

# 가입 시 필요한 정보를 살펴보십시오.

보험을 신청하는 모든 가족 구성원은 아래와 같은 정보를 준비해야 합니다:

- 현재 소득 증명 서류\*
- 성인의 경우 캘리포니아 신분증 또는 운전면허증
- 시민권 또는 이민 신분 총족 증명서(예: 미국 여권, 합법 거주자 카드, 시민권 증명서 또는 귀화 서류)\*\*
- 생년월일
- 사회보장번호(Social Security number) 또는 개인납세자 등록번호(Individual Taxpayer Identification number)가 있는 경우
- ZIP코드

## 공개 가입 기간

2018년 10월 15일

2019년 1월 15일

1월 1일부터 보험 보장을 받으시려면 12월 15일까지 등록하십시오.

Medi-Cal에는 연중 내내 가입하실 수 있습니다.

## 다양한 옵션이 있습니다.

Covered California는 네 가지 등급의 보장 플랜을 제공합니다: Bronze, Silver, Gold 및 Platinum 등급이 있습니다. 각 등급에 맞게 건강 보험 회사는 보장된 의료 서비스의 일부 비용을 지급하며, 한 등급 내에서 제공되는 보험금은 어느 회사를 선택하든 동일합니다.

### 평균 부담금

보장 등급	연간 부담금	보험 회사 부담	본인 부담
Bronze	있음	60%	40%
Silver	있음	70%	30%
Gold	없음	80%	20%
Platinum	없음	90%	10%

- **Platinum 또는 Gold 등급**을 선택하시면 귀하의 월납부 보험료는 높은 반면에, 지불해야 하는 의료 서비스 비용은 더 낮습니다.
- **Silver 또는 Bronze 등급**을 선택하시면 귀하의 월 납부 보험료는 낮은 반면에, 지불해야 하는 의료 서비스 비용은 증가합니다.
- **최저 보장플랜**은 30세 이하 또는 미국 보건복지부(U.S. Department of Health and Human Services)로부터 경제적인 어려움에 따른 면제를 받은 30세 이상 가입자를 위한 플랜입니다.

Silver 등급에서만 공제액 및 기타 비용이 귀하의 가구 소득에 따라 보다 낮을 수 있습니다.

자세한 정보가 필요하시거나 가까운 곳에서 무료 개인 도움을 받고 싶으시다면 아래로 연락 주십시오:



\*세금을 내는 가구의 모든 구성원의 현재 소득 증명서로 최근 세금 보고서, W-2 양식, 또는 급여 명세서를 의미합니다. 피부양자의 소득은 소득 수준이 세금 보고서를 제출해야 하는 경우에만 포함되어야 합니다. 가족이란 호주로서 세금을 보고하는 개인과 그 개인의 세금 보고서에 신고되어있는 모든 부양가족으로 정의됩니다. 세금 보고서를 제출하지 않으셔도 여전히 Medi-Cal을 통한 무료 또는 저가 보험에 가입할 자격이 있을 수 있습니다.

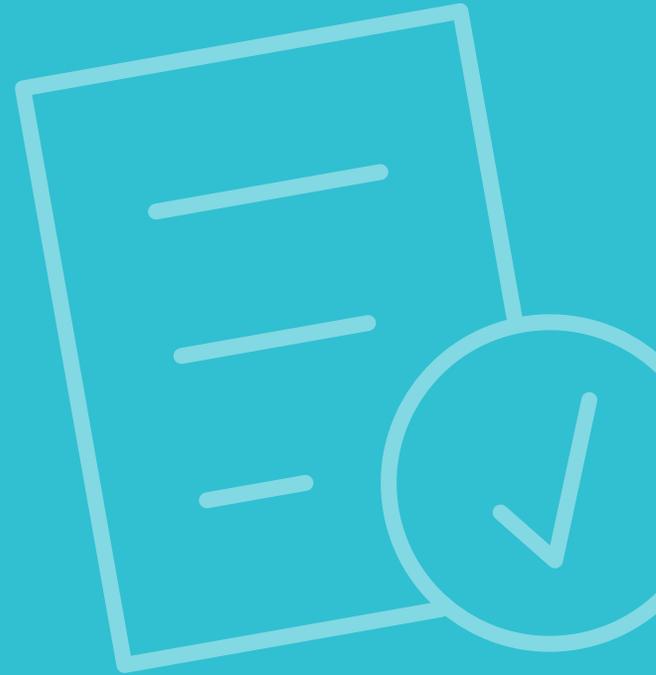
\*\*귀하가 가입 자격이 없으실지라도 자녀를 위해 보험 가입 신청을 하실 수 있습니다. 불법 체류자가 포함된 가족들도 신청할 수 있습니다.

CoveredCA.com | 800.738.9116

8000074-KOR-0718

적정가의 보험을 찾을 수 있도록  
Covered California가  
도와드릴 수 있습니다.

## 필수 안내 사항



# Covered California를 찾아 주셔서 감사합니다.



## 저희가 귀하와 함께하겠습니다.

Covered California는 캘리포니아 주민들이 다양한 브랜드 보험사가 제공하는 양질의 건강 보험 플랜을 찾고 비교할 수 있게 도와드립니다. 재정 보조 지원까지 받을 수도 있습니다.

## 저희가 곁에서 도와드리겠습니다.

Covered California는 가까운 곳에서 가입을 위한 무료 개인 상담, 온라인 상담 및 13개 국어 전화 서비스와 청각 장애인을 위한 서비스를 지원합니다.



**CoveredCA.com**를

방문하시거나 **800.738.9116**로

전화하셔서 가입 절차를 시작하십시오.

# 건강 보험료를 지원받을 수 있는지 알아보십시오.



혜택을 받을 자격이 되는지 알아보십시오.



재정 지원을 받을 수 있는 최대 연 가계  
소득

가족 인원수	MEDI-CAL	COVERED CALIFORNIA
1	\$16,754	\$48,560
2	\$22,715	\$65,840
3	\$28,677	\$83,120
4	\$34,638	\$100,400
5	\$40,600	\$117,680
6	\$46,652	\$134,960

무료 또는 저가 Medi-Cal에  
가입할 자격이 있을 수도  
있습니다.

Covered California를  
통해 재정 지원을 받을  
자격이 되실 수도  
있습니다.

상기 소득액은 추정치입니다. CoveredCA.com의 Shop and Compare 기능을 사용하여 귀하의 가족이 혜택을 받을 자격이 있는지 알아보십시오.

## Shop and Compare

CoveredCA.com에서  
“Shop and Compare”를  
방문하시면 귀하에게  
적합한 브랜드 건강  
플랜을 살펴보실 수  
있습니다.



더 궁금하신 사항이 있으십니까?

CoveredCA.com/FAQS에서 제공하는  
“Welcome to Answers” 비디오를 시청하십시오.

Covered California complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.  
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.800.300.0213 (TTY: 1.888.889.4500).  
注意: 如果您使用中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.800.300.1533 (TTY 1.888.889.4500)