

건강, 교육 및 이력 진술문

Statement of Health, Education, and Employment

A. 수혜자 신상 정보

수혜자 이름	수혜자 전화번호	수혜자의 ID 번호
생년월일	사회보장번호	

1. 다음을 신청했거나 수혜한 적이 있습니까?
 SSI 또는 사회보장장애연금, 날짜: _____
 재향군인(VA) 연금, 날짜: _____

2. 지금 재훈련 또는 직업재활서비스를 받기를 원하십니까? 예 아니요

3. 주요 사용 언어는 무엇입니까? _____ 영어를 읽고 쓸 수 있습니까? 예 아니요

4. 왼손잡이입니까/오른손잡이입니까? 왼손잡이 오른손잡이

B. 건강정보

1. 현재 어떤 정신적 또는 신체적 건강 문제로 일을 할 수 없습니까? 예 아니요
 '예'로 답한 경우 일을 하는데 지장을 주는 모든 건강상태를 기재하십시오.

2. 이들 건강문제에 대해 치료를 받은 적이 있습니까? 예 아니요
 '예'로 답한 경우 다음 정보에 답해 주십시오.

증세	클리닉/병원	날짜	받은 치료/약물

C. 학력 및 교육

1. 최종 학력을 기재하십시오(유치원 - 12학년(고등학교 3학년)): _____

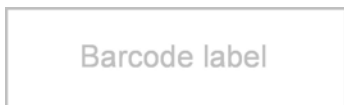
2. 고등학교 졸업장 또는 고등학교 등가 있습니까? 예 아니요

3. 고등학교 때 장애학생에게 제공되는 읽기, 쓰기 또는 수학 수업을 받았습니까? 예 아니요

특수교육(장애학생) 수업	학년	특수교육을 받은 이유	학교 주소지 또는 교육구

대학에 다녔거나 직업훈련을 받은 적이 있습니까? 예 아니요
 '예'로 답한 경우 다음 정보에 답해 주십시오.

대학 또는 직업훈련(DVR)	첫 근무일/최종 근무일	이수 여부		증명서, 면허증 또는 학위
		예	아니오	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



D. 이력

1. 지금 현재 직장에 다니고 있습니까? 예 아니요 '예'로 답한 경우 매달 얼마를 벌입니까?

2. 가장 최근의 직장 순위로 지난 10년간의 직장 경력을 기재하십시오. (필요할 경우 다른 용지에 적어 첨부할 수 있습니다)

직위	고용주	업무시간주당	월/년 시호일: 실직일:	그만 둔 이유:
----	-----	--------	---------------------	----------

수행 업무:

직위	고용주	업무시간주당	월/년 시호일: 실직일:	그만 둔 이유:
----	-----	--------	---------------------	----------

수행 업무:

직위	고용주	업무시간주당	월/년 시호일: 실직일:	그만 둔 이유:
----	-----	--------	---------------------	----------

수행 업무:

직위	고용주	업무시간주당	월/년 시호일: 실직일:	그만 둔 이유:
----	-----	--------	---------------------	----------

수행 업무:

직위	고용주	업무시간주당	월/년 시호일: 실직일:	그만 둔 이유:
----	-----	--------	---------------------	----------

수행 업무:

직위	고용주	업무시간주당	월/년 시호일: 실직일:	그만 둔 이유:
----	-----	--------	---------------------	----------

수행 업무:

직위	고용주	업무시간주당	월/년 시호일: 실직일:	그만 둔 이유:
----	-----	--------	---------------------	----------

수행 업무:

직위	고용주	업무시간주당	월/년 시호일: 실직일:	그만 둔 이유:
----	-----	--------	---------------------	----------

수행 업무:

3. 지난 10년간 귀하가 즐긴 모든 취미생활이나 수행한 자원봉사일을 기재하십시오.

이 양식을 작성하는 데 다른 사람으로부터 번역이나 도움을 받았다면 그 사람의 이름과 그 사람과의 관계를 기재하십시오.

본인은 위증시 처벌을 받는 조건 하에, 본인이 이 양식에 기입한 학력, 이력 및 건강 정보는 진실하고 정확하며 본인이 아는 바를 기재하였음을 선언합니다. 본인은 보건사회부(DSHS)에서 본인의 진술에 대해 증빙서류를 요청할 수 있음을 이해합니다.

수혜자 서명

날짜