

## 고용 확인서

아래 개인은 **Washington Healthplanfinder** 를 통해 무료 또는 저가 건강 보험을 신청했습니다. 이 개인의 고용과 소득을 확인하기 위해 귀하의 도움이 필요합니다. 귀하가 제공한 정보는 기밀로 유지되며 건강 보험 수혜 자격을 결정하기 위한 용도로만 사용됩니다.

### 피고용인 정보

이름	중간 이름 이니셜	성	사회보장번호(임의기입사항)
----	--------------	---	----------------

### 피고용인 서명

본인은 아래에 서명함으로써 본인의 고용 정보가 공개 및/또는 확인되는 것을 허가합니다.

피고용인 서명 <b>X</b>	서명 날짜 (월/일/년)
---------------------	---------------

### 고용주 조항

상황에 따라서 1, 2, 또는 3 항만 작성하십시오.

#### 제 1 항: 상기 개인은 현재 고용된 상태입니다

고용일 (월/일/년)	직위	1 주일의 평균 근무 시간
현 임금/봉급 \$	지급 빈도 <input type="checkbox"/> 매일 <input type="checkbox"/> 주 1 회 <input type="checkbox"/> 월 1 회 <input type="checkbox"/> 2 주에 1 회 <input type="checkbox"/> 월 2 회 <input type="checkbox"/> 기타:	
팁 커미션, 상여금, 초과근무수당을 포함해 실질 월총소득과 바로 다음 2 개월간의 예상 총소득		
당월: \$	다음 2 개월: \$	다음 3 개월: \$
다음 12 개월 내 피고용인의 지급률에 생길 예상 변동 사항을 열거하세요		발효일 (월/일/년)

피고용인의 일자리가 계절 한시적이거나 산발적이라면, 임시 휴직 기간을 표시하세요

이 피고용인에게 최소 필수 보장 표준에 부합되는 건강 보험이 제공되었습니까?

예  아니오

예라고 답하셨다면, 그 피고용인의 예상 월보험료는 얼마였습니까? \$

그 피고용인이 고용주가 후원하는 보험을 거절했습니까?

예  아니오

#### 제 2 항: 상기 개인은 더 이상 고용된 상태가 아닙니다

고용 최종일 (월/일/년)	이 일자리가 종료된 이유는? <input type="checkbox"/> 일시 해고 <input type="checkbox"/> 사직 <input type="checkbox"/> 임시직/계절 한시적 일자리
이 개인은 고용 상실의 결과로 건강 보험 보장을 상실했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	예라고 답하셨다면, 언제입니까 (월/일/년)

#### 제 3 항: 상기 개인은 휴가 기간 또는 육아 휴가 등의 사유로 휴가 중입니다.

예상 복귀일 (월/일/년)	휴가 중인 피고용인에게 보험료가 지급되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	예라고 답하셨다면, 얼마입니까? \$
이 개인은 휴가 중에도 건강 보험에 가입되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		

### 고용주 서명

고용주 이름	회사 이름				고용주 전화번호
회사 도로 주소	Apt./Ste. #	시	주	우편번호	카운티
본인은 이 양식에 서명하는 것이 모든 진술이 진실하며 정확하다는 것을 확인시키는 것임을 이해합니다. 본인은 이 정보에 대한 기밀 유지가 엄격히 이루어진다는 것을 이해합니다.					
고용주 서명 <b>X</b>	서명 날짜 (월/일/년)				

### 확인서 제출 주소:

Washington Healthplanfinder  
PO Box 946  
Olympia, WA 98507

## 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 <a href="mailto:appeals@wahbexchange.org">appeals@wahbexchange.org</a>	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 <a href="mailto:compliance@hca.wa.gov">compliance@hca.wa.gov</a>
--	---

(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 ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-923-4633 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 1-855-627-9604)።

Oromo - XIYYEEFFANNA: 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, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອອໍດີ ການພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ຈະມີ ພ້ອມໆ ອມໃຫ້ທ່ານ. 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).