Korean
양식 RSFO 557 (02-11) **회신:**

뉴욕주
발달장애인사무국(OFFICE FOR PEOPLE WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES: OPWDD)

비주거용 프로그램용
의료 보험 설문지

수신:

날짜_____
이름_____
TABS 번호_____
시설_____

여기서 요청되는 정보는 해당개인에게 제공된 서비스의 비용변제를 위해 필요한 잠재적 출처를 결정하는 데 필수적입니다.

표시된 모든 부분을 비교하십시오. 공간이 충분치 않으면, 별도의 용지에 계속하십시오.
귀하는 의료보험이 있습니까? ☐예 ☐아니요

예인경우, 표시된 항목에 해당 정보를 작성:

☐본 난에 체크 표시가된 경우, 보험 계약서 사본 또는 보장범위를 설명 하는 기타자료 사본을 제출해 주십시오.

☐피 보험자(보험계약자)

이름	주소

☐피 보험자의 고용주

이름	주소

피보험자 ☐남성 ☐여성 피보험자와 당사자와의 관계 ☐본인 ☐배우자 ☐자녀 ☐기타

	보험사 이름 및 주소	**보험 증권 번호**	**그룹 번호**
☐ Blue Cross			
☐ Major Medical			
☐종업원 복지 플랜			
☐조합 플랜			
☐개인			
☐기타			

☐메디케어	**메디케어 수혜자 이름**	**메디 케어 청구 번호**	**메디케어 보험 발효일**

제시된 정보는 정확하고 진실한 것으로 증명되었습니다.
전화번호: 집_____ 서명_____
회사_____
부모모두서명해야하는경우
날짜 : _____
당사자와귀하와의관계

기밀유지에관한고지:OPWDD 에서제공하는개인에대한임상정보및지급기록은비밀로유지되며뉴욕주정신위생법(New York State Mental Hygiene Law) 33.13 절, 33.16 절및연방 HIPAA 개인정보보호규칙[HIPAA Privacy Rule](45 CFR 164)의조항에따라허가되지않는한이용또는공개될수없습니다.

기밀유지에관한고지:OPWDD 에서제공하는개인에대한임상정보및지급기록은비밀로유지되며뉴욕주정신위생법(New York State Mental Hygiene Law) 33.13 절, 33.16 절및연방 HIPAA 개인정보보호규칙[HIPAA Privacy Rule](45 CFR 164)의조항에따라허가되지않는한이용또는공개될수없습니다.