

## 노인 복지 신청 Senior Citizens Services Application

저희는 귀하가 노인복지프로그램(Senior Citizens Services Program)에 참여하고자 한다는 것을 기쁘게 생각하며 귀하가 프로그램 수혜자로 선정되시기를 기원합니다.

무료 서비스 또는 할인 서비스를 받으시려면 다음과 같은 요건을 갖추셔야 합니다. 신청 자격은 다음과 같습니다.

1. 60세 실직자 또는 주 근무시간 20시간 이하
2. 65세 이상.

<b>단계 1</b>	<p>성명: _____</p> <p>이름: _____</p> <p>미들 네임: _____</p> <p>연령: _____</p> <p>성별: <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 기타</p> <p>생년월일(월/일/년): _____</p>																		
	<p>우편 주소 (도로명, 아파트) _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____</p> <p>전화번호 (지역 코드) _____</p> <p>인종 / 민족: 선택 항목 (하나에 체크 표시를 하십시오)</p> <p><input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 흑인 / 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 아메리카 인디언 / 알래스카 원주민  <input type="checkbox"/> 히스패닉계/라틴아메리카계 <input type="checkbox"/> 라틴아메리카계 / 비히스패닉계 <input type="checkbox"/> 아시아인  <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬주민 <input type="checkbox"/> 2개 인종 이상 혼혈:</p> <p>60세 이상, 65세 미만이라면, 다음 질문에 답하십시오</p> <p><input type="checkbox"/> 실직 <input type="checkbox"/> 취업: <input type="checkbox"/> 주 근무시간이 20시간 이하 <input type="checkbox"/> 주 근무시간이 20시간 초과</p>																		
<b>단계 2</b>	<p>가계 구성원 수와 가계 자산 (주택, 자동차, 또는 생명 보험의 계약 환급금 미포함)</p> <p>하나에 체크 표시를 하십시오</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="text-align: center;">예</td> <td style="text-align: center;">아니오</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1인 \$10,000</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2인 \$15,000</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3인 \$16,000</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4인 \$17,000</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5인 \$18,000</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>월 가계 총소득: \$ _____</p> <p>가계 소득이 워싱턴주 중간 소득의 40% 이하이고 가계 크기에 맞는 자산 항목에 “예”라고 체크 표시를 하셨다면, 원가 이하의 서비스 수혜자로 선정될 수 있습니다.</p> <p>카운슬러 / 벤더가 작성해야 할 항목</p> <p>각 서비스 비용의 _____%를 지불해야 합니다.</p>		예	아니오	<input type="checkbox"/> 1인 \$10,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2인 \$15,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3인 \$16,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4인 \$17,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5인 \$18,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	예	아니오																	
<input type="checkbox"/> 1인 \$10,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/> 2인 \$15,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/> 3인 \$16,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/> 4인 \$17,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/> 5인 \$18,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<b>단계 3</b>	<p><b>보건사회복지부 선언</b></p> <p>귀하가 제공한 정보를 토대로 노인복지법(Senior Citizens Services Act)에 따라 귀하에게 서비스 제공자 자격이 있는지 결정합니다 또한 그 정보를 토대로 통계 자료를 취합하며 그렇지 않다면 해당 정보가 프로그램의 행정에 도움이 될 수도 있습니다. 개인 정보는 워싱턴주법에 따라서 엄격하게 기밀로 처리됩니다.</p> <p>보건사회복지부(Department of Social and Health Services)가 귀하의 자격을 심사하기 위해 추후 연락을 드릴 수 있습니다.</p> <p style="text-align: center;"><b>신청인의 양해 선언(Statement of Understanding)</b></p> <p>저는 상기 내용을 읽고 이해했으며 제가 제공한 정보가 제가 아는 한 진실하고 완전다는 것을 선언합니다.</p>																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">신청인의 서명</td> <td style="width: 20%;">날짜</td> <td style="width: 40%;">신청인을 위한 서명</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>신청 카운슬러 / 벤더</b></p> <p>이 신청서의 정확도를 검토했습니다.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">DSHS / 벤더가 정식 승인한 대표자</td> <td style="width: 20%;">날짜</td> <td style="width: 40%;">신청인을 위한 서명</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	신청인의 서명	날짜	신청인을 위한 서명				DSHS / 벤더가 정식 승인한 대표자	날짜	신청인을 위한 서명									
신청인의 서명	날짜	신청인을 위한 서명																	
DSHS / 벤더가 정식 승인한 대표자	날짜	신청인을 위한 서명																	

노인복지프로그램(Senior Citizens Services Program)을 신청하실 때 귀하에게 존중되어야 하는 일정한 권한이 있습니다. 또한 서비스 수혜 자격을 얻고 서비스를 계속 받기 위해서 귀하가 수행해야 하는 일정한 책임도 있습니다.

귀하의 권리 - 귀하는 다음과 같은 권리를 가집니다.

1. 노인복지프로그램이 제공하는 지원 또는 서비스를 신청할 수 있는 권리.
2. 인종, 피부색, 종파, 성별, 성적 지향, 종교, 정치적 신념, 장애, 국적, 재향 군인 또는 군복무 유무로 인해 차별 받지 않고 정중하고 공정한 대우를 받을 수 있는 권리.
3. 신청 후 바로(10일 이내) 결정을 통지 받을 수 있는 권리.
4. 귀하가 제공한 정보가 프로그램의 행정을 위해 반드시 필요한 목적 이외의 다른 목적으로 공개되거나 사용되지 않을 것이라고 기대할 수 있는 권리.
5. 지역노인국(Area Agency on Aging)에게 비공식 심사를 실시해줄 것을 요청할 수 있는 권리 비공식 심사 결과에 만족하지 않으시면, WAC 제 388-02장에 명시된 바와 같이 보건사회복지부에 행정 심사 제공을 요청할 수 있습니다.

귀하의 책임 - 귀하는 다음과 같은 책임을 가집니다.

신청서 및 귀하의 자격과 관련된 기타 모든 서식에 정확하고 완전한 정보를 제공할 책임

귀하를 서비스 수혜자로 선정해줄 수도 있는 다른 서비스 제공자들에게 서비스를 신청하거나 그들이 제공하는 서비스를 이용할 책임

성명이나 주소가 바뀌거나 소득, 자원, 가족 구성 등 서비스 수혜 자격이나 서비스 요금에 영향을 미칠 있는 변경 사항이 발생하면 이를 서비스 제공자에게 알려야 할 책임