

기타 건강 보험 보장 수혜 부적격 선언서

이 선언서를 통해 귀하 또는 미성년 자녀가 기타 최소 필수 보험의 수혜에 부적격하다는 것을 증명하십시오. 최소 필수 보험은 부담적정보험법에 의거해 개인이 개별 요건을 충족시키기 위해 필요로 하는 건강 보험입니다. 여기에는 개별 시장 보험 증권, 일자리에 기반한 보험, Washington Apple Health (메디케이드), 아동건강보험플랜(CHIP), TRICARE, 재향군인 관리국(VA) 헬스케어, Peace Corps 및 필수건강보험혜택을 보장해주는 기타 보험이 포함됩니다.

신청 ID (임의가입사항)	사회보장번호	오늘 날짜 (월/일/년)
----------------	--------	---------------

신청인/미성년 자녀 정보

이름	중간이름 이니셜	성
생년월일(월/일/년)	주간 전화번호	이메일 주소

이 선언서를 통해 _____ (본인 또는 자녀 이름을 정자체로 기입할 것)은/는 *Washington Healthplanfinder* 를 통해 신청한 건강 보험을 신청하고 있는 시점에서 국세청 세법의 제 36B(c)(2)(B)항 및 (C)항에 따라 다음 건강 보험 보장 수혜 자격자가 아님을 확인합니다(해당 항목 모두 선택):

- 일자리에 기반한 보험
 Washington Apple Health (메디케이드)
 아동건강보험플랜
 TRICARE
 재향군인 관리국 헬스케어
 Peace Corps
 메디케어

이 선언서를 읽고 서명하세요

본인은 위증을 할 경우 처벌을 받을 수 있으며, 본 문서에 포함되어 있는 정보가 사실이며 정확하고, Healthplanfinder 를 통하여 건강 보험 신청서로서 제출되는 정보에 허위의 내용이나 잘못된 내용이 있을 경우 본인이 제적될 수 있다는 사실을 이해하고 있습니다.

신청인 서명

서명 날짜 (월/일/년)

X

부모/법적 보호자 서명 (해당하는 경우)

서명 날짜 (월/일/년)

X

부모/법적 보호자 성명 (정자체 기입)

- 이 상자에 체크함으로써 본인은 본 양식에 기재된 미성년자의 부모 또는 법적 보호자이며 해당 미성년자를 대신하여 서명함을 인정합니다.

선언서 제출 주소:

이 양식을 작성하여 귀하의 *Washington Healthplanfinder* 계정에 업로드하거나 다음 우편 주소로 보내십시오.

Washington Healthplanfinder
PO Box 946
Olympia, WA 98507-1757

Discrimination is Against the Law

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 은(는) 관련 연방 공민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다. The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 은(는) 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 누군가를 배제하거나 다른 방식으로 대우하지 않습니다.

Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 은 또한 해당 주 법을 준수하고 신념, 성별, 성별 표현이나 성 정체성, 성적 지향, 결혼 유무, 종교, 명예 제대한 퇴역군인이나 군복무 유무, 또는 훈련된 안내견이나 도우미 동물의 도움을 받는 장애인이라는 이유로 차별하지 않습니다.

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority:

- 장애인들이 저희와 효과적으로 의사소통할 수 있도록 다음과 같은 무료 지원과 서비스를 제공합니다.
 - 자격있는 수화 통역자
 - 다른 형식의 서면 정보(큰 활자, 음성, 사용 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 주로 사용하는 언어가 영어가 아닌 이들에게는 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다.
 - 자격있는 통역자
 - 다른 언어로 작성된 서면 정보

이러한 서비스가 필요하시면 1-855-923-4633 에 연락하십시오.

Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 이 이러한 서비스를 제공하지 않거나 다른 식으로 차별을 했다고 생각되시면, 다음 기관에게 불만을 제기하실 수 있습니다 :

Washington Health Benefit Exchange Legal Department ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator PO Box 1757 Olympia, WA 98507-1757 1-855-859-2512 Fax: 360-841-7653 appeals@wahbexchange.org	Health Care Authority Division of Legal Services ATTN: Compliance Officer PO Box 42700 Olympia, WA 98504-2700 1-855-682-0787 Fax: 360-586-9551 compliance@hca.wa.gov
--	---

(으)로 연락하여 불만을 제기하실 수 있습니다. 직접 방문하거나 우편, 팩스 또는 이메일로 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만 제기와 관련하여 도움이 필요하시면, Washington Health Benefit Exchange Legal Department/ Health Care Authority Division of Legal Services (으)로부터 지원을 받으실 수 있습니다.

또한 공민권 민원을 미국 Department of Health and Human Services (보건복지부), Office for Civil Rights (시민권 사무국)에 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 에 있는 시민권 사무국 민원 포털을 통해 전자 방식으로 제출하거나 우편이나 전화로 제출할 수 있습니다. 주소 및 연락처는 다음과 같습니다.

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

민원 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 에 있습니다.

ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Spanish - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Chinese - 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)。

Vietnamese - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Korean - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)번으로 전화해 주십시오.

Russian - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Tagalog - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Ukrainian - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Cambodian (Khmer) - ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរសំរាប់ជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អល, គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)។

Japanese - 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) まで、お電話にてご連絡ください。

Amharic - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-923-4633 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 1-855-627-9604)።

Oromo - XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Somali - MUHIIM AH: Haddii aad ku hadashid Af-soomaali, adeegaha caawimaada luuqada, ee lacag la'aanta ah, ayaad heli kartaa. Wac 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Arabic - ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-923-4633 (رقم هاتف الصم والبكم: TTY: 1-855-627-9604).

Punjabi - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Lao - ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ ອັດຕະໂນພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ຈະມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

French - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-923-4633 (TTY : 1-855-627-9604).

Hindi - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) पर कॉल करें।

Farsi (Persian) - توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-923-4633 تماس بگیرید.

Romanian - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).