

**MEDI-CAL 신청자의 보충적인 사실 진술서면**

**County Use Only**

**County Number/Aid Code/Case Number**

**파트 I—개인정보**

|   |  |  |                 |
|---|--|--|-----------------|
| 1a. 신청자 성명 (성, 이름, 중간이름 약자)   |  | 1b. 소셜 시큐리티 번호<br>— —                        | 1c. 생년월일<br>/ / |
| 1d. 사용된 다른 성명(들) (성, 이름, 중간이름 약자)   | 1e. 성별<br><input type="checkbox"/> 남자<br><input type="checkbox"/> 여자               | 1f. 신장<br>피트<br>인치                           | 1g. 체중<br>파운드   |
| 2a. 집 주소  | 시  | 주  | 우편번호            |
| 2b. 우편주소 (만일 다르면)   | 시  | 주  | 우편번호            |
| 3. 주간 전화번호<br>( )   | 해당되면 체크:<br><input type="checkbox"/> 전화없음<br><input type="checkbox"/> 메시지 전화번호 ( ) |  | 전화받기에 가장 좋은 시간  |
| 4a. 영어를 하십니까?<br><input type="checkbox"/> 예 만일 '예' 이면, 파트 II 로 가십시오<br><input type="checkbox"/> 아니오 만일 '아니오' 이면, 어떤 언어(들)를<br>말하십니까?: | 4b. 통역자가<br>있습니까?<br><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오       | 만일 '예' 이면, 통역자의 성명:<br><br>통역자의 전화번호:<br>( ) | 전화받기에 가장 좋은 시간  |

**파트 II—의료 정보**

**County Use Only**

|  |                 |
|--|-----------------|
| 5. 지난 이(2)년 동안 사회보장장애 또는 생활보조금(SSJ)장애 혜택들을 신청하신 적이 있습니까?<br><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오<br>만일 '예' 이면, 다음에 답변하십시오:  |                 |
| a. 귀하의 사회보장 또는 SSJ 장애 신청이 어떻게 되었습니까(되고 있습니까)?:<br><input type="checkbox"/> 승인? <input type="checkbox"/> 거부? <input type="checkbox"/> 보류? <input type="checkbox"/> 재심청구 중? <input type="checkbox"/> 모름? |                 |
| b. 만일 승인 또는 거부되었으면, 귀하의 사회보장 또는 SSJ 장애 신청에 관한 가장 최근의 결정일을 알려주십시오:  |                 |
| c. 귀하의 건강상의 문제(들)가 위의 5b 에 명기된 일자 이후에 악화되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오<br>만일 '예' 이면, 설명하십시오:   |                 |
| d. 사회보장 또는 SSJ 장애에 관한 결정이 내려졌을 때는 없었지만, 위의 5b 에 명기된 일자 이후에 새로운 건강상의 문제(들)가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오<br>만일 '예' 이면, 어떤 건강상의 문제(들)입니까?                               |                 |
| 6. 일을 하거나 자신의 개인적인 일들을 처리하는데 지장을 주는 모든 건강상의 문제들(육체적 또는 정신적인)을 나열하십시오.(필요하다면, 별지를 첨부하십시오.)  |                 |
| 건강상의 문제(들)   | 발병 일시<br>(월/연도) |
|  |                 |
|  |                 |
|  |                 |

7. 지난 12 개월 동안 귀하의 질병(들) 또는 부상(들)에 관해 클리닉 또는 병원에서 치료를 받으신 적이 있습니까?  예  아니오

MC 220  
Signed

만일 '예' 이면, 다음에 대해 자세하게 답변해 주십시오:

클리닉/병원의 이름

환자/클리닉 또는 멤버 번호

클리닉/병원 전화번호

( )

진료받은 의사(들)의 이름

클리닉/병원의 주소(번지, 거리, 스위트)

시

주

우편번호

첫 진료일

마지막 진료일

다음 예약일

방문(들)의 이유

병원에서 하룻밤을 지내셨습니까?

예

아니오

만일 '예' 이면, 들어간 일자(들):

나온 일자(들):

응급실에서 진료를 받으셨습니까?

예

아니오

만일 '예' 이면, 진료를 받은 일자(들):

받으신 모든 의약품들을 열거하십시오:

받으신 모든 치료들과 치료일자를 열거하십시오:

8. 지난 12 개월 동안 진료를 받으신 어떤 별도의 클리닉 또는 병원이 있으시면 열거하십시오.

MC 220  
Signed

클리닉/병원의 이름

환자/클리닉 또는 멤버 번호

클리닉/병원 전화번호

( )

진료받은 의사(들)의 이름

클리닉/병원의 주소(번지, 거리, 스위트)

시

주

우편번호

첫 진료일

마지막 진료일

다음 예약일

방문(들)의 이유

병원에서 하룻밤을 지내셨습니까?

예

아니오

만일 '예' 이면, 들어간 일자(들):

나온 일자(들):

응급실에서 진료를 받으셨습니까?

예

아니오

만일 '예' 이면, 진료를 받은 일자(들):

받으신 모든 의약품들을 열거하십시오:

받으신 모든 치료들과 치료일자를 열거하십시오:

지난 12 개월 동안 별도의 클리닉들 또는 병원들에서 진료를 받으셨으면, 8 페이지를 완성하십시오.

9. 지난 12 개월 동안 귀하가 이미 열거하신 클리닉(들) 또는 병원(들) 외의 다른 어떤 의사에게 진료를 받으신 적이 있습니까?  예  아니오

만일 '아니오'이면, 10번으로 가십시오. 만일 '예'이면, 다음에 대해 자세하게 답변하시고, 만일 한 명 이상의 의사에게 진료를 받았으면, 모든 추가적인 정보를 위해 8 페이지를 완성하십시오.

의사(들)의 성명

|                         |                 |        |
|-------------------------|-----------------|--------|
| 환자/클리닉 또는 멤버 번호         | 의사의 전화번호<br>( ) |        |
| 클리닉/병원의 주소(번지, 거리, 스위트) | 시               | 주 우편번호 |

|       |         |        |
|-------|---------|--------|
| 첫 진료일 | 마지막 진료일 | 다음 예약일 |
|-------|---------|--------|

방문(들)의 이유

받으신 모든 의약품들을 열거하십시오:

받으신 모든 치료들과 치료일자를 열거하십시오:

10. 지난 12 개월간 다음 검사들 중에서 받으신 것이 있으면 열거하십시오. 각각의 검사 옆에 '예' 또는 '아니오' 에 체크하십시오.(만일 의사, 클리닉 또는 병원의 주소를 이미 기록하셨으면, 단지 이름과 일자만 열거하십시오.)

| 받은 검사               | 예 | 아니오 | 검사가 완료된 사무실, 클리닉 또는 병원의 이름 및 주소 | 일자 (월/연도) |
|---------------------|---|-----|---------------------------------|-----------|
| 심전도 (EKG)           |   |     | 성명                              |           |
|                     |   |     | 주소(번지, 거리, 스위트)                 |           |
|                     |   |     | 시 주 우편번호                        |           |
| 트레드밀 ((운동 심박테스트))   |   |     | 성명                              |           |
|                     |   |     | 주소(번지, 거리, 스위트)                 |           |
|                     |   |     | 시 주 우편번호                        |           |
| 가슴 X 선 촬영           |   |     | 성명                              |           |
|                     |   |     | 주소(번지, 거리, 스위트)                 |           |
|                     |   |     | 시 주 우편번호                        |           |
| 호흡검사 (PFT)          |   |     | 성명                              |           |
|                     |   |     | 주소(번지, 거리, 스위트)                 |           |
|                     |   |     | 시 주 우편번호                        |           |
| 혈액검사들               |   |     | 성명                              |           |
|                     |   |     | 주소(번지, 거리, 스위트)                 |           |
|                     |   |     | 시 주 우편번호                        |           |
| 기타<br>(자세히 설명하십시오.) |   |     | 성명                              |           |
|                     |   |     | 주소(번지, 거리, 스위트)                 |           |
|                     |   |     | 시 주 우편번호                        |           |

**County Use Only**

MC 220 Signed

MC 220 Signed

MC 220 Signed

MC 220 Signed

MC 220 Signed

MC 220 Signed

MC 220 Signed

11. 지난 12 개월 동안 다른 어떤 의학적인 치료 또는 검사를 받으신 적이 있습니까?  예  아니오

만일 '아니오' 이면, 12 번으로 가십시오 .

만일 '예' 이면, 8 페이지를 완성하십시오.

12. 귀하의 질병 또는 부상과 관련한 정보와 그것이 귀하의 일상활동들 또는 일하는 것을 어떻게 제한하고 있는지를 알기 위해서 저희가 연락해도 되는 다른 사람(친구, 친척, 소셜 워커, 재활 카운셀러, 변호사, 물리치료사 등) 이 있습니까?  예  아니오

만일 '예'이면, 아래에 열거하십시오:

성명

주소(번지, 거리, 스위트)

전화번호  
( )

귀하와의 관계

성명

주소(번지, 거리, 스위트)

전화번호  
( )

귀하와의 관계

성명

주소(번지, 거리, 스위트)

전화번호  
( )

귀하와의 관계

13. 귀하의 건강상의 문제(들)를 평가하는데 도움을 주기 위해 추가적인 신체검사를 받으러 가시도록 요청받으실 수도 있습니다.(이들 검사들은 무료로 제공됩니다.)

만일 필요하다면 추가적인 신체검사를 기꺼이 받으러 가시겠습니까?  예  아니오

**파트 III—사회적 및 교육적 정보**

14. 귀하의 일상활동들을 기술하시고 귀하의 건강상태가 얼마나 귀하의 활동들을 제한하는지 말씀해 주십시오.

15. 귀하의 교육배경을 기술하십시오.

a. 귀하가 학교에서 수료한 가장 높은 학년에 체크하십시오:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 또는

GED (12 학년 수료와 동등함) 12+

b. 언제 수료하셨습니다? 월/연도:

c. 특별 교육과정을 택하셨습니다?  예  아니오

16. 지난 15 년간 30일 이상 어떠한 종류의 일을 하신 적이 있습니까? (여기에는 다른 나라에서 한 일도 포함됨.)

예  아니오

만일 '아니오' 이면, 파트 IV 를 건너뛰고, 7 페이지의 파트 V 로 가서 서명하십시오.

만일 '예' 이면, 5 페이지의 파트 IV, 17 번부터 시작해서 답변하십시오 .

파트 IV—근무경력 I

County Use Only

17. 지난 15 년간 적어도 30일 동안 근무했던 모든 직장들을 기술하십시오. 가장 최근의 직장부터 시작하십시오.(만일 두 직장 이상에서 근무했으면, 카운티의 담당직원에게 추가 페이지들을 요청하십시오.)

|   |   |     |         |   |   |   |   |   |   |
|---|---|-----|---------|---|---|---|---|---|---|
| a. 직책   | 비즈니스 형태   |     |         |   |   |   |   |   |   |
| 근무일자(월/연도)<br>부터:                      까지:  | 주당 근무시간   | 급여액 | 시간/주/월당 |   |   |   |   |   |   |
| <b>근무에 대한 기술(이것이 내가 했던 일과 했던 방식임)</b>   |   |     |         |   |   |   |   |   |   |
| 이들이 내가 사용했던 툴들, 기계들 및 장비입니다:  |   |     |         |   |   |   |   |   |   |
| 내가 이 일을 배우기 위해 걸린 시간은:                      일 또는                      개월.   |   |     |         |   |   |   |   |   |   |
| 나는 보고서를 작성, 완성하였고, 또는 유사한 임무들을 수행하였습니다: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오                                   |   |     |         |   |   |   |   |   |   |
| 나는 감독하는 책임들을 가졌습니다: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오   |   |     |         |   |   |   |   |   |   |
| <b>신체 활동</b>  |   |     |         |   |   |   |   |   |   |
| (하나에 동그라미 하십시오)   |   |     |         |   |   |   |   |   |   |
| 나는 보통의 근무일 하루에 다음 시간 동안 걷습니다:   | 0   | 1   | 2       | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 나는 보통의 근무일 하루에 다음 시간 동안 서있습니다:  | 0   | 1   | 2       | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 나는 보통의 근무일 하루에 다음 시간 동안 앉아 있습니다:  | 0   | 1   | 2       | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 나는 보통의 근무일 하루에 이 정도의 높은 곳에 올라갑니다:   | <input type="checkbox"/> 전혀 없음 <input type="checkbox"/> 때때로 <input type="checkbox"/> 자주 <input type="checkbox"/> 항상                 |     |         |   |   |   |   |   |   |
| 나는 보통의 근무일 하루에 이 정도를 굽힙니다:  | <input type="checkbox"/> 전혀 없음 <input type="checkbox"/> 때때로 <input type="checkbox"/> 자주 <input type="checkbox"/> 항상                 |     |         |   |   |   |   |   |   |
| 내가 들어올린 가장 무거운 무게:  | <input type="checkbox"/> 10 lbs <input type="checkbox"/> 20 lbs <input type="checkbox"/> 50 lbs <input type="checkbox"/> 100 lbs 이상 |     |         |   |   |   |   |   |   |
| 나는 가끔 다음까지 들어올리거나/운반합니다:  | <input type="checkbox"/> 10 lbs <input type="checkbox"/> 20 lbs <input type="checkbox"/> 50 lbs <input type="checkbox"/> 100 lbs 이상 |     |         |   |   |   |   |   |   |
| 귀하가 이 일을 했을 때 현재의 건강상의 문제(들)가 있었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오                                      |   |     |         |   |   |   |   |   |   |
| 만일 '아니오'이고, 다른 직장이 없었으면 7 페이지의 파트 V 로 가서 서명하십시오.  |   |     |         |   |   |   |   |   |   |
| 만일 '아니오'이지만, 다른 직장이 있었으면 다음 페이지의 17b 로 가십시오.  |   |     |         |   |   |   |   |   |   |
| 만일 '예'이면, 다음의 정보를 완성하십시오.   |   |     |         |   |   |   |   |   |   |
| 건강상의 문제(들)의 명칭:   |   |     |         |   |   |   |   |   |   |
| 귀하의 고용주가 특별한 조치들(여분의 휴식, 특별한 장비, 주된 업무의 변경 등과 같은)을 취해 주어서 일을 계속할 수 있었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |   |     |         |   |   |   |   |   |   |
| 만일 '예'이면, 취해진 특별한 조치들에 관하여 기술하십시오:  |   |     |         |   |   |   |   |   |   |
| 건강상의 문제(들)로 인해 일을 중단해야 했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오  |   |     |         |   |   |   |   |   |   |
| 만일 '예'이면, 언제였습니까?                      월                      일                      연도   |   |     |         |   |   |   |   |   |   |
| 지난 15 년간 30 일 이상 어떠한 다른 일을 하신 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오                                    |   |     |         |   |   |   |   |   |   |
| 만일 '아니오'이면, 7 페이지의 파트 V 로 가서 서명하십시오. 만일 '예'이면, 다음 페이지의 17b 에서 계속하십시오.   |   |     |         |   |   |   |   |   |   |

파트 IV—근무경력 II

County Use Only

|  |         |     |         |
|--|---------|-----|---------|
| 17. b. 직책                                  | 비즈니스 형태 |     |         |
| 근무일자(월/연도)<br>부터:                      까지: | 주당 근무시간 | 급여액 | 시간/주/월당 |

**근무에 대한 기술(이것이 내가 했던 일과 했던 방식임)**

이들이 내가 사용했던 툴들, 기계들 및 장비입니다:

내가 이 일을 배우기 위해 걸린 시간은:                      일 또는                      개월.

나는 보고서를 작성, 완성하였고, 또는 유사한 임무들을 수행하였습니다:     예     아니오

나는 감독하는 책임들을 가졌습니다:                       예     아니오

**신체 활동**

(하나에 동그라미 하십시오)

나는 보통의 근무일 하루에 다음 시간 동안 걷습니다:    0   1   2   3   4   5   6   7   8

나는 보통의 근무일 하루에 다음 시간 동안 서 있습니다:    0   1   2   3   4   5   6   7   8

나는 보통의 근무일 하루에 다음 시간 동안 앉아 있습니다:    0   1   2   3   4   5   6   7   8

나는 보통의 근무일 하루에 이 정도의 높은 곳에 올라갑니다:     전혀 없음     때때로     자주     항상

나는 보통의 근무일 하루에 이 정도를 굽힙니다:     전혀 없음     때때로     자주     항상

내가 들어올린 가장 무거운 무게:                       10 lbs     20 lbs     50 lbs     100 lbs 이상

나는 가끔 다음까지 들어올리거나/운반합니다:     10 lbs     20 lbs     50 lbs     100 lbs 이상

귀하가 이 일을 했을 때 현재의 건강상의 문제(들)가 있었습니까?     예     아니오

만일 '아니오'이고, 다른 직장이 없었으면 7 페이지의 파트 V 로 가서 서명하십시오.

만일 '아니오'이지만 다른 직업이 있었다면, 귀하의 카운티 담당직원에게 추가 서류를 요청하십시오.

만일 '예'이면, 다음의 정보를 완성하십시오.

건강상의 문제(들)의 명칭:

귀하의 고용주가 특별한 조치들(여분의 휴식, 특별한 장비, 주된 업무의 변경 등과 같은)을 취해 주어서 일을 계속할 수 있었습니까?     예     아니오

만일 '예'이면, 취해진 특별한 조치들에 관하여 기술하십시오:

건강상의 문제(들)로 인해 일을 중단해야 했습니까?     예     아니오

만일 '예'이면, 언제였습니까?    월                      일                      연도

지난 15년간 30 일 이상 어떠한 다른 일을 하신 적이 있습니까?     예     아니오

만일 '아니오'이면, 7페이지의 파트 V로 가서 서명하십시오. 만일 '예'이면, 귀하의 카운티 담당직원에게 작성해야 하는 추가 서류를 요청하십시오.

## 파트 V—서명 및 인증

본인은 이 보충적 사실 진술서면에 포함된 정보가 진실되고 정확한 것임을 미국 연방 및 California 주 법률들에서의 위증에 대한 책임하에 진술합니다.

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| 신청자의 서명<br><br>▶                      | 일자 |
| 증인의 서명(만일 신청자가 마크를 하고 서명했다면)<br><br>▶ | 일자 |
| 양식을 작성하는데 신청자를 도와준 사람의 서명<br><br>▶    | 일자 |

귀하가 열거한 각 클리닉, 병원 및 검사기관과, 클리닉 또는 병원 밖에서 진료를 받은 각 의사에 대한 정보공개 허락을 위해서 서명을 하실 필요가 있을 것입니다. 귀하의 카운티 담당직원이 귀하가 서명하실 때에 필요한 추가적인 양식들을 제공할 것입니다.

2 페이지의 8 번 질문, 3 페이지의 9 번 질문, 그리고 3 페이지의 10 번 질문(들)에 계속 답변(들)을 하십시오. 공간이 더 필요하시면, 귀하의 카운티 담당직원에게 추가 페이지를 요청해서 완성하십시오.

County Use Only

지난 12 개월 동안 진료를 받으신 어떤 별도의 클리닉 또는 병원이 있으시면 열거하십시오.

MC 220  
Signed

|   |                    |           |
|---|--------------------|-----------|
| 클리닉/병원의 이름  |                    |           |
| 환자/클리닉 또는 멤버 번호   | 클리닉/병원 전화번호<br>( ) |           |
| 진료받은 의사(들)의 이름  |                    |           |
| 클리닉/병원의 주소(번지, 거리, 스위트)   | 시                  | 주 우편번호    |
| 첫 진료일   | 마지막 진료일            | 다음 예약일    |
| 방문(들)의 이유   |                    |           |
| 병원에서 하룻밤을 지내셨습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |                    |           |
| 만일 '예' 이면, 들어간 일자(들):   |                    | 나온 일자(들): |
| 응급실에서 진료를 받으셨습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |                    |           |
| 만일 '예' 이면, 진료를 받은 일자(들):  |                    |           |
| 받으신 모든 의약품들을 열거하십시오:  |                    |           |
| 받으신 모든 치료들과 치료일자를 열거하십시오:   |                    |           |

귀하가 이미 열거한 클리닉(들) 또는 병원(들) 밖에서 진료를 받은 어떠한 별도의 의사라도 열거하십시오:

MC 220  
Signed

|                           |                 |        |
|---------------------------|-----------------|--------|
| 의사(들)의 성명                 |                 |        |
| 환자/클리닉 또는 멤버 번호           | 의사의 전화번호<br>( ) |        |
| 진료받은 의사(들)의 이름            |                 |        |
| 클리닉/병원의 주소(번지, 거리, 스위트)   | 시               | 주 우편번호 |
| 첫 진료일                     | 마지막 진료일         | 다음 예약일 |
| 방문(들)의 이유                 |                 |        |
| 받으신 모든 의약품들을 열거하십시오:      |                 |        |
| 받으신 모든 치료들과 치료일자를 열거하십시오: |                 |        |

귀하가 지난 12 개월간 받은 어떠한 추가적인 검사들이라도 열거하십시오:

MC 220  
Signed

| 받으신 검사 | 검사가 완료된 사무실, 클리닉 또는 병원의 이름 및 주소 | 일자 (월/연도) |
|--------|---------------------------------|-----------|
|        | 성명                              |           |
|        | 주소(번지, 거리, 스위트)                 |           |
|        | 시 주 우편번호                        |           |
|        | 성명                              |           |
|        | 주소(번지, 거리, 스위트)                 |           |
|        | 시 주 우편번호                        |           |

MC 220  
Signed