

수급 자격 설문지

A. 개인 관련 정보			
출생 시 이름		생년월일	사회보장번호
출생지(시, 주)(개인의 출생증명서 한 부 첨부)			미재향군인 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
결혼 여부	배우자 이름	결혼일 및 결혼장소/이혼일 및 이혼장소	
미국 시민 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '아니요'일 경우, 개인의 외국인등록번호, 입국일자 및 입국장소를 제공하십시오. 개인의 외국인등록카드 또는 영주권카드의 양면 및 기타 합법적인 거주 증명서를 첨부하십시오.			
법원에서 임명한 합법적인 보호자, 대체 또는 대기 보호자, 관리자 또는 개인 위원회가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'일 경우, 이름과 주소를 기입하십시오(법률 서류 사본 첨부):			
개인이 21세 미만일 경우, 부모와 함께 거주합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
개인이 Medicaid의 보장을 받습니까? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> 아니요 '예'일 경우: 클라이언트 식별번호(CIN): _____ 승인 날짜: _____ '아니오'일 경우: Medicaid 신청서가 접수되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'일 경우, 다음을 작성하십시오: 신청일자: _____ 거부일자: _____ 거부 사유: _____			
개인이 HCBS 면제에 등록되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 등록일자: _____ '아니오'일 경우: 해당 개인의 HCBS 면제 신청서가 접수되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 신청일자: _____ 거부일자: _____ 거부 사유: _____			
개인이 어떤 서비스를 받고 있습니까? 기관 및 기타 다른 기관에서 제공하는 모든 서비스를 다 표기하십시오:			
B. 개인 소득 관련 정보			
개인이 어떤 곳으로부터 수입을 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> YES 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'일 경우, 지난 3개월 동안 받은 소득의 모든 출처와 관련해 다음을 작성하십시오:			
소득 수준:	수령인은 누구입니까?	청구 번호	월 금액
사회 보장			\$
보충 보안 소득(SSI)			\$
기타 자산			\$
			\$

개인이 고용되어 있거나 임금을 받고 있습니까(직장에서 받는 임금 포함)? 예 아니요

개인이 현재 고용되어 있습니까? 예 아니요

‘예’일 경우, 현 고용주, 기타 고용주, 지난 3년 동안 월별 총수입과 관련해 다음을 작성하십시오.

고용주(들)	주소	총수입
--------	----	-----

C. 개인 자산 관련 정보

개인이 ICF에 거주할 경우에만 다음 질문에 답변하십시오:

지난 60개월 동안 개인이 현금, 부동산 또는 기타 자산을 매각, 양도 또는 이전한 적이 있습니까?

예 아니요

‘예’일 경우, 자산 유형, 자산 가치, 자산을 매각/양도/이전한 사람, 거래날짜 및 자산 매각 금액을 포함한 상세 내용을 담은 별지를 첨부하십시오.

개인이 자산을 신탁에 맡겨졌거나 개인 수당을 받기위해 마련한 신탁을 통해 지분이 이뤄진 적이 있습니까?

예 아니요

‘예’일 경우, 신탁 서류 사진 또는 자금 출처, 피신탁인의 이름, 신탁 장소, 계좌번호 및 신탁 가치를 포함해 신탁에 관한 상세 내용을 담은 또는 별지를 첨부하십시오.

개인이 은행 계좌, 신용조합 계좌, 예금 증명서, 연금, 401(k), 기타 퇴직 예금 계좌, 주식, 채권, 증권 또는 부동산 이자가 있습니까?

예 아니요

‘예’일 경우, 사본을 첨부하십시오(추가 자산 또는 상세 내용과 관련해 필요할 경우 별지를 첨부하십시오):

	자산 1	자산 2
자산 유형		
은행거래내역을 수령하거나 내역서를 보유한 사람의 이름		
현 자산 가치		

장례비가 있습니까? 예 아니요 ‘예’일 경우, 상세 내용을 담은 별지를 첨부하십시오.

개인이 사전 장례 계약(pre-need funeral contract), 매장 신탁, 묘지 또는 기타 매장 공간 항목을 마련해두고 있습니까?

예 아니요 ‘예’일 경우, 상세 내용을 표기하십시오(계약서 사진 첨부):

D. 개인의 향후 소득 또는 자산

개인이 유산, 소송 합의금 또는 기타 자산을 받는 것에 이해 관계가 있거나 이해 관계가 있을 가능성이 있거나 이를 수령할 것으로 예상하십니까? 예 아니요

‘예’일 경우, 아래에 자산을 표기하십시오(상세 내용을 담은 별지 첨부).

E. 개인의 생명보험 관련 정보

개인에게 생명보험이 있습니까? 예 아니요 ‘예’일 경우, 다음을 작성하십시오:

보험회사 이름 및 주소

증권번호(들)

액면가
\$

증권 소유자의 이름 및 주소

F. 개인의 건강보험 관련 정보

개인이 Medicare에 가입되어 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	유효일자	청구 번호
파트 A 병원 보험	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
파트 B 병원 보험	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
파트 D 처방약 보험 플랜	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
Medicare 어드밴티지 플랜	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		

Medicare 어드밴티지 플랜 이름, 주소 및 전화번호

개인이 다른 건강보험의 보장을 받습니까? 예 아니요 ‘예’일 경우, 보험증명서, 책자 또는 카드(앞뒷면) 사본을 동봉하고 다음을 작성하십시오:

보험회사 이름 및 주소

증권번호	단체번호	기타 식별사항
------	------	---------

보장 유효일자	가입자 이름
---------	--------

단체/고용주 이름 및 주소

G. 개인의 부모와 배우자에 대한 정보 확인

	아버지	어머니	배우자
출생시 이름/결혼 전 이름			
생년월일			
출생지(시, 주)			
사회보장번호			
미국 시민	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
미 퇴역군인 ‘예’일 경우, 표시하십시오: 일련 번호 청구 번호	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
장애/퇴직 수당 수령	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
장애/퇴직 일자			
사망일자 및 사망장소, 해당되는 경우			

H. 개인의 재무담당자

개인에 대한 재무 정보를 갖고 있는 또 다른 사람이 있습니까? 예 아니요

‘예’일 경우 아래에 정보를 알려주시거나 상세한 리스트가 담긴 용지를 첨부하십시오:

이름	주소 및 전화번호	관계:
I. 내가 아는 한 제공한 정보가 정확합니다		
양식을 작성한 사람의 서명	정자체 이름	
개인과의 관계	전화	날짜