보험 적용을 받는 캘리포니아주 플랜만 해당: 4) <u>최근 세금 신고서</u> | 필수 | 없음 |
| 5) 갱신 또는 요약 페이지 | 없음 | 필수 |

공개 등록은 매년, 보통 11월부터 1월까지 진행됩니다. 위에 명시된 기한까지 서류를 제출하지 못할 경우, 귀하의 건강 보험 플랜에 귀하를 대신하여 지불되는 금액이 지연되거나 건강 보험을 상실할 수도 있습니다.