

노인 맞춤형 지원(Tailored Supports for Older Adults, TSOA)을 위한 Washington Apple Health 신청서

Washington Apple Health Application for Tailored Supports for Older Adults (TSOA)

<p>TSOA 란 무엇입니까?</p>	<p>TSOA 는 무급으로 가족을 돌보는 간병인을 돕는 프로그램입니다. TSOA 는 도와줄 가족이 없는 분에게도 도움을 줄 수 있습니다. 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 임시 위탁 간호 또는 자택 배달 식사. 임시 위탁 간호를 이용하면 돈을 지불하여 일시적으로 간병인을 대신하여 환자를 보살펴줄 사람을 구할 수 있습니다. • 의료 장비 및 용품(예: 목욕 의자) 또는 요실금 용품(예: 성인 기저귀). • 훈련과 교육(예: 간병인을 위한 강력 도구(Powerful Tools for Caregivers) 훈련). • 간병인에게 도움이 될 수 있는 일들(예: 정신 건강 상담 또는 마사지 치료). • 간병해줄 가족이 없는 분에게 개인 간호 지원이 필요합니다.
<p>어떤 경우에 TSOA 를 받을 수 있습니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 환자가 55 세 이상인 경우. • 무급으로 간병해줄 가족이 있지만 그 가족에게 도움이 필요한 경우 • 간병을 필요로 하지만 정기적으로 간병해줄 가족이 없는 경우.
<p>이 양식을 작성하시거나 온라인으로 신청하십시오.</p>	<p>온라인으로 신청하시려면, www.washingtonconnection.org 를 방문하십시오.</p>
<p>신청 시 알아야 할 정보: (기혼자이면 배우자의 정보도 제공해주십시오)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 사회보장번호 • 생년월일 • 혼인 여부 • 이민자 지위 • 소득원 • 재산 정보 (예: 은행 계좌 잔고, 주식, 채권, 신탁 재산, 퇴직 계좌)
<p>왜 이렇게 많은 정보를 제공해야 합니까?</p>	<p>귀하의 수혜 자격 여부를 파악해야 합니다. 귀하가 제공하는 개인 정보를 법이 정한 대로 비공개로 유지합니다.</p>
<p>신청서를 작성했습니까. 이제 무엇을 해야 합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 신청서에 서명해주십시오. • 아래 주소로 부치십시오. DSHS Home and Community Services – Long Term Care Services PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826 • 1-855-635-8305 로 팩스를 보내주십시오 • 지역 가정 및 커뮤니티 서비스(HCS) 사무소를 방문하여 직접 제출하여 주십시오. http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm 에서 위치를 확인하십시오. • www.washingtonconnection.org 에서 온라인 신청을 해주십시오
<p>더 많은 정보를 원하시면:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 본 기관의 수신자 부담 전화번호 1-855-567-0252 로 전화하십시오 • 지역노인국(Area Agency on Aging, AAA) 사무소에 연락하여 가족 간병인 전문가와의 통화를 요구하십시오. 지역 AAA 사무소는 www.waalc.org 에서 찾으실 수 있습니다. • 지역 HCS 사무소 위치를 찾으시려면 http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm 을 참조하십시오 • TSOA 및 다른 프로그램에 대하여 설명해드리는 정보지(Information Sheet)가 있습니다. TSOA 가 귀하에게 알맞은 지원이 아닐 수도 있습니다.

노인 맞춤 지원(TSOA) 권리와 책임

저희는 귀하에게 이 정보를 알려드려야 합니다. 이 정보를 건너뛰지 마십시오.

귀하의 권리 (저희가 해야 할 일)

귀하의 요청이 있을 경우 귀하의 권리와 책임에 대해 설명해드립니다.

귀하에게 장애가 있는 경우 장애인 지원을 제공해드립니다. 저희는 규정서에서 이 도움에 대해 설명해드립니다. WAC 182-503-0120을 참고하십시오.

도움이 필요하시면 요청 받은 양식을 읽고 작성할 때 도움을 드립니다. 지역 가장 및 커뮤니티 서비스 사무소에 문의하십시오. 위치 정보는 <http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/>에서 확인하십시오.

[clickmap.htm](#)

통역이나 번역 서비스가 필요하시면 말씀해주십시오. 무료로 서비스를 제공해드립니다. 지금 바로 무료 통역 또는 번역 서비스를 이용하실 수 있습니다.

귀하의 개인 정보를 비공개로 유지합니다. 귀하에게 수혜자격이 있는지 여부와 프로그램 혜택을 받고 있는지 여부를 알아보기 위한 목적으로만 다른 주 및 연방 기관과 정보를 공유할 것입니다.

최대한 신속하게 결정을 내립니다.

자세한 정보가 필요할 경우 연락을 드릴 것입니다. 10일 이내에 그 정보를 제공해주십시오. 귀하께서 시간을 더 요청하실 경우 시간을 더 드립니다. 10일 이내에 정보를 제공해주시거나 시간을 더 요청하십시오. 그렇지 않으면 TSOA를 받지 못하게 됩니다.

필요한 정보를 받는 데 어려움을 겪고 있으시다면 도움을 드리겠습니다.

결정 사항을 서면으로 제공해드립니다. 대부분의 경우에 45일 이내에 받아보실 수 있습니다.

저희가 귀하의 사례를 조사할 때 조사관에게 진술을 거부하실 수 있습니다. 조사관이 집안으로 들어오는 것을 원하지 않으시면 거절하실 수 있습니다. 조사관에게 진술하지 않은 것이 TSOA 수혜 자격 여부에 영향을 미치지 않습니다.

TSOA 수혜자격에 영향을 미치는 DSHS의 결정에 동의하지 않으실 경우 항소를 신청하실 수 있습니다. 항소를 신청하시면 행정 심의회 일정이 정해집니다.

공평하게 대우합니다. 차별은 법으로 금지되어 있습니다. DSHS와 HCA(보건당국)는 관련 연방 시민 권리 법률을 준수하며 인종, 피부색, 출신국, 연령, 장애, 성별에

인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 유무, 또는 성별에 따라 차별하거나 배제시키지 않습니다.

또한 DSHS와 HCA는 해당 주 법을 준수하고 신념, 성별, 성별 표현이나 성 정체성, 성적 지향, 결혼 유무, 종교, 명예 제대한 퇴역군인이나 군복무 유무, 또는 훈련된 안내견이나 도우미 동물의 도움을 받는 장애인이라는 이유로 차별하지 않습니다.

DSHS 및 HCA:

- 장애인과의 원활한 의사소통을 위하여 다음과 같은 무료 지원 및 서비스를 제공합니다
 - 자격을 갖춘 수화 통역사
 - 다른 형식으로 작성된 서면 정보 (큰 활자, 오디오, 접근 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 영어가 모국어가 아닌 사람들에게 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다.
 - 자격을 갖춘 통역사
 - 다른 언어로 작성된 서면 정보

이 서비스를 원하시면 1-855-567-0252에 전화하십시오.

DSHS 또는 HCA가 이러한 서비스를 제공하지 않거나 다른 식으로 차별을 했다고 생각되시면, 다음 기관에게 불만을 제기하실 수 있습니다.

• DSHS

ATTN: Constituent Services
PO Box 45131
Olympia, WA 98504-5131
1-800-737-0617
팩스: 1-888-338-7410
askdshs@dshs.wa.gov

• HCA Division of Legal Services

ATTN: Compliance Officer
PO Box 42704
Olympia, WA 98501-2704
1-855-682-0787
팩스: 1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov

직접 방문 또는 전화, 우편, 팩스, 이메일로 진정서를 제출하실 수 있습니다. 진정서를 제출하는 데 도움이 필요하시면, DSHS 시민 서비스국 또는 HCA 법률 서비스국이 도움을 드립니다.

시민권과 관련한 불만은 미국 보건복지부의 민권 사무소에 온라인 (<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>)으로 또는 다음 장소에 우편, 전화를 통해 제기하실 수 있습니다.

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

불만 신고 양식은 www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html에서 이용하실 수 있습니다.

귀하의 책임 (귀하가 해야 할 일):

해당 기관에서 요청할 경우, 귀하의 수혜자격을 결정하는 데 필요한 정보나 증빙서류를 제공해야 합니다.

SSN 및 이민자 신분 공개. 사회보장번호(SSN) 또는 이민 서류 번호를 제공해주셔야 합니다. 귀하의 수혜 자격 여부를 결정하는 데 이 정보가 필요합니다. 저희는 귀하의 SSN 정보를 이용하여 귀하의 신원과 시민권, 이민자 신분, 생년월일, 기타 건강보험 가입 가능 여부를 확인합니다. 저희는 이 정보를 국토안보부(Homeland Security)와 공유하지 않습니다.

변경사항이 있을 경우 저희 규정에 따라 30일 이내에 통보하셔야 합니다. 승인 제한을 읽으시고 통보해야 할 변경사항으로 무엇이 있는지 확인하셔야 합니다.

요청 시 갱신을 완료하셔야 합니다.

요청 시 수혜 품질 보장 검토 직원에게 협조하셔야 합니다.

귀하가 알아야 할 일들

신청서 처리 방법을 통제하는 **주법과 연방법이 있습니다.** 이 법들은 TSOA 서비스 신청인과 수혜자의 권리와 책임도 통제합니다. 신청인이 되었다는 것은 이 법들을 준수하는 데 동의하신다는 뜻입니다. TSOA 수혜자가 되었다는 것은 적용되는 법을 준수하는 데 동의하신다는 뜻입니다.

귀하가 원하시면 저희는 연방법에 따라서 귀하의 투표 등록을 도와드려야 합니다. 등록 여부를 결정하실 수 있습니다. 그 결정은 서비스나 혜택에 대한 저희 결정에 영향을 미치지 않습니다. 투표 등록은 www.vote.wa.gov에서 하시거나 1-800-448-4881로 전화해 유권자 등록 양식을 주문하십시오.

건강보험 양도 및 책임에 관한 법안(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)의 규정에 의거해 HCA와 DSHS는 귀하 또는 귀하 가족 구성원의 건강정보를 귀하가 위임한 대리인을 비롯하여 다른 사람에게 공개할 수 없습니다. 단, 위임장(power of attorney)이 있는 개인이나 귀하가 건강정보 공개를 승인하는 문서인 공개 동의서에 서명한 경우에는 이 건강정보를 공개할 수 있습니다. 이 건강정보에는 정신건강정보, HIV, AIDS, STD(성병) 검사 결과 또는 치료 및 약물 의존 치료 서비스에 대한 공개 등이 포함됩니다.

부담적정보법(Affordable Care Act)에 따라 DSHS는 귀하 또는 귀하 가족 구성원의 개인식별정보(PII)를 해당 정보를 받을 수 있는 권한을 위임 받지 않은 사람과 공유할 수 없습니다.

귀하께서 DSHS에 제공하신 정보는 귀하의 TSOA 프로그램 수혜자격을 결정하기 위해 연방 및 주 공무원의 검증을 받습니다. 검증 시, DSHS 직원이 추후 연락할 수 있습니다.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቅንብ ለገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነድ-ትን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្តល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារចេញផ្សាយ គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ យើងស្វែងរកទេសសេវា 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印刷资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການຕໍາມາສາ, ລວມທັງບາບຜູ້ບາບຜາສາ ພຣະ ການຜູ້ບາບຜາສາບຸກຄົນ, ມີໃບຮັບຮອງໄດ້ຢ່າງອິດສະຫຼະ. ໂທຫາ: 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajillii gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. با شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਬਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚትን ናይ ዝተፀሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ኣዊሱ ናይ ቋንቋ ኣገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውል።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

노인 맞춤 지원(TSOA) 신청

I. 신청인 이름 및 연락처 정보			
1. 이름 중간 이니셜 성		2. 전화번호 ()	
3. 거주지 주소		시	주 우편번호
4. 우편주소(상기와 다를 경우)		시	주 우편번호
5. 1차 전화 번호 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 메시지 ()		6. 2차 전화 번호 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 메시지 ()	
II. 간병인 이름 및 연락처 정보 □ 간병인이 없는 경우 여기에 체크하십시오			
7. 간병인 이름		8. 전화번호 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 메시지 ()	
9. 간병인 주소		시	주 우편번호
10. 귀하와의 관계			
III. 위임 대리인 정보			
<p>위임 대리인은 신청에 관하여 대행할 수 있는 권한을 위임 받은 성인입니다. 위임 대리인은 귀하를 대신하여 신청서에 서명한 후 그 신청서를 제출할 수 있고 신청서에 관한 저희 안내문을 수신할 수 있습니다. 후견인 역할을 하는 조직이 위임 대리인도 될 수 있습니다.</p>			
1. 귀하를 대변할 위임 대리인이 있으십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
2. 위임 대리인이 귀하의 신청서에 관한 안내문을 수신하기를 원하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
3. 위임 대리인이 법적 후견인이기도 합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'일 경우 누구입니까? _____			
4. 위임 대리인이 위임인이기도 합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'일 경우 누구입니까? _____			
5. 위임 대리인이 간병인이기도 합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
6. 위임 대리인 이름/조직		7. 전화번호 ()	
8. 위임 대리인 우편주소			
IV. 혼인 여부			
<input type="checkbox"/> 미혼자 <input type="checkbox"/> 배우자와 같이 사는 기혼자 <input type="checkbox"/> 배우자와 별거 중인 기혼자 <input type="checkbox"/> 등록 동거 관계			

HCA 18-008 KO (7/20) Korean



18008

V. 가구 구성원에 대한 정보 (본인과 배우자(기혼자인 경우)에 대한 정보만 기재할 것)								
						TSOA 미신청자인 경우 배우자 정보 기재는 선택 항목		
이름 (이름, 중간 이름, 성)	성별: 남 또는 여	이 사람은 귀하와 어떤 관계입니까 ?	생년월 일	이 사람에 대한 서비스를 원할 경우 체크 표시를 하십시오	사회보장번호	미국 시민인 경우 체크 표시를 하십시오	인종 (아래 참조)	부족 이름 (예: 아메리카 인디언, 알래스카 원주민)
		본인		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		배우자		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
VI. 일반 정보								
<p>1. 내 민족 배경은 히스패닉 또는 라틴 아메리카입니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 참고: 인종과 민족 배경 정보 제공 여부는 귀하의 의향에 달려 있습니다. (인종 예: 백인, 흑인 또는 아프리카계 미국인, 아시아인, 하와이 원주민, 태평양 섬주민, 아메리칸 인디언, 알래스카 원주민 또는 혼혈 인종)</p>								
<p>2. 내 배우자 또는 나는 후원을 받는 외국인입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'일 경우 누구입니까? _____</p>								
<p>3. 통역관이 필요합니다. 사용 언어: _____ 또는 <input type="checkbox"/> 수화; 제 서신을 다음 언어로 번역해 주십시오. _____</p>								
VII. 근로 소득 (증빙서류 첨부 - 예를 들어, 급여 명세서 또는 고용주가 제공한 입출금 내역서)								
<p>참고: 아메리칸 인디언/알래스카 원주민인 경우 알래스카 원주민 조합(Alaska Native Corporations) 및 복지 신탁(Settlement Trusts)의 배당금, 신탁 보유 자산 배당금, 천연 자원 보유 및 개선 배당금, 어업과 천연 자원 채취 및 수확 배당금, 고유 종교, 신앙, 전통, 또는 문화 관련 항목을 보유한 데 따른 수입, 아메리칸 원주민 업무국(Bureau of Indian Affairs) 학생 재정 보조금 등을 비롯한 일부 수입 항목이 고지 항목에서 제외됩니다.</p>								
1. 근로 소득이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오					고용주 이름			
고용주 전화번호		이 직업을 시작한 날짜			이 직업은 자영업입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
<p>받은 총액(공제 전의 달러 금액) \$ _____ 시간 기준: <input type="checkbox"/> 매시 <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 두 주에 한번 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 매달</p>								
주당 시간: _____			급여일 (예: 매월 1일과 15일, 또는 매주 금요일): _____					
2. 내 배우자에게 근로 소득이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오					배우자의 고용주 이름			
배우자의 고용주 전화번호		배우자가 이 직업을 시작한 날짜			이 직업은 자영업입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
<p>받은 총액(공제 전의 달러 금액) \$ _____ 시간 기준: <input type="checkbox"/> 매시 <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 두 주에 한번 <input type="checkbox"/> 한 달에 두 번 <input type="checkbox"/> 매달</p>								
주당 시간: _____			급여일 (예: 매월 1일과 15일, 또는 매주 금요일): _____					

VIII. 기타 모든 소득 (본인 또는 배우자)

(증빙서류 첨부 - 예를 들어, 지급 판정 서한, 입출금 내역서, 연금 증서)

예를 들자면 다음과 같습니다.

- 사회보장
- 연금
- 판매 계약/ 약속 어음
- 재향군인 (VA) 또는 군 급부금
- 임대 소득
- 실직수당
- 이자수익/배당금
- 배우자 생활비
- 신택
- IRA/401(k)
- 노동산업부(L&I)
- 부족 소득
- 선물 (현금 지원/ 상품권)
- 연금
- 철도 급부금

불로소득 종류	이 소득의 주인	월 총액	이 소득의 주인	월 총액
		\$		\$
		\$		\$

IX. 자산 (증빙서류 첨부 - 예를 들어, 은행 잔고 증명서 사본, 법률 문서 사본 또는 보험 증권 사본)

자산이란 귀하의 모든 소유물 또는 매매, 교환 또는 현금화할 수 있는 구매품입니다. 여기에는 다른 사람이 갖고 있는 물건이 포함됩니다. 자산에는 가구, 의복, 보석류와 같은 개인 소지품 등은 포함되지 않습니다.

다음은 자산으로 취급할 수 있습니다.

- 현금
- 귀하의 자택
- 종신 부동산
- 신택/연금
- 사업 장비
- 당좌예금계좌/C Ds
- IRA/401K/ 퇴직금
- 생명 보험 정책
- 장례 절차
- 판매 계약
- 주식/채권
- 토지/기타 재산
- 학자금
- 농장 장비/ 가족
- 뮤추얼 펀드
- 공동사용물

자산 종류	소유주	장소	가치	자산 종류	소유주	장소	가치
			\$				\$
			\$				\$
			\$				\$

차량: 귀하와 배우자가 소유한 차량을 기재해주시시오. 여기에는 자동차, 트럭, 밴, 보트, RV, 트레일러 또는 기타 모터 차량이 포함됩니다.

연도(예: 2010)	제조사 (Toyota)	모델 (Camry)	리스한 경우	잔금
			<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	\$

X. 먼저 자세히 읽고 서명하십시오

행정 심의회 권리 저희측 결정에 동의하지 않으시는 경우, 항소를 제기하여 심의회를 요청하실 수 있습니다. 감독관과 행정관에게 도움을 요청하실 수도 있습니다. 심의회를 요청하신 상태에서 이 도움도 요청하실 수 있습니다.

XI. 유권자 등록

저희 기관은 자동 유권자 등록을 포함한 유권자 등록 서비스를 제공합니다.

투표를 하기 위해 등록을 신청하거나 투표 등록을 거절한다고 해서 본 기관으로부터 받을 수 있는 서비스나 보조금 액수가 영향을 받지는 않습니다. 유권자 등록 양식을 작성하는 데 도움이 필요한 경우 지원해 드립니다. 도움을 구하거나 받는 것은 전적으로 귀하의 선택에 달려 있습니다. 유권자 등록 신청서는 스스로 작성하실 수도 있습니다. 유권자 등록 신청 또는 등록 거절에 대한 귀하의 권리를 침해하거나 투표를 위한 등록 또는 등록 신청 결정에 따른 사생활 보호권을 침해하거나 본인이 원하는 정당 또는 기타 선호하는 정당을 선택할 권리를 침해하는 사람이 있으면 아래 주소로 이의를 제기할 수 있습니다.

Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)

투표 등록을 하시거나 유권자 등록을 갱신하시겠습니까? 예 아니오

두 네모 칸을 모두 빈 칸으로 두시면 저희는 귀하가 자동 유권자 등록을 할 자격이 있음에도 거절하는 것이 아닐 경우 귀하가 투표 등록을 지금 하지 않기로 작정한 것으로 간주합니다.

“아니오” 칸에 표시를 하지 않으셨다면, 귀하께서는 자동 유권자 등록을 하실 수 있습니다. 다음 선거일까지 만 18세 이상이 되고 미국 시민권자이며 DSHS에 귀하의 이름, 거주지 및 우편 발송 주소, 생년월일, 시민권 검증 정보, 이 신청서에 제공된 정보가 사실임을 증명하는 본인 서명이 있다면 자동 유권자 등록을 하실 수 있습니다.

자동 투표 등록을 하시겠습니까? 예 아니오

“예” 칸에 표시를 했거나 두 네모 칸을 모두 빈 칸으로 두었지만 자동 유권자 등록 자격 요구사항을 충족한다면 DSHS 가 국무장관실(Office of the Secretary of State)에 귀하의 정보를 보낼 것이고 그러면 자동으로 투표 등록이 됩니다.

XI. 선언 및 서명

본인은 이 신청서에 있는 정보를 읽고 이해했습니다. 본인은 워싱턴 주법 아래 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 시민권 및 이민 신분 정보를 포함하여, 본인이 이 신청서에 제공한 정보가 정확하고 진실하며 본인이 아는 바를 제공했음을 선언합니다.

신청인 또는 위임 대리인 서명

날짜

신청인 또는 위임 대리인의 이름(정자체로 기입)