

## 보조금 자격 질문

A. 개인 정보			
출생 시 성명	생년월일	사회보장번호	
출생지 (시, 주 및 출생증명서 사본 첨부)		미국 퇴역 군인입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
혼인 여부	배우자 이름	결혼/이혼 날짜 및 장소	
미국 시민권자 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 아니오라고 답한 경우, 개인의 A-번호(외국인등록번호), 입국 날짜 및 입국항에 대한 증명을 첨부하십시오. 고용 허가증이나 영주권 카드의 양면 사본 또는 개인의 현재 이민 자격을 설명하는 기타 서류를 첨부하십시오.			
법원이 지정한 법적 후견인, 대체 또는 대기 후견인, 보호자 또는 감시인이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오      예라고 답한 경우, 이름과 주소를 기재하십시오(법률 서류 사본 첨부):			
21세 미만인 경우, 부모와 함께 살고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
해당 개인은 메디케이드에 가입되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예라고 답한 경우:      고객 식별 번호(CIN): _____      승인 날짜: _____ 아니오라고 답한 경우:      메디케이드 신청서가 접수되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오      예라고 답한 경우, 다음을 작성하십시오: 신청 날짜: _____      거부 날짜: _____ 거부 사유: _____			
해당 개인은 HCBS 면제 프로그램에 등록되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오      등록 날짜: _____ 아니오라고 답한 경우:      해당 개인에 대한 HCBS 면제 신청서가 제출되었습니까?      신청 날짜: _____      거부 날짜: _____ 거부 사유: _____			
해당 개인은 어떤 서비스를 받고 있습니까/요청하고 있습니까? 모든 기관에서 제공하는 <b>모든 서비스</b> 를 쓰세요:			
B. 소득 정보			
해당 개인은 어떤 출처에서든 소득이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예라고 답한 경우, 해당 개인이 지난 3개월 동안 받은 모든 소득원에 관해 다음을 작성하십시오:			
수입원	수취인은 누구입니까?	청구 번호	월별 금액
사회 보장			\$
보충적 보장 소득(SSI)			\$
기타 수당			\$
			\$
해당 개인은 고용된 적이 있거나 임금(작업장 임금 포함)을 받았습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예라고 답한 경우, 해당 개인은 현재 고용되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예라고 답한 경우, 현재 고용주, 다른 고용주 및 지난 3개월 동안의 월 총 임금에 대해 다음을 작성하십시오.			
고용주(들)	주소	총 임금	

**C. 자산 정보****해당 개인이 ICF에 거주할 경우에만 다음 질문에 답하십시오:**

해당 개인은 지난 60개월 동안 현금, 부동산 또는 기타 자산을 판매, 증여 또는 양도한 적이 있습니까?

예  아니오

예라고 답한 경우, 자산 유형, 가치, 자산을 판매/증여/양도한 대상, 거래 날짜 및 자산 판매 금액 등 세부 정보가 포함된 시트를 첨부하십시오.

해당 개인은 자산을 신탁에 예치했습니까? 또는 자신의 이익을 위해 설정된 신탁에서 지출이 이루어졌습니까?

예  아니오

예라고 답한 경우, 신탁 문서 사본 또는 자금 출처, 수탁자 이름, 신탁 위치, 계좌 번호 및 신탁 가치 등 신탁에 대한 세부 정보가 포함된 문서를 첨부하십시오.

해당 개인은 은행 계좌, 신용 조합 계좌, 예금 증서, 연금, 401(k), 기타 퇴직 계좌, 주식, 채권, 증권 또는 부동산에 대한 소유권을 보유하고 있습니까?

예  아니오

예라고 답한 경우, 사본을 첨부하십시오 (추가 자산이나 세부사항이 필요한 경우, 문서를 첨부하십시오):

	자산 1	자산 2
자산 유형:		
은행 보고서를 받거나 기록을 보유하고 있는 사람의 이름		
현재 자산 가치		

해당 개인을 위한 장례 기금이 있습니까?  예  아니오 예라고 답한 경우, 가장 최근 명세서 사본을 첨부하십시오.

해당 개인에게 사전에 필요한 장례 계약, 장례 신탁, 매장지 또는 기타 매장 공간 품목이 있습니까?

예  아니오

예라고 답한 경우, 자세한 내용을 쓰십시오 (계약서 사본 첨부):

**D. 미래 소득 또는 자산**

해당 개인은 상속, 소송 합의금, 신탁 기금 또는 기타 자산에 대한 이해관계가 있거나, 이해관계의 가능성이 있거나, 그러한 자산을 받을 것으로 예상됩니까?  예  아니오

예라고 답한 경우, 자산에 대해 아래에 설명하십시오 (세부사항이 포함된 문서 첨부):

**E. 생명 보험 정보**

해당 개인에게 생명 보험이 있습니까?  예  아니오 예라고 답한 경우, 다음을 작성하십시오 (증서 사본 첨부):

보험사 이름 및 주소

증권 번호

액면가 \$

보험 증권 보유자의 이름 및 주소

**F. 건강 보험에 관한 정보**

해당 개인은 메디케어에 가입되어 있습니까?  예  아니오

효력 발생일

청구 번호

파트 A 병원 보험  예  아니오

파트 B 의료 보험  예  아니오

파트 D 처방약 플랜  예  아니오

메디케어 어드밴티지 플랜  예  아니오

메디케어 어드밴티지 플랜 이름, 주소 및 전화번호			
해당 개인은 다른 건강 보험에 가입되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예라고 답한 경우, 보험 증서, 증권, 소책자 또는 카드(앞면과 뒷면) 사본을 동봉하고 다음을 작성하십시오:			
보험사 이름 및 주소			
증권 번호	그룹 번호	기타 식별자	
보험 적용 효력 발생일	서명인 이름		
그룹/고용주 이름 및 주소			
<b>G. 부모 및 배우자 정보 확인</b>			
	부모 1	부모 2	배우자
출생 시 성명/결혼 전 성			
생년월일			
출생지 (시, 주)			
사회보장번호			
미국 시민권	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
미국 퇴역 군인 예라고 답한 경우, 다음을 쓰세요: 일련번호 청구 번호	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
장애/퇴직 수당 수령	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
장애/은퇴 날짜			
해당하는 경우, 사망 날짜 및 장소			
<b>H. 재정 대리인</b>			
해당 개인에 대한 금융 정보를 갖고 있는 다른 사람이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예라고 답한 경우, 아래 정보를 제공하십시오 (필요한 경우 문서 첨부):			
이름	주소 및 전화번호		관계
<b>I. 제공된 정보는 제가 아는 한 정확합니다.</b>			
양식 작성자 서명	이름 (정자로 기입)		
해당 개인과의 관계	날짜	자택 전화	
휴대전화	직장 전화	이메일	