

뉴욕주 보건부 조기 개입국

보험 관련 부모 통지서

뉴욕주에서는 가족에게 조기 치료(EI) 서비스를 무료로 제공해야 합니다. 그러나 조기 치료 프로그램(EIP)에 대한 뉴욕주의 지불 시스템에는 조기 치료 서비스 상환을 위한 공공 보험(예: Medicaid 및 Child Health Plus)과 개인 보험(예: CDPHP, UHC 등) 사용이 포함됩니다. 이러한 중요 자금 지원 출처는 미래 세대에게 조기 치료 서비스를 제공할 수 있도록 보장하는 데 도움이 됩니다.

공중 보건법에 따라 EI 서비스 제공자가 먼저 조기 치료 서비스에 대한 공공 보험과 개인 보험을 청구한 후에 지방자치단체에서 지불 청구서를 제출해야 합니다. 보험 증권이 뉴욕주법(규정)의 적용을 받는 경우에만 개인 보험이 청구됩니다. 규제를 받지 않는 보험은 EIP 서비스에 대해 청구되지 않습니다.

Medicaid 및 개인 보험:

가족에게 개인 보험과 공공 보험(Medicaid) 보장이 모두 있는 경우 조기 치료 서비스에 대한 지불 청구는 먼저 개인 보험에 청구되고 잔여 금액은 공공 보험(Medicaid)에 지불 청구됩니다. 아동의 보험이 뉴욕주 보험법의 적용을 받는 경우 해당 보험은 조기 치료 서비스에 대해 청구됩니다.

보험 및 사회보장번호 수집:

뉴욕주 공중 보건법(PHL)에 따름:

- 서비스 코디네이터가 공공 보험과 개인 보험을 포함하여 해당 아동의 보험 보장에 대한 정보와 서류를 수집하고 귀하가 이를 제공해야 합니다. 이러한 정보에는 보험 증권 또는 건강 보험 유형, 보험 회사 또는 보험 상품 관리자 이름, 보험 증권 또는 보험 식별 번호, 보험 증권의 보장 유형과 보험을 청구하는 데 필요한 기타 모든 정보가 포함됩니다. 담당 서비스 코디네이터가 귀하의 권리와 책임 그리고 법률에 따라 가족에게 제공되는 보호 수단을 설명합니다. [PHL§2543(3), PHL§2559(3)(a)(i)]
- 조기 치료 담당자가 귀하의 사회보장번호와 아동의 사회보장번호를 수집하고 귀하가 이를 제공해야 합니다. 해당 정보는 기밀로 안전하게 유지 관리됩니다. [PHL§2552(2)]

뉴욕주의 규제를 받는 보험 증권:

공공 보험과 개인 보험이 조기 치료 서비스 비용을 지불하는 데 사용될 때 뉴욕주의 규제를 받는 보험에 대한 다음과 같은 보호 수단이 뉴욕주 공중 보건법(PHL)과 뉴욕주 보험법(SIL)에 따라 보장됩니다.

1. 아동에게 필요한 조기 치료 서비스를 가족에게 무료로 제공합니다. 아동과 가족이 조기 치료 프로그램(EIP)에서 받는 모든 서비스에 대해 공제액 또는 코페이와 같은 본인부담금을 지불하라는 요청을 받을 수 없습니다. 조기 치료 담당자(EIO)가 모든 코페이와 공제액 지불을 처리합니다. [PHL§2557(1), PHL§2559(3)(b)]
2. 보험 회사는 조기 치료 서비스에 대해 지불한 모든 혜택을 최대 연간 한도 또는 평생 보험 증권 한도("한도")에 대해 청구할 수 없습니다. 즉, 귀하의 보험 회사에서 조기 치료 서비스에 대해 지불한 모든 금액으로 인해 가족의 총 보험 보장이 감소하지 않습니다. [PHL§2559(3)(c), SIL§3235-a(b)]
3. 보험 회사는 귀하의 보험 증권에 규정된 방문 한도에 대해 지불한 모든 조기 치료 서비스를 청구할 수 없습니다. 즉, 보험 회사가 상환하는 조기 치료 방문으로 인해 그 이외에 아동과 가족이 건강 관리를 위해 이용할 수 있는 방문 횟수가 줄어들지 않습니다. [SIL§3235-a(b)]
4. 아동과 가족이 이용할 수 있는 조기 치료 서비스는 귀하의 보험이 적용되는 범위로 제한되지 않습니다. EIO는 귀하의 보험이 이러한 서비스를 보장하지 않거나 귀하에게 보험이 없는 경우에도 아동에게 적합한 조기 치료 서비스가 제공되었는지 확인해야 합니다. [PHL§2552(1)]
5. 아동이 EIP를 통해 서비스를 받고 있다는 이유만으로 귀하의 건강 보험 회사가 귀하의 보험 보장을 중단하거나 갱신하지 못하도록 할 수 없습니다. [SIL§3235-a(d)]
6. 아동과 가족이 EIP를 통해 서비스를 받고 있다는 이유만으로 귀하의 건강 보험 회사가 귀하의 건강 보험료를 인상할 수 없습니다.
7. 아동이 가정 및 지역사회 기반 면제 프로그램에 적격인지 여부는 공공 건강 보험(즉, Medicaid)을 이용하여 조기 치료 서비스 비용을 지불하는 행위에 영향을 받지 않습니다. 조기 치료 서비스를 받는다고 해서 Medicaid 1915(c) 아동 면제 프로그램 참여가 제한되지 않습니다.
8. 귀하에게 개인 보험 보장이나 공공 보험 보장이 없는 경우에도 IFSP의 조기 치료 서비스를 계속 제공해야 합니다. 원하는 경우 담당 서비스 코디네이터가 공공 혜택을 소개하고 신청하는 작업을 도와줄 수 있지만 EIP에 참여하는 조건으로 건강 보험 보장을 받을 필요는 없습니다. [PHL§2552(1), PHL§2559(1)]

뉴욕주의 규제를 받지 않는 보험 증권은 EIP 서비스에 대해 청구되지 않음:

귀하의 보험이 뉴욕주의 규제를 받지 않는 경우 주보험 또는 공중 보건법의 보호 수단이 보험에 적용되지 않습니다. 이러한 상황에서 다음과 같은 사항이 적용됩니다.

1. 귀하의 보험 회사가 조기 치료 서비스를 보험 증권의 평생 한도 또는 연간 금액 한도에 적용하거나 그 이외에 이용할 수 있는 방문 횟수를 줄이는 행위가 금지되지 않을 수 있습니다.
2. 아동이 EIP 서비스를 받고 있다는 이유로 귀하의 보험 회사가 귀하의 건강 보험 보장을 중단하거나 갱신하지 못하도록 하는 행위가 금지되지 않을 수 있습니다.
3. 아동이 EIP 서비스를 받고 있다는 이유로 귀하의 보험 회사가 귀하의 보험료를 인상하는 행위가 금지되지 않을 수 있습니다.

대위 변제:

뉴욕주 공중 보건법에 따라 지방자치단체와 제공자는 지방자치단체가 조기 치료 서비스 비용을 지불했거나 제공자가 귀하의 보험 증권이 적용되는 서비스를 제공한 한도 내에서 귀하의 보험 증권에 따라 상환에 대한 '대위 변제' 권리가 있습니다. [PHL§2559(3)(d), SIL§3235-a(c)] 즉, 개인 보험에 따라 이루어진 조기 치료 서비스에 대한 모든 지불 금액은 조기 치료 제공자에게 직접 지불해야 합니다. 잘못 지불한 경우 담당 조기 치료 제공자 및/또는 서비스 코디네이터에게 문의하여 지침을 확인하거나 도움을 받으십시오. 이는 담당 제공자가 아동과 가족에게 제공된 조기 치료 서비스에 대한 비용을 지불받도록 하는 데 중요합니다.

공정한 절차상의 권리:

부모는 공정한 절차상의 권리에 따라 아동의 조기 치료 서비스에 대한 주장 불일치 또는 불만 제기를 해결할 수 있는 권리가 있습니다. 이러한 공정한 절차상의 권리에는 중재 기회, 적법 절차 심리 및/또는 주정부 제도 불만 제기 기회가 있습니다. 모든 옵션은 자발적이며 부모에게 무료로 제공됩니다. [34 CFR §303.431, §303.436, §303.441, §303.434, PHL §2549, 10 NYCRR 제69-4.17절]

- 중재는 부모와 조기 치료 담당자(EIO)가 조기 치료 서비스에 대한 합의점을 찾을 수 있도록 지원하는 숙련된 지역사회 분쟁 해결 센터 중재가가 수행하는 절차입니다.
- 공정 심리는 심리 담당자(보건국 국장이 배정한 행정법 판사 또는 피지명자)가 수행하며 이를 통해 부모와 EIO 간에 발생한 분쟁도 해결합니다. 평가자로부터 해당 아동이 서비스를 받을 자격이 없다고 판정받은 경우, 아동이 부적격 판정을 받은 날짜로부터 6개월 이내에 부모가 공정 심리를 요청할 수 있습니다.
- 제도 불만 제기는 부모가 담당 EIO, 서비스 코디네이터, 평가자 또는 서비스 제공자가 법률, 규칙 또는 규정에 따라 맡은 바 임무를 수행하고 있지 않다고 생각하는 경우 진행할 수 있습니다. 이러한 불만 제기는 위반 혐의 날짜로부터 1년 이내에 뉴욕주 조기 개입국 보건부 국장에게 서면으로 제출해야 합니다.

이 통지서에 나와 있는 정보에 대해 궁금한 사항이 있는 경우 담당 서비스 코디네이터 또는 EIO에 문의하거나 뉴욕주 조기 개입국 보건부에 전화(518-473-7016)하거나 이메일(beipub@health.ny.gov)을 보내주시기 바랍니다.

뉴욕주 보건부 조기 개입국

아동 보험 정보 양식 지침

아동 보험 정보:

뉴욕주에서는 가족에게 조기 치료 서비스를 무료로 제공해야 합니다. 그러나 조기 치료 프로그램(EIP)에 대한 뉴욕주의 지불 시스템에는 조기 치료 서비스 상환을 위한 공공 보험(예: Medicaid 및 Child Health Plus)과 개인 보험(예: CDPHP, Empire Plan 등) 사용이 포함됩니다. 뉴욕주의 공중 보건법(PHL)에 따라 서비스 코디네이터가 공공 보험과 개인 보험을 포함하여 해당 아동의 보험 보장에 대한 정보와 서류를 수집하고 귀하가 이를 제공해야 합니다. 이러한 정보에는 보험 증권 또는 건강 보험 유형, 보험 회사 또는 보험 상품 관리자 이름, 보험 증권 또는 보험 식별 번호, 보험 증권의 보장 유형과 보험을 청구하는 데 필요한 기타 모든 정보가 포함됩니다. 담당 서비스 코디네이터가 귀하의 권리와 책임 그리고 법률에 따라 귀하의 가족에게 제공되는 보호 수단을 설명해야 합니다.

양식 작성 시 주의 사항:

- 담당 서비스 코디네이터가 본 양식을 작성하는 데 도움을 줄 수 있습니다.
- 본 양식을 빠짐없이 정확하게 작성했는지 확인하십시오.
- 아동에게 건강 보험 증권이 두 개 이상이 있는 경우 각 보험 증권에 대한 정보를 제공해야 합니다. (아래 예시 참조)
 - 아동에게 두 개의 서로 다른 개인 보험 증권이 있는 경우 두 보험 증권에 대한 정보를 제공합니다.
 - 아동에게 Medicaid와 개인 보험이 있는 경우 Medicaid 아동 식별 번호(CIN)와 개인 보험 정보를 제공합니다.
 - 아동에게 Medicaid 관리 케어 보험이 있는 경우 Medicaid 아동 식별 번호(CIN)와 Medicaid 관리 케어 보험 회사 정보를 보험 정보 섹션에 문서로 작성합니다.
 - 아동에게 Medicaid 관리 케어 보험과 개인 보험 증권이 있는 경우 Medicaid 아동 정보 번호(CIN), Medicaid 관리 케어 보험 회사 정보와 개인 보험 증권 정보를 제공합니다.
- 담당 서비스 코디네이터가 최소 분기별로 귀하와 함께 아동의 보험 정보를 검토해야 합니다. 보험에 변경 사항이 생기면 새 양식을 작성해야 합니다.
- 아동의 보험 보장에 변경 사항이 생기는 즉시 담당 서비스 코디네이터에게 알려주십시오.

무보험에 대한 부모 증명(해당되는 경우):

- 아동에게 건강 보험 보장이 없는 경우 이 증명서를 작성한 뒤 서명해야 합니다.
- 아동이 보험 보장을 받지 않는 한 개별 가족 서비스 계획(IFSP) 미팅/검토마다 새로운 증명서에 서명해야 합니다.
- 아동에게 보험이 없는 경우 EIP 서비스가 계속해서 무료로 제공됩니다.
- EIP 서비스를 받는 데 아동에게 건강 보험이 필요하지는 않지만, 담당 서비스 코디네이터가 아동에게 적격할 수 있는 건강 보험을 확인하고 신청하는 작업을 도와주어야 합니다.

본 양식을 작성하는 중 궁금한 사항이 생기면 담당 서비스 코디네이터에게 문의하십시오.

아동 보험 정보

아동 이름/생년월일: _____ 아동 성별: 남 여

1차 보험 정보:

보험 회사/보험 이름: _____

보험 회사 청구 주소: _____

보험 증권/신분(ID) 번호: _____

아동 회원 ID(신청자와 다를 경우): _____

그룹 번호: _____

보험 계약자 이름: _____ 보험 계약자 성별: 남 여

보험 계약자 생년월일: _____

보험 계약자 주소: _____

보험 계약자 전화번호: _____

보험 계약자와 아동과의 관계: _____

기타 보험(해당되는 경우):

보험 회사/보험 이름: _____

보험 회사 청구 주소: _____

보험 증권/ID 번호: _____

아동 회원 ID(신청자와 다를 경우): _____

그룹 번호: _____

보험 계약자 이름: _____ 보험 계약자 성별: 남 여

보험 계약자 생년월일: _____

보험 계약자 주소: _____

보험 계약자 전화번호: _____

보험 계약자와 아동과의 관계: _____

Medicaid 고객 신분증 번호(CIN)(해당되는 경우): _____

(문자 2개, 숫자 5개, 문자 1개)

부모/법적 보호자 서명

날짜

부모가 서명함으로써 상기 보험 정보가 정확함을 확인합니다.

보험 정보 검토: 날짜 _____	변경 사항 없음 _____	부모 서명 _____
보험 정보 검토: 날짜 _____	변경 사항 없음 _____	부모 서명 _____
보험 정보 검토: 날짜 _____	변경 사항 없음 _____	부모 서명 _____
보험 정보 검토: 날짜 _____	변경 사항 없음 _____	부모 서명 _____
보험 정보 검토: 날짜 _____	변경 사항 없음 _____	부모 서명 _____

무보험에 대한 부모 증명(해당되는 경우)

자녀 이름: _____ 아동 생년월일: _____

본인 _____은(는)(정자체로 이름 기입) 상기 아동의 부모 및/또는 법적 보호자로서 오늘 날짜를 기준으로 해당 아동에게 건강 보험 보장이 없음을 증명합니다. 본인은 배정된 조기 치료 프로그램 서비스 코디네이터가 해당 아동에게 적격할 수 있는 건강 보험을 확인하고 신청하는 작업을 도와주어야 한다는 사실을 이해합니다. 또한 본인은 조기 치료 프로그램 서비스를 받는 데 해당 아동에게 건강 보험이 필요하지 않다는 사실을 이해합니다.

부모/법적 보호자 서명

날짜

뉴욕주 보건부 조기 개입국

건강 보험 정보 공개 승인

NYS 공중 보건법 제2559(3)(d)절과 보험법 제3235-a(c)절에 따름

피보험자(아동) 이름:	생년월일:
부모/법적 보호자 이름:	생년월일:
보험 회사 이름:	보험 이름/유형:
보험 회사 주소:	보험 회사 전화번호:
보험 계약자 이름 및 주소:	보험 증권/ID 번호: 아동 회원 ID 번호: 그룹 번호(해당되는 경우):
서비스 코디네이터 이름:	서비스 코디네이터 기관:
서비스 코디네이터 주소:	서비스 코디네이터 전화번호:
지방자치단체:	보험 회사에 보낸 날짜:

본인은 아동과 가족의 조기 치료 서비스 코디네이터, 제공자, 지역 조기 치료 프로그램을 운영하는 지방자치단체와 뉴욕주 보건부 및/또는 조기 치료 재무 대리인에게 상기 피보험자의 건강 보험 보장 정보를 공개하는 것을 요청하고 이를 승인합니다.

본인은 조기 치료 프로그램에 따라 제공되는 서비스에 대한 청구 판결 요구 및 지원을 촉진할 목적으로 이러한 당사자와 상기 보험 회사 간에 정보를 교환하는 것을 승인합니다.

또한 본인은 조기 치료 프로그램에 따라 제공되는 서비스에 대한 청구 및 지불을 촉진하기 위해 보험 회사에서 요구하는 대로 상기 언급된 보험 회사에 청구를 제출하는 공급자가 그러한 정보를 제공하는 것에 동의하고 이를 승인합니다.

이러한 요청은 조기 치료 프로그램에 따라 제공되는 서비스에 대해 보험 회사의 지불을 촉진하기 위한 목적으로 피보험자의 보험 증권, 보험 또는 보험 혜택에 따른 건강 보험 보장에만 적용됩니다.

부모/보호자 서명: _____

서명 날짜: _____