CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM
Medical Assistance Administration (MAA)
PO Box 45531
Olympia WA 98504-5531

아동용 의료보험 프로그램(CHIP) 가입 신청서
CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (CHIP) ENROLLMENT FORM

지시사항: 활기체로 기입하여 주십시오.

제 1항. 부모 및 보호자 정보.

성	이름	중간이름

주소	시	주	우편번호	자택/메시지 수신용 전화번호 (지역번호 포함)

제 2항. 자택에 살고 있는 자녀. CHIP으로 보험을 이용할 수 있는 자녀에 대한 정보.

TB	성명 (성, 이름, 중간이름 이니셜)	생년월일 (월/일/년)	성별 남/여	소셜시큐리티 번호	의사의 성명 및 클리닉 (아래 제 3항의 **조언**란 참조)

제 3항. 아동용 의료보험 이용 방법. 먼저, 자녀에게 의료서비스를 제공할 의료재원을 선정할 필요가 있습니다. 귀하의 주거지에 따라 선정할 수 있는 의료재원은 다릅니다.

귀하의 자녀가 아메리칸 인디언이거나 알래스카 원주민일 경우에는 제 4항(뒷면)에서 해당 클리닉을 선정할 수도 있습니다.

먼저,

- 본 서류에 동봉해 드린 ***CHIP Choices*** 안내서 제 1페이지에 카운티별 의료재원 리스트를 찾습니다.
- 본인이 주거하고 있는 카운티를 찾아 자녀가 이용할 수 있는 의료재원을 선정하십시오. 주거 카운티 내에 없는 의료보험이나 주거 카운티 내에서 의료카드사용 서비스(fee-for-service)를 이용할 수 없을 경우에는 해당 의료보험과 서비스를 선정할 수 없습니다.
- 이용할 의료재원을 결정한 후에는 아래의 한 네모 칸에 표기하여 주십시오.

조언. *귀자녀를 위해 계속해서 이용하길 원하는 의사나 클리닉이 있으면 그들에게 전화하여 거주 카운티 내의 의료보험회사에 귀속되어 있는지를 문의하십시오. 그들이 귀하의 거주 카운티 내의 의료보험회사와는 무관하고 귀하가 거주지 내에서 의료카드 사용 서비스를 이용할 수 있는 상황이면 해당 의사나 클리닉에게 귀하의 의료 ID 카드를 받고 그 의료비를 DSHS로 청구할 수 있는지 알아보십시오. 귀하의 거주 카운티내에 있는 의료보험에 귀속되어 있는 의사나 클리닉이 있으면 해당 의사에 대한 정보를 제 2항 해당난에 기입하십시오.*

- ☐ **Columbia United Providers (CUP)**
- ☐ **Community Health Plan of Washington (CHPW)**
- ☐ **Group Health Cooperative (GHC)**
- ☐ **Molina Health Care (MHC)**
- ☐ **Premera Blue Cross (PBC)**
- ☐ **Regence Blue Shield (RBS)**
- ☐ 의료카드사용 서비스(**Fee-for-service**

뒷면에 계속 → → → → → →

제 4항. 자녀가 아메리칸 인디언이거나 알래스카 원주민일 경우

자녀가 아메리칸 인디언이거나 알래스카 원주민에 *해당되면* 다음 3가지 중에서 해당 사항을 선택할 수 있습니다.

- 부족, 인디언 건강서비스(Indian Health Services), 혹은 도시 인디언 기구(urban Indian organization)에 의해 운영되는 Primary Care Case Manager부족 클리닉 혹은 보건센터를 아래에서 선정할 수 있습니다.
- 거주 카운티에서 이용할 수 있는 의료재원에 따라 *앞* 페이지 제 3항에서 한 의료보험을 선정할 수 있습니다.
- 아래의 의료카드 사용 서비스(fee-for-service)를 선정할 수 있습니다. *더 자세한 내용은* ***CHIP Choices*** *안내서 제 6, 7페이지를 참조하십시오.*

카운티	클리닉명	선정표기칸		카운티	클리닉명	선정표기칸
Ferry	Inchelium Health Center	☐		Clallam	Quileute Health Center	☐
Okanogan	Colville Indian HC	☐		Grays Harbor	Roger Saux Health Center	☐
Clallam	Lower Elwah HC	☐		Pacific	Shoalwater Bay Tribal Clinic	☐
Whatcom	Lummi Tribal HC	☐		Stevens	DC Wynecoop Memorial Clinic	☐
Clallam	Sophie Trettevick IHC	☐		Snohomish	Tulalip Tribes Health Center	☐
Whatcom	Nooksack Comm Clinic	☐		King	Seattle Indian Health Board	☐
Kitsap	Port Gamble S'Klallam HC	☐		Yakima	Yakama Indian Health Center	☐
Pierce	Takopid Health Center	☐		**의료카드 사용 서비스 (Fee-for-service)**		☐

제 5항. 특별의료서비스가 필요한 아동.

제 2항에 기재된 자녀 중에서 특수 성질의 건강상태나 발달(발육)장애 문제가 있는 아동이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오 예라고 표기하셨으면 해당 자녀의 성명과 특수 성질의 건강상태를 설명하십시오.

_____

제 6항. 서명

부모 혹은 보호자의 서명	날짜

도움이 필요하거나 질문이 있으십니까? 의료지원행정국(Medical Assistance Helpline)의 헬프라인 1-800-562-3022로 전화하십시오.

청각 혹은 언어 장애인 전용라인: TTY/TDD 1-800-848-5429.

모든 프로그램과 업무 처리에 차별 대우는 금물입니다. 인종, 피부색, 국적, 성별, 나이, 종교, 신념 혹은 장애 여부로 인해 아무도 배제되어서는 아니됩니다.

FOR DEPARTMENT USE ONLY

ELIGIBILITY VERIFIED BY	ENROLLED BY	PROCESSING DATE	EFFECTIVE DATE