

## 제한 소득 신규 적격 전환(LI NET) 프로그램에 대한 직접 환급 요청

### 제한 소득 신규 적격 전환 (Limited Income Newly Eligible Transition, LI NET) 프로그램이란 무엇인가요?

LI NET 은 저소득 보조금(LIS)이나 "추가 지원"을 받을 자격은 있지만 처방약 보장은 없는 Medicare 가입자에게 일시적으로 처방약 보험 보장을 제공하는 Medicare 프로그램입니다.

### LI NET 프로그램에 가입하는 방법:

- Medicare 및 Medicaid 서비스센터(CMS)를 통한 자동 등록
- 약국에서 판매 지점(POS) 등록• LI NET 신청서
- <LI NET sponsor name>(이)가 직접 환급 요청을 받음

### 어떤 경우에 이 양식을 사용하나요?

저소득층 보조금을 받을 자격이 있고 영수증을 제출해 본인 부담으로 지불한 처방약에 대한 직접 환급을 요청하려는 경우 본 양식을 사용하십시오.

### 이 양식을 작성하려면 무엇이 필요한가요?

- Medicare 번호(빨간색, 흰색, 파란색의 Medicare 카드에 기재된 번호)
- 본인 주소\* 및 전화번호
- 영수증

### 다음은 어떻게 진행되나요?

우편 <LI NET sponsor address>, 팩스 <LI NET sponsor fax number> 또는 이메일 <LI NET sponsor email address>(으)로 정보를 보내주십시오.

<LI NET sponsor name>(은)는 14 일 이내에 요청을 거부하는 이유(해당되는 경우)를 포함하여 귀하의 요청이 환급을 받을 자격이 있는지 여부를 답변해 드립니다.

<LI NET sponsor name>(이)가 귀하의 요청을 승인하는 경우,

- 귀하의 청구가 환급을 받을 수 있다고 결정된 후 30 일 이내에 환급금을 수표로 보내드립니다.
- LI NET 프로그램에 소급하여 가입합니다.

### 양식 작성에 도움이 필요한 경우

LI NET 헬프데스크에 <LI NET sponsor phone number>번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 <phone number/TTY>에 전화할 수 있습니다.

온라인(<LI NET sponsor website>)에서 확인하거나 또는 Medicare 에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화할 수 있습니다.

**En español:** Llame a <LI NET sponsor name> al <phone number/TTY> o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

### 노숙 생활을 하고 있는 경우

- \*LINET 에 가입하고 싶지만 고정된 거주지가 없는 경우, 우체국 사서함, 임시 주소 또는 클리닉이나 우편물(예: 사회보장 수표)을 받는 주소를 고정 거주지로 등록할 수 있습니다.

#### PRA 공개 성명

Medicare 및 Medicaid 서비스센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)는 수혜자 가입을 추적하고, 치료를 개선하며, Medicare 혜택 지불을 위해 Medicare 후원자로부터 정보를 수집합니다. 사회보장법 섹션 1860D-1 및 42 CFR §§ 423.30 및 423.32 는 해당 정보 수집을 승인합니다. CMS 는 시스템 기록 고지(SORN) "Medicare Advantage 처방약(MARx)" 시스템 번호 09-70-0588 에 명시된 대로 Medicare 수혜자로부터 수집한 가입 정보를 사용, 공개 및 교환할 수 있습니다. 본 양식에 대한 귀하의 응답은 자발적으로 이루어집니다. 단, 응답을 하지 않을 경우 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다. 1974 년 개인정보보호법(Privacy Act)에 따라 수집된 모든 개인 식별 정보는 법이 허용하는 범위 내에서 비밀로 유지됩니다.

1995 년 문서감축법(Paperwork Reduction Act)에 따르면 유효한 OMB 관리 번호가 표시되지 않은 정보 수집에는 응답할 필요가 없습니다. 본 정보 수집의 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1441 입니다. 본 정보 수집을 완료하는 데 필요한 시간은 지침 검토, 기존 자료 리소스 검색, 필요한 자료 수집, 정보 수집 완료 및 검토 시간을 포함하여 응답 당 15 분 정도로 예상됩니다. 예상 소요 시간의 정확성에 대해 의견이 있거나 본 양식을 개선하기 위한 제안이 있는 경우 다음 주소로 보내주시기 바랍니다. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

신청서, 청구서, 지불금, 의료 기록이나 민감한 정보가 담긴 문서를 PRA 승인 사무소로 보내지 마십시오. 이 양식에 기재된 관련 OMB 관리 번호로 승인된 정보 수집 작업과 연관이 없는 서신은 검토, 전달 또는 보관되지 않는다는 점에 유의하시기 바랍니다. 문서 제출처에 관한 질문이나 우려가 있으시면 이 페이지의 "양식 작성에 도움이 필요한 경우"를 참조하여 작성한 양식을 LI NET 후원자에게 보내시기 바랍니다.

# 섹션 1

이름:		성:	중간 이름(선택 사항)
생년월일: (MM/DD/YYYY) (     /     /     )	성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	전화번호: (     )	
고정 거주지 거리 주소 (사서함 번호는 기재하지 않음. 참고: 노숙자의 경우 사서함이 고정 주소로 간주될 수 있음):			
시:	카운티(선택 사항):	주:	우편번호:
우편 주소(고정 주소와 다른 경우, 사서함 주소도 허용됨): 거리 주소:			
시:		주:	우편번호:
<b>Medicare 정보:</b>			
Medicare 번호:                            -----*-----			
정보 제출자: <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 간병인/환자 옹호인 <input type="checkbox"/> 기타			
이름(Medicare 가입자가 아닌 경우)			
전화번호: (     )			
<b>중요: 다음 내용을 읽고 서명해 주십시오.</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 본인은 LI NET 프로그램 혜택을 계속 받으려면 병원(파트 A) 또는 의료(파트 B)를 유지해야 합니다.</li> <li>● LI NET 프로그램에 가입함으로써, 본인은 LI NET 이 본인에 대한 정보를 Medicare 와 공유할 것임을 인정합니다. Medicare 는 해당 정보를 사용하여 본인의 보험 가입 여부를 추적하고, 해당 비용을 지급하고, 해당 정보 수집을 승인하는 연방법에 의해 허용되는 기타 목적으로 사용할 수 있습니다(상기의 PRA 공개 성명 참조). 본 양식에 대한 귀하의 응답은 자발적입니다. 단, 응답하지 않을 경우 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.</li> <li>● 본인이 아는 범위에서 본 가입 양식에 기재한 정보는 정확합니다.</li> <li>● 본인은 본 신청서에 서명(또는 본인을 대신할 법적 권한이 있는 사람의 서명)함으로써, 본 신청서의 내용을 읽고 이해한 것으로 간주됨을 인정합니다. 앞서 설명한 바와 같이 권한을 부여 받은 대리인이 서명한 경우 해당 서명은 다음과 같은 사실을 증명합니다. <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 해당 개인은 주법에 따라 본 신청서를 작성할 수 있는 권한을 부여받았습니다. 그리고</li> <li>2) 해당 권한에 대한 문서 기록은 Medicare 의 요청 시 제공됩니다.</li> </ul> </li> </ul>			
서명:		오늘 날짜:	
권한을 부여 받은 대리인인 경우, 상기에 서명하고 다음 필드를 작성하십시오.			
이름:		주소:	
전화번호:		가입자와의 관계:	

**영수증 사본, 약국 출력물, 또는 본인 부담으로 지불한 환급 대상 청구에 대한 지불 증빙을 제공하십시오.**

자격을 증명하는 데 도움이 되도록 신청서와 함께 다음 문서 중 하나를 제출할 수 있습니다. 이 문서에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- (A) Medicaid 카드 사본
- (B) 저소득 보조금(LIS) 또는 "추가 지원" 상태를 나타내는 주 또는 사회보장국(State or Social Security Administration)으로부터 받은 서신
- (C) Medicaid 보장을 확인하기 위해 주 Medicaid 기관에 전화한 날짜, Medicaid 기간을 확인한 주정부 직원의 이름과 전화번호, 전화로 Medicaid 자격을 확인 받은 날짜
- (D) Medicaid 자격이 유효함을 확인할 수 있는 주정부 문서 사본
- (E) Medicaid 자격 상태를 보여주는 주정부 Medicaid 시스템의 화면 인쇄물
- (F) 약국에서 Medicaid 에 청구하고 Medicaid 로부터 청구 비용을 지급받았음을 증명하는 서류
- (G) 생활보조금(SSI)과 같은 기타 혜택에 대한 등록 서류

## 섹션 2 (선택 사항)

다음 질문에 답하는 것은 귀하의 선택입니다. 문항에 답하지 않았다고 해서 보장을 거부당할 수 없습니다

히스패닉, 라틴계, 또는 스페인 출신인가요? 해당 사항을 모두 선택하십시오.

- 아니요, 히스패닉, 라틴계, 또는 스페인 출신이 아님
- 예, 푸에르토리코인
- 예, 기타 히스패닉, 라틴계, 또는 스페인 출신
- 대답하고 싶지 않음
- 예, 멕시코인, 미국계 멕시코인, 치카노
- 예, 쿠바인

인종이 어떻게 되시나요? 해당 사항을 모두 선택하십시오.

- 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민
- 아시아인:
- 아시아계 인도인
- 중국인
- 필리핀인
- 일본인
- 한국인
- 베트남인
- 기타 아시아인
- 흑인 또는 아프리카계 미국인
- 하와이 원주민 및 태평양 섬 주민:
- 괌 출신 또는 차모르 족
- 하와이 원주민
- 사모아인
- 기타 태평양 섬 주민
- 백인
- 대답하고 싶지 않음

성별은 무엇입니까? 하나를 고르십시오.

- 여성
- 남성
- 논바이너리
- 나는 다른 용어를 사용한다: \_\_\_\_\_
- 대답하지 않겠다

다음 중 귀하가 자신에 대해 어떻게 생각하는지 가장 잘 나타내는 것은 무엇입니까? 하나를 고르십시오.

- 레즈비언 또는 게이
- 이성애자(게이나 레즈비언이 아님)
- 양성애자
- 나는 다른 용어를 사용한다: \_\_\_\_\_
- 잘 모르겠다
- 대답하지 않겠다

영어 이외의 언어로 정보를 받고 싶으신 경우 아래에서 언어를 선택하십시오.

- [LI NET sponsor to insert the languages required in its service area.]

이용 가능한 형식으로 정보를 받고 싶으신 경우 하나를 선택하십시오

- 전자       큰 활자체       오디오 CD       데이터 CD

위에 기재된 형식 외에 이용 가능한 형식의 정보가 필요한 경우 <LI NET sponsor name>에 <LI NET sponsor phone number>번으로 문의하시기 바랍니다. 운영 시간은 <LI NET sponsor's days and hours of operation>입니다. TTY 사용자는 <TTY number>번으로 전화할 수 있습니다.

이메일로 다음 자료를 받고 싶습니다. 하나 이상을 선택하십시오.

[LI NET sponsor may list those types or categories of materials that are available for electronic delivery]

이메일 주소: