

# OHP 근로 또는 활동 요건 면제



## 면제에 대한 안내 및 체크리스트

### 알아두어야 할 사항:

- 연방정부의 변경에 따라 2027년 1월 1일부터 오리건 건강보험(Oregon Health Plan, OHP)에 가입한 19세에서 64세의 성인 대부분은 OHP 보장 혜택(Medicaid라고도 함)에 가입하거나 갱신할 때 근로, 학교 재학, 자원봉사 또는 직업훈련에 참여하거나 면제 대상에 해당해야 합니다. 연락처 정보를 최신 상태로 유지하고 갱신 관련 우편물에 회신하십시오.
- 면제**란 해당 요건을 충족할 필요가 없거나 충족할 수 없는 사유를 말합니다. 귀하의 상황을 알려주시거나 이를 입증하는 자료를 제출해야 할 수 있습니다.
- 본 안내서는 각 면제 사유, 본인에게 적용되는지 여부 확인 방법 및 다음에 해야 할 일을 설명합니다.



**안내:** 각 면제 사유에 대해 스스로에게 “이 내용이 나에게 해당하는가?”라고 물어보십시오. 해당한다면, 면제 대상 자격이 있음을 입증하기 위한 절차를 따르십시오.

### 도움을 받거나 정보를 신고하는 방법:

- <https://benefits.oregon.gov>에서 ONE 온라인 계정 또는 Oregon ONE 모바일 앱에 로그인하십시오. 신규: 자격 요건과 관련해 궁금한 내용에 대한 답변을 제공하는 챗봇 지원을 연중무휴 24시간 이용할 수 있습니다.
- 800-699-9075번으로 전화하십시오. 중계전화 이용을 환영합니다.
- 가까운 오리건 복지부(Oregon Department of Human Services) 사무소를 직접 방문하십시오. 가까운 사무소는 <https://ODHSoffices.oregon.gov>에서 찾을 수 있습니다.
- OHP 지원 담당자(OHP assister)의 도움을 받으십시오. 지원 담당자는 <https://OregonHealthCare.gov/GetHelp>에서 찾을 수 있습니다.



QR 코드를 스캔하여  
연방 차원의 변경 사항에  
대해 자세히 알아보기

<https://OHP.Oregon.gov/HR1>

이 문서는 다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 선호하는 형식으로 무료 제공받을 수 있습니다. OHP 문의: [one.communications@odhsosha.oregon.gov](mailto:one.communications@odhsosha.oregon.gov)

# 1. 자동으로 확인되는 항목



아래 면제 사유에 대해서는 귀하가 별도로 알려주시거나 서류를 제출하실 필요가 없습니다. 당국은 기존 기록을 사용하여 이러한 면제 사유에 해당하는지 확인합니다.

- **SNAP 근로 요건:** 보충영양지원프로그램(Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) 식품 지원 혜택을 받고 있으며 SNAP 근로 요건을 충족해야 합니다. SNAP 근로 요건을 충족하는 것은 OHP 요건도 충족하는 것으로 인정됩니다. OHP의 요건을 별도로 충족할 필요는 없습니다. 그러나 SNAP 근로 요건에서 면제되는 경우에도 여전히 OHP 근로 또는 활동 요건을 충족하거나 다른 면제 사유에 해당해야 합니다.
- **TANF 근로 요건:** 빈곤가정 임시지원(Temporary Assistance for Needy Families, TANF) 현금 지원을 받고 있으며 이미 TANF 근로 요건을 충족합니다.
- **19세 미만:** 18세 이하입니다.
- **위탁보호 종료 청년:** 18세가 되었을 때 위탁보호 상태였으며, 현재는 19세에서 26세에 해당합니다.
- **다른 OHP 프로그램의 보장 대상:** 근로 또는 활동 요건을 요구하지 않는 OHP 프로그램을 통해 OHP 혜택 수급 자격이 있습니다.
- **실업률이 높은 카운티 거주:** 실업률이 높은 카운티에 거주하고 있습니다. 이 사유가 귀하에게 적용되는 경우 당국에서 알려드립니다.
- **재난 지역 거주:** 연방정부가 재난 지역으로 선포한 카운티에 거주하고 있습니다.

## 2. 신고하여 알려야 하는 항목



아래 면제 사유가 귀하에게 해당하는 경우, 귀하의 정보를 신고하여 알려주십시오. 증빙자료를 제출할 필요는 없습니다.

| 면제 사유                  | 이 내용에 해당합니까?                                                                                                                                   | 자격 충족을 입증하는 방법                                                                          |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 아메리칸 인디언 / 알래스카 원주민    | 귀하(또는 부모나 조부모)는 연방정부가 인정하는 부족의 등록 구성원이거나 알래스카 원주민 법인의 주주입니다.<br>이 면제는 인디언 보건서비스(Indian Health Services) 또는 부족·도시 인디언 클리닉에서 진료를 받는 사람에게도 적용됩니다. | 이 사유가 적용된다면, 알려주십시오.                                                                    |
| 임신 중이거나 최근 임신한 경우      | 임신 중이거나 최근 임신하였거나, 최근 12개월 중 어느 시점에 임신 중인 상태로 OHP 보장 혜택을 받은 적이 있습니다.                                                                           | 이 사유가 적용된다면, 알려주십시오. 특히 최근 임신한 경우에는 반드시 알려주십시오. 그래야 이 면제 사유가 귀하에게 적용된다는 사실을 확인할 수 있습니다. |
| 최근 구치소 또는 교도소에서 출소한 경우 | 신규 신청자인 경우 최근 4개월 이내, 갱신하는 경우에는 최근 9개월 이내에 구치소 또는 교도소에서 출소했습니다.                                                                                | 이 사유가 적용된다면, 알려주십시오.                                                                    |

### 3. 신고 또는 증빙자료 제출(1/3)



면제 사유가 적용된다는 사실을 당국에 알려주기만 해도 충분할 수 있습니다. 또는 당국에서 귀하에게 증빙자료 제출을 요청할 수 있습니다.

| 면제 사유                   | 이 내용에 해당합니까?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 자격 충족을 입증하는 방법                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Medicare에 가입되어 있음       | 귀하는 Medicare 파트 A 또는 파트 B에 가입되어 있거나, Medicare 수급 자격이 있습니다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 일반적으로 당국은 이를 자동으로 확인할 수 있습니다. 증빙자료를 요청하는 경우 Medicare 카드, Medicare 안내문 또는 Medicare 보장 가입 사실을 보여 주는 모든 서류를 제출할 수 있습니다.                                                                                                        |
| 특정 중증 또는 장애를 유발하는 건강 상태 | <p>시간제라도 근로하기가 어려운 중증 또는 장애를 유발하는 건강 상태에 대하여 치료를 받고 있습니다. 의료적 치료 또는 서비스가 필요한 다양한 유형의 상태가 해당할 수 있으며, 다음과 같은 경우가 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>일시적인 상태:</b> 큰 수술(예: 심장 우회술) 후 회복 중인 경우, 중상(예: 골절), 폐렴 또는 복합적인 상태로 인한 병원·요양시설 입원 또는 체류</li> <li>• <b>중증 또는 장기적 상태:</b> 화학요법 또는 방사선 치료가 필요한 암, 투석, 크론병, 만성 폐쇄성 폐질환(COPD), 주요우울장애 또는 약물사용장애</li> <li>• <b>빈번한 모니터링 또는 치료가 필요한 상태:</b> 합병증이 있는 당뇨병 또는 낭성섬유증</li> <li>• <b>평생 지속되는 상태:</b> 다운증후군(21번 삼염색체증), 뇌성마비, 실명 또는 그 밖의 중대한 신체적·지적·발달장애</li> <li>• <b>사회보장 급여:</b> 사회보장 장애보험(Social Security Disability Insurance, SSDI) 또는 보충적 소득보장(Supplemental Security Income, SSI)을 받고 있는 경우</li> </ul> | <p>이 사유가 적용된다면, 알려주십시오. 2027년에는 의료제공자의 소견서를 제출할 필요가 없습니다.</p> <p>주치의의 적어도 연 1회 방문하고 추적 진료 예약에 참석하십시오. 정기적으로 진료를 받고 있다면, 귀하의 의료기록만으로도 당국에서 면제 여부를 확인할 수 있습니다.</p> <p>당국이 증빙자료를 요청하는 경우(2028년부터), 의료제공자의 소견서가 필요할 수 있습니다.</p> |

### 3. 신고 또는 증빙자료 제출(2/3)

| 면제 사유                          | 이 내용에 해당합니까?                                                                                                                     | 자격 충족을 입증하는 방법                                                                                                  |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 완전 장애 등급 판정을 받은 재향군인           | 재향군인부(Department of Veterans Affairs, VA)로부터 100% 장애등급을 받았습니다.                                                                   | 당국에서 증빙자료를 요청하는 경우, VA 수혜 결정 통지서(VA award letter) 사본을 제출할 수 있습니다. 장애등급이 영구적이지 않은 경우에는 12개월마다 장애등급 상태를 확인해야 합니다. |
| 14세 미만 아동 돌봄                   | 13세 이하 아동을 정기적으로 돌보는 부모, 후견인 또는 돌봄 제공자입니다.                                                                                       | 이 사유가 적용된다는 사실과 아동과의 관계를 알려주십시오.<br>당국에서 증빙자료를 요청하는 경우(2028년부터), 돌봄 시간을 보여 주는 달력, 일정표 또는 그 밖의 서류를 제출하십시오.       |
| 장애 또는 중증·장애 유발 건강 상태에 있는 사람 돌봄 | 장애가 있거나 중증 또는 장애를 유발하는 건강 상태에 있는 가족 구성원 또는 그 밖의 사람을 정기적으로 돌보고 있습니다. 가족 관계가 아니거나 함께 거주하지 않는 사람이라도, 매일 최소 80시간의 돌봄을 제공하는 경우 포함됩니다. | 이 사유가 적용된다는 사실과 그 사람과의 관계를 알려주십시오.<br>당국에서 증빙자료를 요청하는 경우(2028년부터), 돌봄 시간을 보여 주는 달력, 일정표 또는 그 밖의 서류를 제출하십시오.     |
| 약물 또는 알코올 치료 중                 | 현재 약물 또는 알코올 사용 장애 치료를 위한 서비스 또는 지원에 참여하고 있거나, 지난 5년 이내에 그러한 서비스 또는 지원에 참여한 적이 있습니다.                                             | 이 사유가 적용된다면, 알려주십시오.<br>당국에서 증빙자료를 요청하는 경우(2028년부터), 치료 일자를 보여 주는 의료제공자 또는 상담사의 청구서나 서류를 제출하십시오.                |
| 입원 또는 거주시설 치료를 받고 있는 경우        | 병원, 요양시설, 행동건강 또는 정신건강 시설 또는 이와 유사한 시설에서 환자로서 최소 1박 이상 입원을 했습니다.                                                                 | 이 사유가 적용된다면, 알려주십시오.<br>당국에서 증빙자료를 요청하는 경우(2028년부터), 청구서, 퇴원 서류 또는 의료제공자가 발급한 서류를 제출하십시오.                       |

### 3. 신고 또는 증빙자료 제출(3/3)

| 면제 사유            | 이 내용에 해당합니까?                                                                                           | 자격 충족을 입증하는 방법                                                  |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 의료 서비스를 받기 위한 이동 | 귀하(또는 귀하의 자녀나 세금신고서상 부양가족)가 의료 서비스를 받기 위해 한 달 중 7일 이상 집을 떠나 있었거나, 해당자를 돕느라 근로, 학교 또는 직업활동에 참여하지 못했습니다. | 이 사유가 적용된다면, 알려주십시오.<br>2028년에는 퇴원 서류 또는 의료제공자가 발급한 서류를 제출하십시오. |

## 예시 시나리오

### 임신



**예시:** Priya는 임신 8개월이며 OHP 혜택을 받고 있습니다. Priya는 이미 자신의 임신 사실을 신고했으므로, 주정부는 기록을 통해 이를 확인할 수 있습니다. Priya는 해당 요건의 면제 대상이며, 이를 뒷받침하는 서류를 제출할 필요가 없습니다.

Priya가 출산한 후에는 면제가 12개월 동안 자동으로 적용됩니다. 갱신 시점이 Priya의 출산 후 12개월 기간 내에 있다면 별도로 할 일은 없습니다. 12개월이 지난 후에는 14세 미만 아동의 돌봄 제공자로서 면제 대상이 될 수 있습니다. 이 경우 학교 일정표 또는 돌봄 일정표와 같은 증빙자료를 제출해야 합니다.

### SNAP

**예시:** Jamal은 SNAP 근로 요건에서 면제되어, SNAP 혜택을 유지하기 위해 근로할 필요가 없습니다. Jamal은 이 면제가 OHP의 근로 또는 활동 요건도 면제해 준다고 생각합니다. 그러나 SNAP 요건에서 면제된다고 해서 Jamal이 OHP 요건에서도 자동으로 면제되는 것은 아닙니다. 의료 보장 혜택을 유지하려면 Jamal은 여전히 근로, 자원봉사, 학교 재학 중 하나를 하거나 OHP 면제 대상에 해당해야 합니다.



# 예시 시나리오(계속)

## 아메리칸 인디언 / 알래스카 원주민



**예시:** Elena는 연방정부가 인정하는 부족의 등록 구성원이며 부족 보건 클리닉에서 진료를 받고 있습니다. Elena는 자신이 부족 구성원임을 주정부에 알립니다. 이 면제는 만료되지 않으며 갱신할 필요도 없습니다. Elena가 정식으로 부족에 등록하지 않았더라도, 알래스카 원주민 법인의 주주이거나 인디언 보건서비스(Indian Health Service) 또는 도시 인디언 클리닉을 통해 진료를 받는 경우에도 마찬가지입니다.

## 약물 또는 알코올 치료 중



**예시:** Marcus는 2026년 3월에 오피오이드 사용 장애에 대한 외래 치료를 마쳤습니다. 2027년, 갱신 시 주정부는 Marcus의 치료 기록을 보유하고 있으므로, Marcus는 추가 정보를 제출할 필요가 없습니다. 2028년, 갱신 시 Marcus는 5년 동안 안정적인 회복 상태를 유지할 때까지 약물사용장애 면제 대상에 해당합니다. 그는 의료제공자가 발급한 증빙자료를 제출해야 할 수 있습니다.

## 장애인 돌봄



**예시:** Robert는 중증 장애가 있는 성인 아들을 돌보고 있으며, 두 사람은 함께 거주합니다. 가족 관계에 있고 같은 가정에서 생활하므로 Robert는 구체적인 돌봄 시간을 기록할 필요가 없습니다. Robert는 주정부에 자신의 돌봄 제공 사실을 알리기만 하면 되며, 증빙자료를 제출할 필요는 없습니다.

Robert의 이웃인 Ana도 장애가 있는 친구를 돌보고 있지만, 두 사람은 가족 관계가 아니고 각자 다른 주거지에서 생활합니다. Ana는 면제 대상이 되기 위해 2028년에 매월 최소 80시간의 돌봄을 제공하고 있음을 입증해야 합니다. 이를 충족하지 못할 경우, Ana는 자신이 제공하는 돌봄 시간을 다른 근로, 학교 재학, 자원봉사 또는 직업활동 시간과 합산하여 월 80시간 요건을 충족할 수 있습니다.

## 중증 건강 상태가 있는 경우



**예시:** Meg에게는 제1형 당뇨병이 있으며, 이로 인한 합병증 때문에 근로, 자원봉사 또는 학교 재학이 어렵습니다. Meg은 의약물을 조정하기 위해 의사를 정기적으로 방문하고 있습니다. 주정부는 이를 기록을 통해 확인할 수 있습니다. Meg은 이를 별도로 알리거나 증빙자료를 제출할 필요가 없습니다.