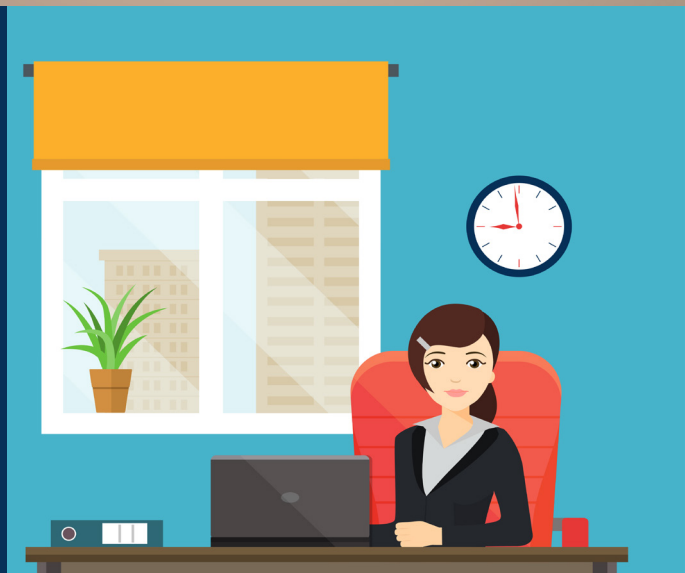




신청 가이드

Wisconsin주 보건, 영양 및 기타 프로그램 신청하기



장애가 있어 본 가이드를 다른 형태로 제공받고 싶거나, 타 언어로 된 번역본이 필요하거나, 권리 및 책임에 관해 문의 사항이 있을 경우, 지역 사무소(15페이지 참고)나 Member Services(회원 서비스)를 제공하는 전화번호 800-362-3002로 연락해 주십시오. 모든 언어 서비스는 무료로 제공됩니다.

환영합니다

건강보험 가입에 도움이 필요하신가요? 이번 달 식비 지출이 걱정되시나요? 귀하가 학교나 직장에 다니거나 직업 교육을 받는 동안 자녀를 맡길 수 있도록 보육비 지원이 필요하신가요? 구직이나 경력 개발에 필요한 업무 능력을 기르는 데 도움이 필요하신가요?

본 가이드는 Wisconsin주에서 제공하는 보건, 영양 관리를 비롯한 각종 혜택 및 프로그램의 신청 방법을 소개합니다. 자격 요건을 갖춘 것으로 확인된 모든 분들께서는 필요한 혜택을 받거나 원하시는 프로그램에 등록하실 수 있습니다.



보건



영양



보육



취업



목차

혜택 및 프로그램	4
신청 방법	7
신청 조건	8
도움 및 팁	9
증빙 자료 제출	10
신청자 대상 안내문	14
자료 및 문의처	15
심리 신청 권리	17
정보 수집과 활용 및 개인정보 보호	20

혜택 및 프로그램

Wisconsin주에서는 보건, 영양, 보육, 취업을 지원하기 위한 다음과 같은 혜택 및 프로그램들을 제공합니다. 각 프로그램에 관한 자세한 정보는 아래 사이트들을 통해 확인하실 수 있습니다.

- www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm.
- <https://dcf.wisconsin.gov/childcare>.
- <https://dcf.wisconsin.gov/w2/parents>.

BadgerCare Plus

BadgerCare Plus는 만 0~64세 저소득층에게 건강보험 혜택을 제공합니다.

BadgerCare Plus Prenatal Plan 프로그램

BadgerCare Plus Prenatal Plan 프로그램은 체류 신분이 맞지 않거나 현재 수감 중이어서 BadgerCare Plus 혜택을 받지 못하는 임산부를 대상으로 임신 관련 건강보험 혜택을 제공합니다.

Badger Care Plus Emergency Services

BadgerCare Plus Emergency Services는 체류 신분이 맞지 않거나 시민권자가 아니라서 BadgerCare Plus 혜택을 받지 못하지만 당장 의료 서비스가 필요한 일부 경우에 한해 제한적 건강보험 혜택을 제공합니다.

Family Planning Only Services

Family Planning Only Services 프로그램은 남녀 모두에게 가족 계획을 위한 서비스와 물품을 제공하여 계획하지 않은 임신을 예방합니다.

FoodShare

FoodShare Wisconsin은 흔히 SNAP(영양보충지원

본 가이드에 소개된 혜택 및 프로그램 이외의 도움이 필요하신 분들을 위한 다른 자료들도 있습니다. 지역 사무소나 211로 전화하여 자세한 정보를 안내 받으세요. 지역 사무소 연락처 정보는 15페이지에 안내되어 있습니다.

프로그램)이라고도 불리며, 저소득층의 건강 증진을 위해 식품비를 지원합니다.

Medicaid for the Elderly, Blind, or Disabled

Medicaid for the Elderly, Blind, or Disabled는 만 65세 이상의 고령이거나 시각장애 또는 기타 장애를 가진 저소득층을 대상으로 건강보험 혜택을 제공합니다. 여기에는 다음과 같은 건강보험 플랜이 포함됩니다.

- Supplemental Security Income (SSI) Medicaid
- SSI 관련 Medicaid
- Medicaid Purchase Plan
- Wisconsin Well Woman Medicaid
- Family Care, Family Care Partnership, IRIS(Include, Respect, I Self-Direct - 통합, 존중, 자기 주도), Program of All-Inclusive Care for the Elderly(PACE), Institutional Medicaid, Katie Beckett 등을 포함한 장기 요양 혜택

Family Care

Family Care는 만 65세 이상의 고령자 및 신체 장애, 발달 장애, 지적 장애를 가진 성인에게 장기 요양 서비스를 제공하여 가능한 한 본인의 집에서 거주할 수 있도록 돕습니다.

Family Care Partnership

Family Care Partnership은 만 65세 이상의 고령자 및 신체 장애, 발달 장애, 지적 장애를 가진 성인에게 장기 요양 서비스, 건강 보험, 처방약을 지원하여 지역사회에서 가능한 한 독립하여 살아갈 수 있도록 돕습니다.

IRIS(Include, Respect, I Self-Direct - 통합, 존중, 자기 주도) 프로그램

IRIS는 장기적 지원이 필요한 만 18세 이상 성인이 본인이 제공받을 장기 요양 서비스들을 스스로 관리할 수 있도록 합니다.

Program of All-Inclusive Care for the Elderly(PACE)

PACE는 Milwaukee 또는 Waukesha 카운티에 거주하는 만 55세 이상 성인에게 장기 요양 서비스, 건강보험 혜택 및 처방약을 제공합니다.

Institutional Medicaid(병원, 요양원, 정신질환 치료 기관)

Institutional Medicaid는 의료 기관에서 30일 이상 연속으로 입원 중이거나 30일 이상 연속으로 입원 예정인 이들에게 건강보험과 장기 요양 서비스를 제공합니다.

Katie Beckett Medicaid

Katie Beckett 프로그램은 가족과 함께 거주하며 장기적 장애가 있거나 복합적인 치료가 필요한 만 19세 미만 아동 및 청소년에게 건강보험 혜택을 제공합니다.

Medicare 세이빙스 프로그램

Medicare 세이빙스 프로그램은 Medicare 가입자에게 소득 및 재산에 따라 Medicare 비용 중 특정 부분을 지원합니다.

Qualified Medicare Beneficiary

Medicaid가 Medicare 파트 A와 파트 B 보험료, Medicare 공동보험료 및 공제금을 제공합니다.

Specified Low Income Medicare Beneficiary

Medicaid가 Medicare 파트 B 보험료를 제공합니다.

Qualified Individual Group 1(Specified Low Income Beneficiary Plus)

Medicaid가 Medicare 파트 B 보험료를 제공합니다.

Qualified Disabled and Working Individual

Medicaid가 파트 A 보험료를 제공합니다.



SeniorCare

SeniorCare는 만 65세 이상 노인에게 처방약을 위한 비용을 지원합니다.

Tuberculosis-Related Services Only Benefit

Tuberculosis-Related Services Only Benefit은 결핵 진단을 받았으나 Medicaid에 가입할 수 없는 이들에게 결핵 관련 서비스들을 제공합니다.

Caretaker Supplement

Caretaker Supplement는 SSI 지급 대상자이자 자녀와 함께 거주하면서 양육하는 저소득층 부모에게 제공하는 현금 지원 혜택입니다.

Wisconsin Shares Child Care Subsidy 프로그램

Wisconsin Shares Child Care Subsidy 프로그램은 저소득층 가구의 보육비를 지원하여 부모나 승인된 보호자가 직장이나 학교에 다니거나 승인된 직업 교육 프로그램에 참여할 수 있도록 돕습니다.

Wisconsin Works(W-2)

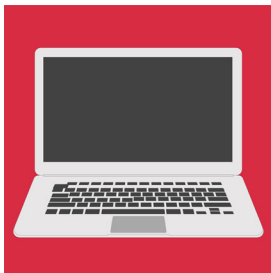
W-2는 저소득층 부모 및 임산부를 대상으로 제한된 기간 동안 현금 지원 및 유형별 관리 서비스를 지원하며 경제활동에 참여하고자 하는 성인들을 대상으로 하는 직업 프로그램입니다.



신청 방법

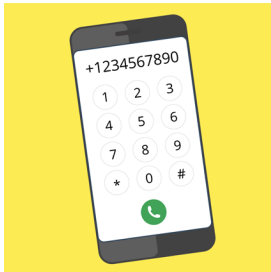
온라인, 전화, 우편 또는 지역 사무소 방문을 통해 혜택 및 프로그램 등록을 신청하실 수 있습니다. 영어 또는 스페인어를 읽거나 쓸 수 없으시다면, 지역 사무소에 전화하거나 서면 신청서 제출로 신청할 수 있습니다.

번역 및 통역 서비스를 비롯한 언어 지원 서비스는 무료로 제공됩니다. 지역 사무소에 전화해 도움을 요청하세요. 지역 사무소 연락처 정보는 15페이지에 안내되어 있습니다.



온라인: 영어 및 스페인어만 지원

access.wisconsin.gov를 방문하세요. 'Apply for Benefits'(혜택 신청)을 선택하세요. 제공하신 정보를 바탕으로 이용 가능한 건강, 영양, 기타 혜택 또는 프로그램들을 확인하실 수 있습니다. ACCESS 계정을 만들면 온라인 신청 상태를 확인하실 수 있습니다.



전화

지역 사무소로 전화해 신청하세요. 지역 사무소 연락처 정보는 15페이지에 안내되어 있습니다.

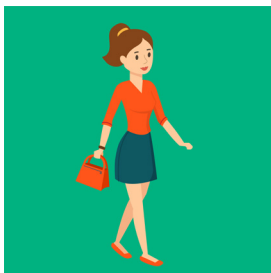


우편 또는 팩스

원하는 언어로 된 서면 신청서를 프린트하세요.

- **BadgerCare Plus 및 Family Planning Only Services:** www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10182.htm 방문
- **FoodShare:** www.dhs.wisconsin.gov/library/F-16019A.htm 방문
- **Medicaid:** www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10101.htm 방문
- **SeniorCare:** www.dhs.wisconsin.gov/library/f-10076.htm 방문

신청서에 적힌 지침에 따라 신청서를 제출하세요. 팩스로 제출하는 경우, 신청서 양면을 모두 전송하셔야 합니다.

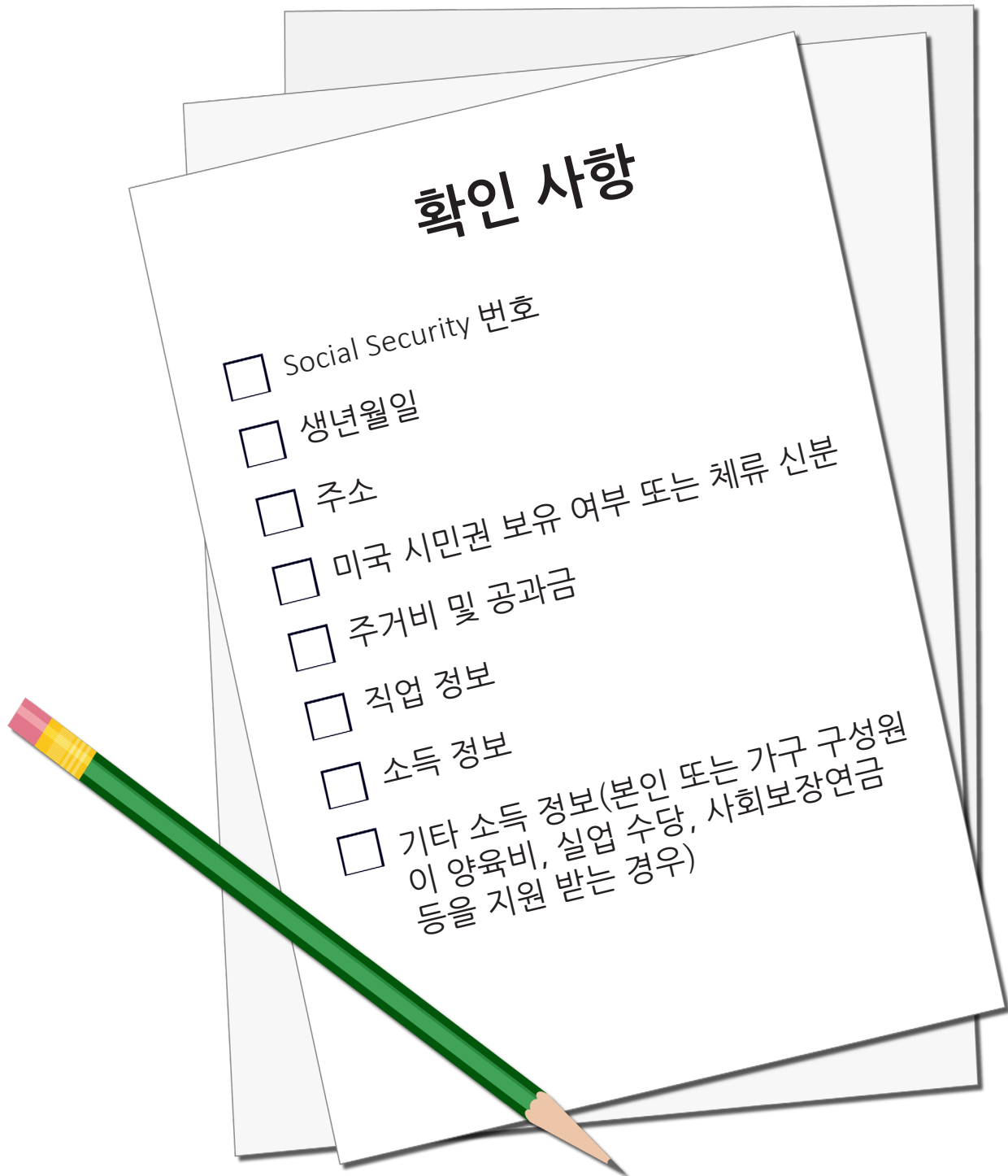


직접 방문

지역 사무소를 방문하면 담당자가 서면 신청서 작성이나 온라인 신청 방법을 안내해 드릴 것입니다. 지역 사무소 연락처 정보는 15페이지에 안내되어 있습니다.

신청 조건

혜택 또는 프로그램 신청 시, 신청자별로 다음 정보의 일부 또는 전부를 제공해야 합니다. 이 정보들을 바로 제공할 수 있으면 신청이 보다 쉽고 빠르게 처리됩니다.



도움 및 팁

타인으로부터 도움 받기

친구, 친척 또는 이웃 등 누구에게든 혜택 신청에 관해 도움을 받으실 수 있습니다. 혜택 신청 및 관리를 위해 타인이나 기관으로부터 도움을 받고자 할 경우, 귀하나 법원이 대리인을 지명해야 합니다. 다음은 지명 가능한 대리인 목록입니다.

승인 받은 대리인

승인 받은 대리인이란 혜택 및 프로그램의 신청과 관리를 위해 도움을 받고자 귀하가 지명한 개인 또는 기관을 의미합니다.

개인을 승인 받은 대리인으로 지정하려면 Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Person(승인 받은 대리인의 지명, 변경 또는 철회: 개인용) 양식 F-10126A 를 작성해야 합니다. www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm 를 방문해 양식을 받으세요.

기관을 승인 받은 대리인으로 지정하려면 Appoint, Change, or Remove an Authorized Representative: Organization(승인 받은 대리인의 지명, 변경 또는 철회: 기관용) 양식 F-10126B 를 작성해야 합니다. www.dhs.wisconsin.gov/library/F-10126.htm 를 방문해 양식을 받으세요.

기타 대리인

관리 대리인이나 특정한 법적 후견인(예: 재산 관리인) 또는 특정한 위임장(예: 금융거래위임장) 을 받은 대리인도 승인 받은 대리인으로 지정해 혜택 및 프로그램의 신청과 관리에 도움을 받으실 수 있습니다. 지정된 대리인은 귀하의 대리인이라는 신분을 증명하는 서류를 제공해야 할 수 있습니다.

대리인에 관한 자세한 정보: www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm 를 방문하세요.

신청 시 주의 사항

- 소득 기준 및 등록 규정은 프로그램마다 다릅니다. 자격 요건이 되는지를 확실히 확인하려면 신청을 해보아야 합니다. 신청하기에 앞서 자격 요건이 되는지 확인하고 싶다면 access.wisconsin.gov 를 방문해 'Am I Eligible?'(적격 여부 확인)을 선택하세요. 자격 요건이 되는지를 판단하려면 몇 가지 질문에 답하셔야 합니다.
- 각 프로그램의 현재 소득 한도를 확인하고 싶다면 www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm 를 방문하세요.
- FoodShare를 신청하는 경우 인터뷰를 진행해야 합니다. 전화 통화 또는 지역 사무소 방문을 통해 인터뷰를 진행하실 수 있습니다. 온라인 신청서 제출 후 지역 사무소에 전화하세요.
- Medicaid 및 Caretaker Supplement를 신청하는 경우 재산 정보와 이를 뒷받침하는 증빙 자료를 제출해야 합니다. 은행 잔고 내역서를 준비해두면 신청이 보다 쉽고 빠르게 처리됩니다.



증빙 자료 제출

혜택 또는 프로그램을 신청한 후에는 추가 정보나 증빙 자료 제출이 필요할 수 있습니다. 지역 사무소에서 귀하의 신청서를 검토한 후 **증빙 자료 제출이 필요한 정보에 관해 안내문을 발송할** 것입니다.

다음은 증빙 자료 예시 목록입니다. 일부 경우에는 지역 사무소가 다른 경로를 통해 증빙 자료를 입수할 수 있으므로 귀하가 직접 제출하지 않아도 됩니다. 증빙 자료 준비에 도움이 필요하시면 지역 사무소로 전화하여 문의 바랍니다.

장애 증명

- Disability Determination Bureau의 승인서
- 사회보장국의 지급 서신

신분 증명

- 유효한 미국 여권
- 주에서 발급한 유효한 운전면허증 또는 신분증
- 사진이 포함된 학교 ID
- 사진이 포함된 직원 ID
- 군인 가족 ID 카드
- 군인 ID 또는 징집 기록
- 미국 원주민 등록 서류
- BadgerCare Plus 또는 Medicaid를 신청하는 만 18세 미만 아동 및 청소년의 경우 서명된 Statement of Identity(신원 진술서) 양식 F-10154 필요(양식이 필요한 경우 지역 사무소에 문의)
- 사진이 포함된 U.S. Citizenship and Immigration Services(USCIS) ID

MyACCESS 모바일 앱, 우편 또는 팩스를 통해 증빙 자료를 제출하실 수 있습니다.

증빙 자료를 제출하는 가장 간단한 방법은 MyACCESS 모바일 앱을 이용하는 것입니다. 앱스토어나 구글 플레이에서 무료로 다운로드 받으세요. 앱에서는 영어 및 스페인어만 지원됩니다.

기타/추가 신분 증명 — FoodShare용

- 출생증명서
- 병원 출생 기록
- 입양 기록
- 급료 지급 수표 또는 급여 명세서
- 작성된 Application for a Social Security Card(사회보장카드 신청서) SS-5
- 견진 기록 또는 교회 회원 증명서
- 유권자 등록 카드
- 가족 기록(생일 기록집, 족보, 신문의 출생 발표, 혼인 허가서, 부양 서류, 이혼 서류 등)
- 생명 보험 증권
- 기타 사회 서비스 프로그램 ID
- 노동 조합 또는 사회 단체 기록
- 개명을 위한 법원 명령서

기타/추가 신분 증명 — FoodShare 및 건강보험용

의료 기록(백신 접종 증명서, 의사 또는 병원의 기록, 계산서)

성인 및 아동의 미국 시민권 증명

- 유효한 미국 여권
- 미국 출생 증명서의 공인 사본
- 시민권 ID 카드
- Certificate of Citizenship or Naturalization(시민권 또는 귀화 증명서)
- 입양 서류
- 미국 내 출생지가 명시된 군인 기록, 병원 기록, 학교 기록, 보험 기록 또는 요양원 기록
- 연방이 인정하는 부족이 발급한 미국 원주민 ID 카드 또는 기타 서류

체류 신분 증명(미국 시민권자가 아닌 경우)

- 영주권 또는 그린 카드
- Certificate of Naturalization(귀화 증명서)
- USCIS가 발급한 서류, 외국인 등록증("A") 번호 또는 USCIS 번호

부족 소속 및/또는 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민 혈통임에 대한 증명

- 부족 등록 카드
- 부족이 발급하여 소속을 명시하는 증명서 또는 기타 서류
- Bureau of Indian Affairs에서 발급하는 Certificate of Degree of Indian Blood(아메리카 원주민 혈통 증명서)
- 부족 인구조사 서류
- 부족 일원의 자녀 또는 손주임을 명시하는 출생 증명서, 의료 기록 또는 기타 기록
- 미국 원주민 건강보험 기관이 제공하는 서비스를 받을 자격이 있거나 해당 서비스를 받은 적이 있음을 증명하는 의료 기록 또는 기타 서류

양육비 및/또는 이혼 수당 지급/수령 증명

- 법원 명령
- 다른 주의 지급 기록

재산 증명

- 은행 잔고 내역서
- 소유권 증서
- 계약서
- 양도 증서
- 금융 기록
- 생명 보험 증권

근로 소득 증명서

- 지난 30일에 해당하는 급여 내역서
- Employer Verification of Earnings(EVF-E, 고용주 소득 증명) 양식 F-10146(지역 사무소에 문의하여 해당 양식을 받으세요. 귀하의 고용주가 이 양식을 작성하고 서명해야 합니다. 양식에 기입된 주소로 작성된 양식을 발송하세요.)
- 고용주가 발송한 서신(서신을 선택할 경우, EVF-E 양식과 동일한 정보가 명시되어 있어야 합니다.)

자영업 소득 증명

- 세금 신고서 사본
- Self-Employment Income Report(자영업 소득 신고서) 양식 F-00107, 또는 Self-Employment Income Report: Farm Business(자영업 소득 신고서: 농업용) 양식 F-00219(지역 사무소에 문의하여 해당 양식을 받으세요. 귀하의 자영업에 관한 세금 신고 전일 경우에만 이 양식들을 사용하세요.)

기타 소득 증명

주: 기타 소득은 이혼 수당, 양육비, 장애 또는 질병 수당, 이자 또는 배당금, 재향 군인 혜택, 산재 보상, 실업 보험 등을 의미합니다.

- 연금 명세서
- 현재 지급 내역서
- Unemployment Compensation(실업 보상) 지급 서신
- 재산 분할, 생활비, 가족 부양비 또는 자녀 양육비 등을 명시하는 이혼 서류
- 법원이 명령한 합의 서류
- 사회 보장 지급 서신
- Veterans Affairs 지급 서신
- 보상 지급 서신
- 금융 지원 지급 서신
- 불로소득을 명시하는 세금 기록
- 기타 수입원 서류
- Kinship Care(친족 돌봄), Foster Care(위탁 보호) 또는 Subsidized Guardian(후견인 보조금) 지급 증명서 또는 임시 보호자 보조금 지급 증명서(아동 보호 서비스 기관의 구두 또는 서면 확인)

Wisconsin주 거주 증명

- 현 주소가 명시된 임대차 계약서 또는 주인이 발급한 영수증이나 서신
- 현 주소가 명시된 대출금 영수증
- 현 주소가 명시된 공과금 및/또는 전화 요금 명세서
- 성명, 현 주소 및 고용주가 명시된 급여 내역서
- 주택 보조금 프로그램 승인 서류
- 내후성 지원 프로그램 승인 서류
- 유효한 Wisconsin주 발급 운전면허증
- 유효한 Wisconsin ID 카드
- 유효한 자동차 등록증

주: 개인 또는 가족 단위로 노숙 중인 이들은 현 주소를 증명할 필요는 없으나, 현재 Wisconsin에 살고 있으며 앞으로도 살 계획임을 입증해야 합니다.

교육 증명

- 학교 일정
- 성적표

의료 비용 증명

- 청구서 또는 항목별 영수증
- 파트 B 보장을 명시하는 Medicare 카드
- 보험료, 공동 보험, 공동 지급 또는 공제 등을 명시하는 건강보험 증권
- 라벨에 가격이 적힌 약병 또는 치료약

세전 공제 증명

- 급여 내역서
- 고용주 서신

세금 공제 증명

- 영수증
- 은행 잔고 내역서
- 급여 내역서
- 지난해 세금 신고서

자녀 양육 및 승인된 활동 불가능 증명

해당 부모가 자녀 양육이 불가하며 승인된 활동에 참여할 수 없음을 증명하는 의사, 정신과 전문의 또는 심리학 전문의의 서신

자녀 양육비 증명

- 보육 기관 또는 보육자의 서면 진술서
- 지불필 수표
- 지급 완료 영수증 또는 계산서

주거지 및/또는 공과금 비용 증명

- 대출금 상환 기록
- 임차 비용 영수증
- 임대인이 발급한 내역서
- 임대차 계약서
- HUD 주택 보조금 승인서
- 재산세 내역서
- 공과금 고지서
- 전기, 가스, 수도 업체가 발급한 내역서
- 전화 요금 고지서
- 주택 보유자의 보험 증권 또는 대금 청구서
- WHEAP/LIHEAP 또는 기타 에너지 보조금

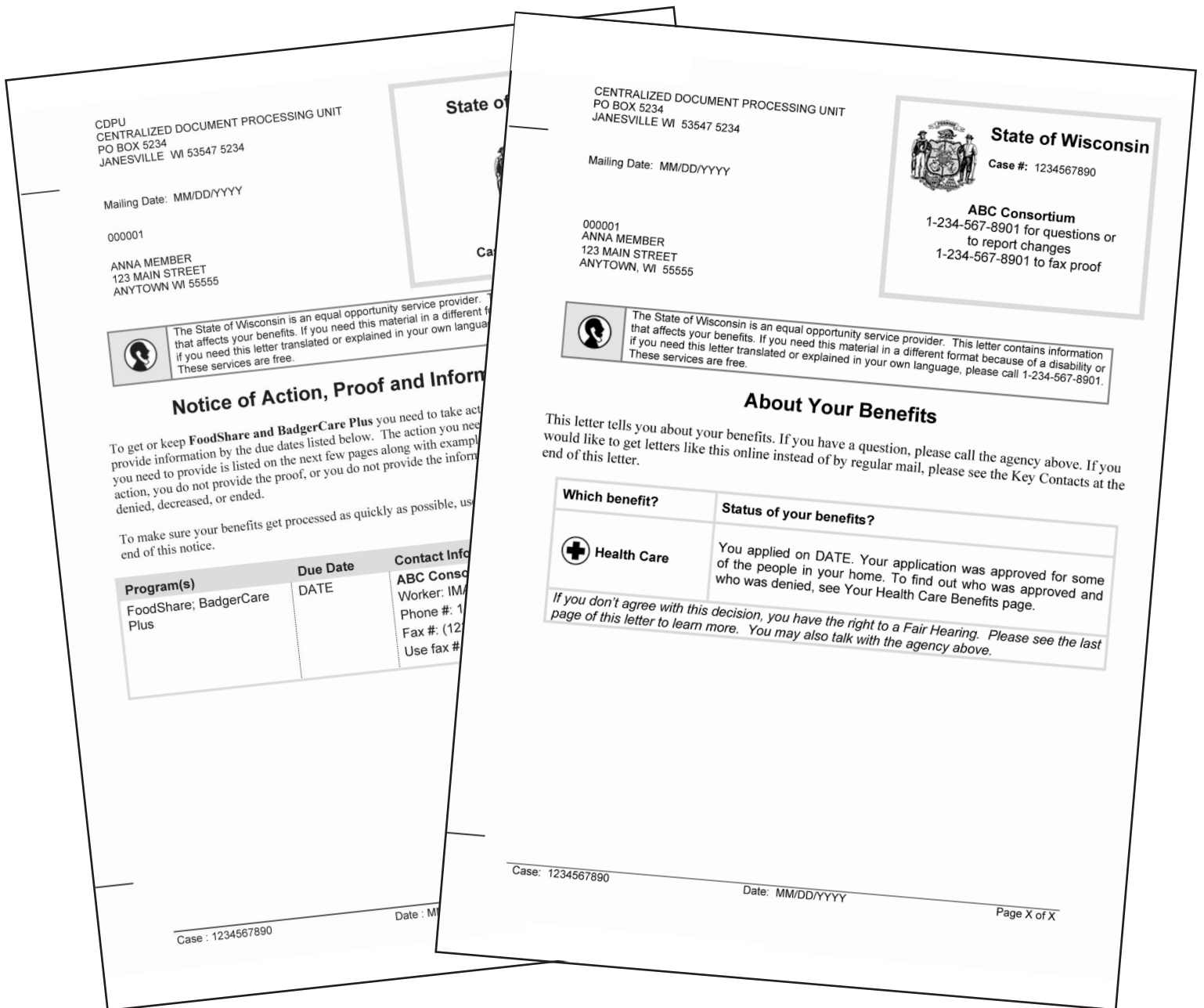


MyACCESS 앱을 이용해 증빙 자료의 사진을 찍어 제출하세요.

신청자 대상 안내문

신청 후에는 우편으로 서신들을 받게 됩니다. 이 서신들은 귀하의 혜택 및 프로그램의 현재 상태와 지역 사무소에 제출할 사항을 안내합니다. 이에 따라 추가 정보를 제공하거나, 절차를 완료하거나, 귀하의 정보를 뒷받침하는 증빙 자료를 제출해야 할 수 있습니다. 수취하는 각각의 서신을 주의 깊게 읽어주세요.

일반 우편 대신 온라인 서신 받기를 선택하실 수도 있습니다. 이를 위해서는 access.wisconsin.gov에서 ACCESS 계정으로 로그인해야 합니다. ACCESS 계정이 아직 없다면 새로 만들어 귀하의 혜택 및 프로그램에 관한 서신과 정보를 온라인으로 확인하실 수 있습니다.



자료 및 문의처

혜택 및 프로그램

귀하가 거주하는 카운티 또는 부족의 사무소에서 혜택 및 프로그램에 관한 질문에 답변을 얻거나 신청 절차, 등록 규정 이해, FoodShare 인터뷰 완료 등에 도움을 받으실 수 있습니다.

Wisconsin주 내에서 카운티 사무소는 11개 그룹으로 구분됩니다. 이 사무소 그룹 각각을 '컨소시엄'이라고 칭합니다.

또한 Wisconsin주에는 9개의 부족 사무소가 운영되고 있습니다. 부족 일원인 경우 부족 사무소로

연락하세요. 소속된 부족에 사무소가 없는 경우, 본인이 거주하는 카운티의 사무소로 연락하세요.

다음 표에는 컨소시엄들과 부족들이 알파벳 순으로 정리되어 있으며, 각 컨소시엄 또는 부족 사무소의 연락처, 각 컨소시엄에 해당하는 카운티를 확인할 수 있습니다. 귀하의 담당 사무소에 문의하시려면 메인 컨소시엄 전화번호로 연락하시면 됩니다. 예를 들어 Green Lake County(그린 레이크 카운티)에 거주하시는 경우, 888-256-4563로 전화하세요.

Bad River Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians	715-682-7127
Bay Lake	888-794-5747
<ul style="list-style-type: none"> • Brown • Door • Marinette • Oconto • Shawano 	
Capital	888-794-5556
<ul style="list-style-type: none"> • Adams • Columbia • Dane • Dodge • Juneau • Richland • Sauk • Sheboygan 	
Central	888-445-1621
<ul style="list-style-type: none"> • Langlade • Marathon • Oneida • Portage 	
East Central Income Maintenance Partnership	888-256-4563
<ul style="list-style-type: none"> • Calumet • Green Lake • Kewaunee • Manitowoc • Marquette • Outagamie • Waupaca • Waushara • Winnebago 	
Forest County Potawatomi Community	715-478-4433
Great Rivers	888-283-0012
<ul style="list-style-type: none"> • Barron • Burnett • Chippewa • Douglas • Dunn • Eau Claire • Pierce • Polk • St. Croix • Washburn 	
Lac Courte Oreilles Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians of Wisconsin	715-634-8934
Lac du Flambeau Band of Lake Superior Tribe of Chippewa Indians	715-588-4235
Menominee Indian Tribe of Wisconsin	715-799-5137

MILES	888-947-6583
Milwaukee	
Moraine Lakes	888-446-1239
<ul style="list-style-type: none"> Fond du Lac Ozaukee Walworth Washington Waukesha 	
Northern	888-794-5722
<ul style="list-style-type: none"> Ashland Bayfield Florence Forest Iron Lincoln Price Rusk Sawyer Taylor Vilas Wood 	
Oneida Nation	800-216-3216
Red Cliff Band of Lake Superior Chippewa	715-779-3706
Sokaogon Chippewa Community	715-478-3265
Southern	888-794-5780
<ul style="list-style-type: none"> Crawford Grant Green Iowa Jefferson Lafayette Rock 	
Stockbridge-Munsee Community	715-793-4032
Western Region for Economic Assistance	888-627-0430
<ul style="list-style-type: none"> Buffalo Clark Jackson La Crosse Monroe Pepin Trempealeau Vernon 	
Wisconsin's Kenosha Racine Partnership (WKRP)	888-794-5820
<ul style="list-style-type: none"> Kenosha Racine 	

건강보험 서비스

BadgerCare Plus 및 Medicaid에서 보장하는 서비스에 관한 문의 사항이 있을 경우, 회원 서비스 전화번호 800-362-3002로 연락하세요.

SeniorCare

SeniorCare에 관한 문의 사항이 있을 경우, SeniorCare 고객 서비스 핫라인 전화번호 800-657-2038로 연락하세요.

노인 또는 장애인에게는 지역 노령 및 장애 자료 센터(ADRC)에서 다양한 종류의 프로그램 및 서비스에 관한 정보를 제공해드리며, 이용 가능한 여러 장기 요양 옵션을 알려드립니다. 해당 지역 ADRC에 관한 정보를 원하실 경우, www.FindMyADRC.com를 방문하세요.

공정 심리 신청 권리

귀하의 혜택 신청이 거부되거나 혜택이 줄어들거나 지급이 중단되었을 시 지역 사무소의 오류 때문이라고 생각하는 경우, 해당 지역 사무소로 연락하세요. 지역 사무소가 동의하지 않을 경우, 담당자의 도움을 받아 사전 심리 회의와 공정 심리를 신청하실 수 있습니다.

사전 심리 회의

공정 심리를 진행할 때까지 기다리지 않고 사전 심리 회의를 통해 지역 사무소와 합의하실 수 있습니다. 회의에서는 귀하의 입장을 설명하실 수 있습니다.

해당 지역 사무소는 조치를 취한 이유를 설명해 줄 것입니다. 지역 사무소의 오류로 판단되면 사무소는 결정을 변경하고 이를 바로잡는 조치를 취할 것입니다. 지역 사무소에서 기존의 조치가 옳다고 판단하지만 귀하가 이에 동의하지 않는 경우, 공정 심리 절차를 진행할 권리가 있습니다.

주: 사전 심리 회의 진행에 대한 동의는 공정 심리 신청 권리에 아무런 영향을 미치지 않습니다. 귀하는 심리를 신청하실 수 있으며, 사전 심리 회의의 결과에 만족하는 경우 심리를 취소하실 수 있습니다.

공정 심리

공정 심리에서는 심리 담당관에게 신청 결과나 혜택에 관한 결정이 틀렸다고 생각하는 이유를 설명하실 수 있습니다. 심리 담당관은 귀하와 지역 사무소의 입장에 대해 이야기를 듣고 결정이 옳은지 판단합니다. 심리에는 친구나 가족과 동행할 수 있습니다. 또한 무료 법률 자문을 구할 수도 있습니다. 이에 관한 자세한 정보는 19페이지의 법률 자문 부분에서 확인하세요.

공정 심리 절차 활용 경우

다음은 공정 심리 절차를 신청하는 경우에 관한 예시입니다.

- 귀하의 신청이 불공정한 사유 또는 오류로 인해 거절되었다고 생각하는 경우
- 귀하의 혜택이 오류로 인해 유예되거나, 줄어들거나, 중단되었다고 생각하는 경우
- 지급 받는 혜택의 금액에 동의하지 않는 경우
- 귀하의 신청에 대해 30일 내에 조치가 취해지지 않은 경우

취해진 조치를 이해하기 위해 수취하는 모든 서신을 주의 깊게 읽어주시기 바랍니다. 귀하의 혜택이 변경된 이유가 연방 또는 주 규정의 변경에 의한 경우, 심리항소국에서 심리 신청을 승인하지 않을 수 있습니다.

심리 신청 방법

지역 사무소의 도움을 받아 심리를 신청하거나 직접 아래 기관으로 서신을 통해 신청하세요.

Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
PO Box 7875
Madison, WI 53707-7875

Fair Hearing Request(심리 신청) 양식은 www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm을 방문해 온라인으로 다운로드 받거나 전화번호 608-266-7709로 연락해 받으시길 바랍니다.

양식 대신 서신을 이용해 신청하고자 하는 경우, 반드시 다음 정보를 명시하세요.

- 성명
- 우편 주소
- 사안에 관한 간단한 설명

- 조치를 취하거나 서비스 제공을 거절한 지역 사무소명
- Social Security 번호
- 서명

FoodShare의 경우, 해당 지역 사무소에서 구두로 신청이 가능합니다.

건강보험의 경우, 문제가 된 조치가 발생한 후 45일 내로 심리 신청을 완료해야 합니다. FoodShare의 경우, 문제가 된 조치가 발생한 후 90일 내로 심리 신청을 완료해야 합니다. 귀하가 지급 받는 혜택의 금액에 동의하지 않을 경우, FoodShare 혜택을 받는 기간 동안 언제든지 심리를 신청하실 수 있습니다. 귀하의 최근 등록 서신에는 심리 신청 기한이 명시되어 있습니다.

귀하와 귀하의 대리인(대리인을 지명한 경우), 그리고 해당 지역 사무소는 심리를 진행하기 최소 10일 전 일시와 장소에 대한 서면 안내문을 받을 것입니다.

공정 심리 준비

귀하는 증인, 변호인, 또는 기타 자문 제공자와 심리에 동행하실 수 있습니다. Department of Health Services에서 귀하의 대리인이 제공하는 법률 자문의 비용을 지급하지는 않지만, 문의 사항이나 심리 대리를 위한 무료 법률 자문을 구하도록 도움을 줄 수 있습니다.

귀하는 혜택 및 프로그램 등록 판단에 활용된 귀하께 해당하는 모든 문서의 정보를 검토할 권리가 있습니다.

귀하 또는 대리인에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 공정심리에서 증인에게 질문할 권리
- 귀하가 옳음을 증명하는 주장 및 서면 자료 제시 권리
- 귀하의 장애 여부나 질환 또는 부상으로 인한 경제 활동 불가 여부에 관한 공정 심리인 경우 의료 기록을 증빙 자료로 제출할 권리. 의료 증빙 자료 발급 비용은 해당 지역 사무소에서 부담합니다.

영어를 구사할 수 없는 경우, 심리에 통역사를 동반할 수 있습니다. 귀하의 신청이 있을 경우 Division of Hearings and Appeals에서 번역 또는 통역 비용을 부담할 수 있습니다.

혜택 지속

현재 혜택을 받고 있으며 혜택 변경 전 심리 진행을 원하는 경우, 심리 담당관이 판단을 내릴 때까지 동일한 혜택을 지속적으로 받으실 수 있습니다.

심리 담당관이 해당 지역 사무소의 조치가 옳다고 판단하는 경우, 귀하는 공정 심리 신청일과 심리 담당관의 결정이 이루어진 시점 사이에 수령한 금액을 돌려주거나 되갚아야 합니다.

공정 심리를 신청한 경우에도 기존 등록에 대한 갱신일이 도래하면 예정대로 진행해야 합니다. 공정 심리 진행 전에 지역 사무소에서 등록 기한 만료를 안내한 경우, 혜택을 계속해서 받으려면 재신청 후 모든 프로그램 규정을 충족해야 합니다. 등록 갱신을 통해 귀하의 상황에 변화가 있다고 판단되는 경우, 귀하의 혜택 금액이 변경되거나 지급이 중단될 수 있습니다.

공정 심리 결과의 효과

공정 심리를 통해 귀하가 옳다고 판단된 경우, 지역 사무소는 귀하를 상대로 어떠한 조치도 취하지 않을 것입니다. 혜택 지급이 중단되었을 경우, 해당 지급이 재개될 것입니다. 혜택 지급 시작일은 공정 심리 결과 통지서를 통해 안내됩니다.

공정 심리를 통해 지역 사무소가 옳다고 판단된 경우 조치는 예정대로 취해질 것이며, 귀하는 수령하지 않았어야 하는 금액을 반환해야 합니다. 혜택 금액 반환에 관한 제한 사항에 관해서는 해당 지역 사무소에 문의하세요.

공정 심리 신청에 관해 별도의 추가 조치는 취하지 않습니다.

재심리

공정 심리 결과에 동의하지 않는 경우, 다음 경우에 한해 재심리를 신청할 권리가 있습니다.

- 심리가 진행되기 전에는 몰랐거나 확보할 수 없었으나 판단에 영향을 미칠 만한 새로운 증거가 확보된 경우
- 심리 결과 판단에 활용된 정보에 오류가 있다고 생각하는 경우
- 심리 결과 판단에 활용된 법적 근거에 오류가 있다고 생각하는 경우

재심리 서면 신청서는 심리 결과 서면 통지서를 받은 일자로부터 20일 내에 접수되어야 합니다. 심리항소국은 재심리 서면 신청서 접수일로부터 30일 내에 재심리 진행 여부를 결정할 것입니다. 30일 내에 서면 답변을 받지 못하는 경우, 귀하의 재심리 신청이 승인되지 않은 것입니다.

심리 또는 재심리 신청 결과에 대한 항소

공정 심리 또는 재심리 신청 결과에 동의하지 않는 경우, 거주하는 카운티의 순회법원에 항소할 수 있습니다. 항소는 공정 심리 결과 서면 통지서 수신일로부터 30일 내, 또는 재심리 신청 거부일로부터 30일 내에 신청해야 합니다. 순회법원 항소는 해당 카운티의 법원 서기와 함께 탄원서를 제출하는 방식으로 진행합니다. 공정 심리 결과에 대해 순회법원 항소를 진행하고자 할 경우 법률 자문을 받는 것이 바람직합니다.

법률 자문

여러분은 Wisconsin Judicare, Inc. 또는 Legal Action of Wisconsin, Inc(LAW)에서 법률 자문을 받으실 수 있습니다. 가까운 사무소는 다음을 통해 확인하실 수 있습니다.

- Judicare 전화번호 800-472-1638로 전화하거나 www.judicare.org를 방문하세요.
- LAW 전화번호 888-278-0633로 전화하거나 www.badgerlaw.net를 방문하세요.



정보 수집과 활용과 및 개인정보 보호

차별 금지 알림: 차별은 불법입니다— 건강보험 관련 프로그램

Wisconsin Department of Health Services는 시민 권리와 관련한 연방 법령을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 여부, 성별에 따라 차별하지 않습니다. 또한 Department of Health Services는 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 여부, 성별에 따라 배척하거나 차별 대우하지 않습니다.

Department of Health Services는 다음과 같은 사항을 지원합니다.

- 장애인과의 원활한 소통을 위해 다음과 같은 무료 지원 및 서비스를 제공합니다.
 - 공인 수화 통역사
 - 서면 정보를 다른 형식으로 제공(큰 활자, 음성 안내, 열람 가능한 전자 파일, 기타 형식)
- 영어가 모국어가 아닌 사람들을 위해 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다.
 - 공인 통역사
 - 타 언어로 번역된 정보

이와 같은 서비스를 이용하고자 할 경우, Department of Health Services 시민 권리 코디네이터 전화번호 844-201-6870로 문의하세요.

Department of Health Services로부터 이와 같은 서비스를 제공 받지 못했거나 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 여부, 성별에 따라 그 밖의 다른 방식으로 차별 대우를 받은 경우, Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711, Fax: 608-267-1434로 민원을 제기하거나 dhsarc@dhs.wisconsin.gov로 신고해주시기 바랍니다. 직접 방문, 우편, 팩스 또는 이메일을 통해 민원을 제기할 수 있습니다. 민원 제기를 원하는 경우, Department of Health Services 시민 권리 코디네이터의 도움을 받을 수 있습니다.

또한 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights를 통해 시민 권리 관련 민원을 제기할 수도 있습니다. <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>를 방문해 Office for Civil Rights Complaint Portal에서 전자 민원 방식을 이용하거나, 아래 연락처로 우편 또는 전화로 제기할 수 있습니다.

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>에서 확인하세요.

<p>Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Deitsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzsch, kansch du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).</p>
<p>Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>ພາສາລາວ (Laotian) ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>繁體中文 (Traditional 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 844-201-6870 (TTY: 711)。</p>	<p>Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).</p>
<p>Deutsch (German) HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen kostenlos ein Sprachen-Service zur Verfügung. Tel.: +1 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).</p>	<p>हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।</p>
<p>Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).</p>	<p>Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.</p>	<p>Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Soomaali (Somali) FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa laguu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).</p>

USDA 차별 금지 성명

모든 다른 FNS 영양 지원 프로그램, 주 및 지역 기관 그리고 그 하부수령자는 다음과 같은 차별금지 성명서를 붙여야 합니다.

연방 시민권법과 미국농무부(USDA) 시민권 규칙 및 규정에 따라 본 기관은 인종, 피부 색깔, 원국적, 성(젠더 정체성과 성적 취향을 포함해), 장애, 나이 혹은 이전 시민권 활동에 대한 보복이나 앙갚음에 근거한 차별을 하지 못합니다.

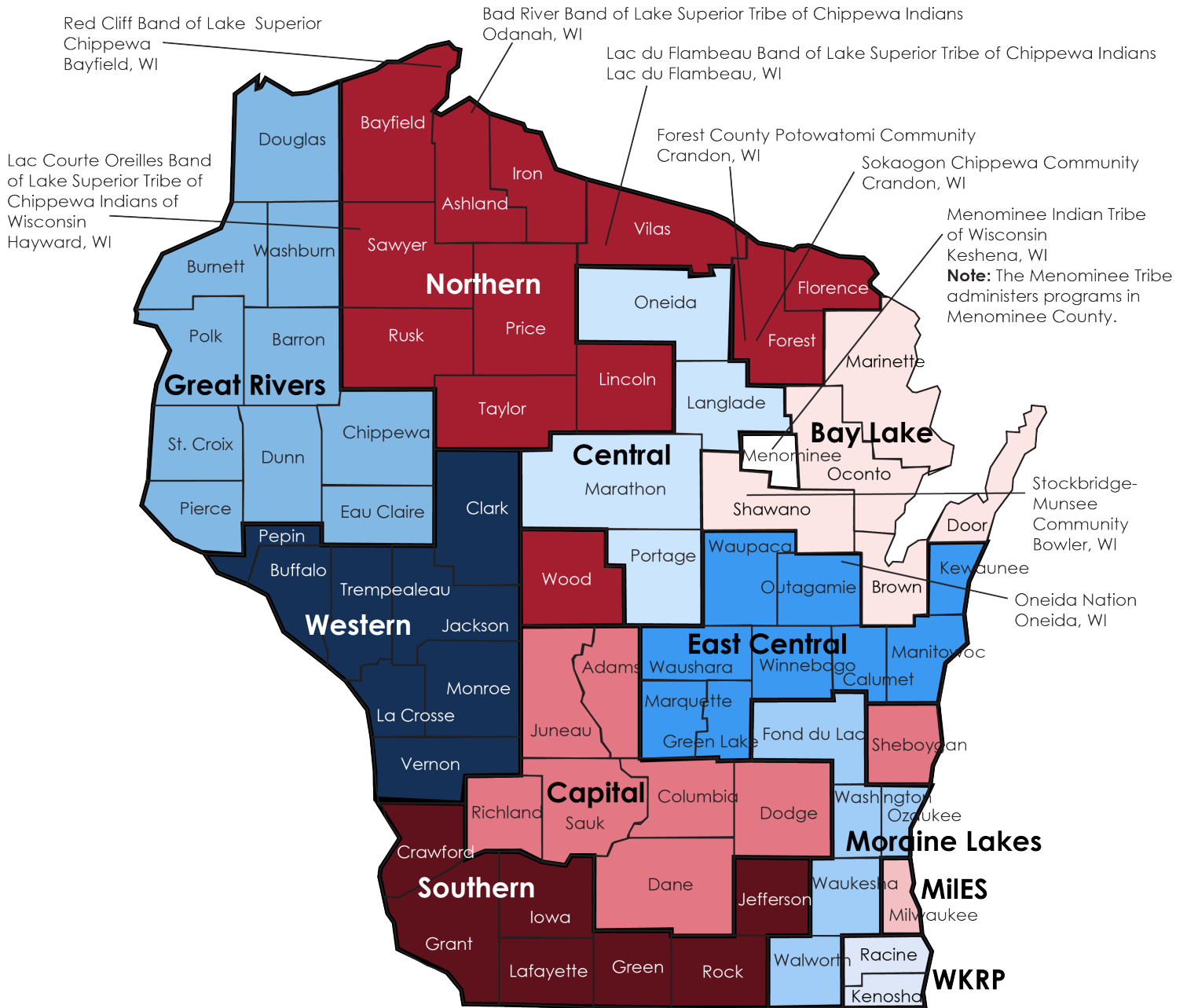
프로그램 정보를 영어 외 다른 언어로 보실 수 있습니다. 프로그램 정보를 접하기 위해 대체 의사소통 수단(예: 브라우 점자, 큰 활자, 음성 테이프, 미국 수화)이 필요한 장애인의 경우 그 프로그램을 운영하는 주 혹은 지방 책임 기관이나 USDA TARGET 센터에 (202) 720-2600(음성 및 TTY)으로 전화를 하거나 연방 릴레이 서비스(800-877-8339)를 통해 USDA에 연락하십시오.

프로그램 차별 민원을 접수하려면 민원제기자가 USDA 프로그램 차별 민원 양식인 AD-3027 을 작성해야 하는데, 이 양식은 다음 웹사이트에서 다운로드할 수 있습니다: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-korean.pdf>. 아니면 아무 USDA 사무실에서나 아니면 (866)-632-9992 로 전화를 하거나 혹은 USDA 에 편지를 보내서 양식을 구할 수 있습니다. 편지에는 민원제기자의 이름, 주소, 전화번호와 함께 주장하는 차별 행위를 상세하게 적어 시민권 차관보 (ASCR)에게 주장하는 시민권 위반의 성격과 날짜를 알려주어야 합니다. 작성한 AD-3027 양식이나 편지를 다음과 같이 USDA 로 보내주십시오.

- (1) **우편:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; 아니면
- (2) **팩스:**
(833) 256-1665 아니면 (202) 690-7442
아니면
- (3) **이메일:**
program.intake@usda.gov

본 기관은 기회 균등 서비스 기관입니다.

소득 보장 컨소시엄 및 부족 사무소





WISCONSIN DEPARTMENT
of HEALTH SERVICES

P-16091KR
(03/2023)