

하우징 인테이크 패킷



환자 정보

방문 날짜:

방문 장소:

성/경칭	이름	중간 이름	생년월일	출생 당시의 성별
주소			도시	우편번호
전화 번호:		이메일:	문자 발송 동의 여부? <input type="checkbox"/> 네. <input type="checkbox"/> 아니요	

비상 연락처

이름.	관계	전화번호
-----	----	------

추가 정보

무엇을 찾고 계십니까? 임대 지원 장기 영구 주택 일시 쉼터

보험. 보험 없음 Medi-Cal 번호: _____ 의료 보험 번호: _____

SSI 또는 SSDI 수령 여부? 네; _____ 아니요

저희 소식은 어떻게 들으셨나요?	<input type="checkbox"/> 가족/친구	<input type="checkbox"/> 임대인	<input type="checkbox"/> 부동산업자	<input type="checkbox"/> KCS 직원
	<input type="checkbox"/> 직접 방문	<input type="checkbox"/> 기타(지정): _____		

언어 영어 한국인 스페인어 기타:

주택 상담 및 내비게이션

1 단계: 고객의 상담 요청 사항 및 재정적 목표:

- 비상 주택
- 임대 상담
 - 에너지 지원 임대 지원 임대인-임차인 간의 문제 기타: _____
- 신용에 관한 상담
 - 크레딧 분쟁 부채 청산 크레딧 빌딩

2 단계: 문서 체크리스트

고객은 필요한 모든 서류를 가지고 있습니까? (사전 스크리닝을 위해 필요)

- 소득 증명: 급여 명세서 (1 개월), 손익 계산서 (Qtr) 또는 사회 보장 소득 계산서
- 장애 증명 (해당되는 경우)
- 만성적인 노숙 확인 (해당되는 경우)
- 임대/임대차 계약
- 개인 소득세 신고서 - 1040(최근 2 년)
- 은행명세서(2 개월)
- 공공요금 - 전기, 가스, 물, 쓰레기
- 기타 청구서 - 신용 카드

추가 정보

인종	<input type="checkbox"/> 아프리카계 미국인/흑인	<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언/알래스카 원주민	<input type="checkbox"/> 백인/백인		
	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민/기타 태평양 섬 주민	<input type="checkbox"/> 아시아의	<input type="checkbox"/> 두 개 이상의 인종	<input type="checkbox"/> 응답 거부	
민족성	<input type="checkbox"/> 히스패닉/라티노	<input type="checkbox"/> 히스패닉/라티노 아님	<input type="checkbox"/> 기타.	<input type="checkbox"/> 알 수 없음	<input type="checkbox"/> 응답 거부
성별 정체성	<input type="checkbox"/> 여자	<input type="checkbox"/> 남자	<input type="checkbox"/> 트랜스젠더 여성	<input type="checkbox"/> 트랜스젠더 남성	
	<input type="checkbox"/> 젠더 퀴어	<input type="checkbox"/> 기타.	<input type="checkbox"/> 응답 거부		
성적 취향	<input type="checkbox"/> 알 수 없는	<input type="checkbox"/> 이성애자/스트레이트	<input type="checkbox"/> 동성애자/레즈비언, 게이		
	<input type="checkbox"/> 양성애자	<input type="checkbox"/> 기타.	<input type="checkbox"/> 응답 거부		
선호하는 인칭대명사	<input type="checkbox"/> 알 수 없음	<input type="checkbox"/> 응답 거부	<input type="checkbox"/> 그녀, 그녀를, 그녀의	<input type="checkbox"/> 그, 그의, 그를	<input type="checkbox"/> 그들, 그들을, 그들의 <input type="checkbox"/> 기타.
혼인 여부	<input type="checkbox"/> 이혼	<input type="checkbox"/> 싱글	<input type="checkbox"/> 미망인	<input type="checkbox"/> 기혼	
	<input type="checkbox"/> 동거 사실혼	<input type="checkbox"/> 별거	<input type="checkbox"/> 알 수 없음		

예산안 워크시트

카테고리	상황 서술	현재 진행	조정	절약된 금액
소득.				
가구 총 소득	고용소득 1	\$		
	사회보장/장애연금	\$		
	연금/퇴직금	\$		
	자녀 지원금	\$		
	혜택 또는 기타	\$		
	총소득	\$		
	실제 소득	\$		
비용				
주택	주택 담보 대출 또는 임대료	\$		
	재산세 및 보험(포함되지 않은 경우)	\$		
	유지관리비 (평균)	\$		
	주택조합 회비	\$		
	소계:	\$		
교통비.	차량 할부금	\$		
	가스/연료비	\$		
	차량 보험	\$		
	차량 유지보수/수리비	\$		
	소계:	\$		
유틸리티 공과금	전기세	\$		
	가스요금	\$		
	수도세.	\$		
	쓰레기 수거비.	\$		
	인터넷/케이블티비	\$		
	모바일/집 전화	\$		
	소계:	\$		
식비.	식료품류 구입비	\$		
	외식비용	\$		
	점심	\$		
	소계:	\$		
대출금	신용 카드 결제	\$		
	학자금 대출	\$		
	개인/여행 대출	\$		
	소계:	\$		
개인적인 비용	의류	\$		
	아동복	\$		

	헤어컷	\$		
	건강/체육관	\$		
	드라이 클리닝	\$		
	소계:	\$		
자녀관련 비용.	육아 관련	\$		
	과외 활동비	\$		
	학비	\$		
	학용품	\$		
	소계:	\$		
기타 비용	자녀 지원	\$		
	기부/헌금	\$		
	선물	\$		
	엔터테인먼트(영화, 음악 등)	\$		
	보험(생명, 의료 등)	\$		
	소계:	\$		
	월별 총 비용:	\$		
	총 순수입 - 총 비용:	\$		

KCS USE ONLY

CalAIM (아래에서 하나 확인)

- 하우징 전환 내비게이션
 주택 보증금
 주택임대사업과 지속적 서비스

다음의 예산서를 작성해 주십시오

상담원 이름:

이전 승인 날짜:

양식 1A: 세입자 선별 도구

해당되는 항목에 모두 체크하십시오	<input type="checkbox"/> 장애	<input type="checkbox"/> 세대주	<input type="checkbox"/> 첫 주택 구매자	<input type="checkbox"/> 노인
	<input type="checkbox"/> 미군 참전용사	<input type="checkbox"/> 지난 3 년간 주택 소유	<input type="checkbox"/> 홈리스	
	<input type="checkbox"/> 임신 중(몇 개월) _____			
	<input type="checkbox"/> 만성적 건강 상태	<input type="checkbox"/> 약물 사용 장애	<input type="checkbox"/> 정신질환	

가구 정보

가구원 수(가구주 포함): _____

이름.	관계.	생년월일.
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

가구원 중에 장애가 있거나 특별한 필요가 있는 사람이 있습니까? 네 아니요

가능한 경우 그에 대한 세부 정보를 제공해 주십시오:

귀하 또는 가족 구성원 중 특별한 숙박 시설이 필요한 건강 상태 또는 장애를 가지고 있는 사람이 있습니까? 네 아니요

가능한 경우 그에 대한 세부 정보를 제공해 주십시오:

귀하 또는 가족 구성원이 지속적인 치료 또는 의료 서비스를 받고 있습니까? 네 아니요

가능한 경우 그에 대한 세부 정보를 제공하십시오:

가계 소득

고용형태 고객: 자영업 W-2 임금 근로자 실직 중

(만일 고객이 일을 하고 있지 않다고 보고할 경우, 다음 사항을 문의 하십시오.):

당신은 현재 구직 활동 중이십니까? 아니요 네 당신은 현재 일을 할 수 없는 상태입니까? 아니요 네

급여 형태 주급 \$ _____ 격주급 \$ _____
분할 지급 월급(15 일 및 30 일) \$ _____ 월급 \$ _____

월별 총소득 \$ _____ 월별 순 수익 \$ _____

배우자 또는 가구원의 고용형태: 자영업 W-2 임금 근로자 실직

(만일 고객이 일을 하고 있지 않다고 보고할 경우, 다음 사항을 문의 하십시오.):

당신은 현재 구직 활동 중이십니까? 아니요 네 당신은 현재 일을 할 수 없는 상태입니까? 아니요 네

급여 형태 주급 \$ _____ 격주급 \$ _____
분할 지급 월급(15 일 및 30 일) \$ _____ 월급 \$ _____

월별 총소득 \$ _____ 월별 순 수익 \$ _____

월별 가구 총소득: \$ _____ 월별 가구 순 수입 \$ _____

임대 내역

현재 집주인/부동산 관리자 이름

현재의 임대금액	이사의 이유(해당되는 경우)
----------	-----------------

이전 집주인/부동산 관리자 이름

이전 주택의 임대료	이사의 이유(해당되는 경우)
------------	-----------------

노숙인 경력

당신은 이전에 노숙을 경험한 적이 있습니까? 네 아니요

만약 그렇다면, 노숙 기간과 그 기간 동안 액세스 했던 프로그램 또는 서비스를 포함한 세부 정보를 제공하십시오:

임대 지원

임대 지원 바우처가 있습니까? 네 아니요

임대 지원을 받기 원하십니까? 네 아니요

임대 지원이 필요한 경우, 필요한 지원 유형과 알고 있는 특정 요구 사항 또는 프로그램에 대한 세부 정보를 제공하십시오:

당신은 임대 중이던 부동산에서 쫓겨난 적이 있습니까? 네 아니요

가능한 경우 그에 대한 세부 정보를 제공하십시오:

당신은 범죄로 인한 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? 네 아니요

가능한 경우 그에 대한 세부 정보를 제공하십시오:

지원 문서

사진이 있는 ID(운전면허증, 여권 등):

소득 증명(급여 명세서, 급여 통지서 등):

응용프로그램과 관련된 추가 문서 또는 참고:

양식 1B: 주택 평가 도구

마지막 PCP 방문 날짜 _____

당신은 자립 생활이 가능하십니까? 네 아니요

당신은 하우스킹 바우처를 가지고 계십니까? 네 아니요

어떤 종류의 바우처를 가지고 있습니까? 섹션 8 프로젝트 기반 바우처

주거 상태

<input type="checkbox"/> 가족, 친구 또는 호스트 가족과 동거	<input type="checkbox"/> 아동 보호 시설	<input type="checkbox"/> 교도소, 형무소 또는 소년원 시설
<input type="checkbox"/> 임대 중인 방, 집, 아파트	<input type="checkbox"/> 자기 소유 아파트 또는 주택	<input type="checkbox"/> 자취 생활 중
<input type="checkbox"/> 생활 보조 주택	<input type="checkbox"/> 긴급 보호 쉼터가 아닌 호텔 또는 모텔 이용료 지불	
<input type="checkbox"/> 노숙인 쉼터, 만약 그렇다면 고객은 지난 6개월 동안 살았던 노숙인 쉼터의 수를 나열하고 이름을 나열합니다		
<input type="checkbox"/> 인신매매 관련인 쉼터	<input type="checkbox"/> 가정폭력쉼터	
<input type="checkbox"/> 거리/거주 공간이 아닌 곳 거주	<input type="checkbox"/> 기타	

나는 다음의 도움이 필요합니다

<input type="checkbox"/> 목욕/샤워	<input type="checkbox"/> 계단 오르내리기	<input type="checkbox"/> 식사 보조	<input type="checkbox"/> 이동 보조.
<input type="checkbox"/> 양치질	<input type="checkbox"/> 식사 준비/요리	<input type="checkbox"/> 침대/의자에서 일어나기	
<input type="checkbox"/> 보행 보조	<input type="checkbox"/> 설거지/옷입기	<input type="checkbox"/> 기타.	

채무 관련 정보

당신은 어떤 종류의 신용 기록을 가지고 있습니까? 양호 불량 신용 기록 없음 모름

자산: 은행 계좌를 가지고 계십니까? 아니요 네

입/출금 용 \$ _____ 저축 계좌 \$ _____ 기타 \$ _____

자산(자동차, 부동산, CD, IRA)이 있습니까? 아니요 네

세부사항:

부채의 출처

<input type="checkbox"/> 임대인 집주인 \$ _____	<input type="checkbox"/> 가스 회사 \$ _____	<input type="checkbox"/> 전기 \$ _____
<input type="checkbox"/> 전화 \$ _____	<input type="checkbox"/> 자녀 지원 \$ _____	<input type="checkbox"/> 국세청 \$ _____
<input type="checkbox"/> 차량(대출/티켓) \$ _____	<input type="checkbox"/> 학자금 대출 \$ _____	<input type="checkbox"/> 신용 카드 \$ _____
<input type="checkbox"/> 창고 \$ _____	<input type="checkbox"/> 기타. \$ _____	
총 \$ _____		

나는 현재 보유 중 있습니다

사회보장 카드	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 획득 필요
출생증명서	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 획득 필요
신분증명서	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 획득 필요
영주권/워크 퍼밋	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 획득 필요

KCS USE ONLY

<p>해당되는 항목을 모두 확인하십시오:</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 혜택 옹호를 포함한 주택 확보에 필요한 문서 입수에 대한 도움이 필요합니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 신청서 작성을 포함한 주택 검색 및 주택 확보에 대한 도움이 필요하며 이사 비용을 충당하기 위해 필요한 서류 및 리소스가 필요합니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 회원을 대신하여 집주인 교육, 참여 및 의사소통의 혜택을 받을 수 있습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 접근성을 위해 합리적이고 필요한 숙박 시설에 대한 요청에 도움이 필요합니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 회원은 임대료 보조를 위한 가용 자원을 확보에 대한 도움이 필요합니다.</p>	<p>주거 확보의 장애물</p> <p>고객과 함께 장애물 목록을 검토하고 이 정보들을 사용하여 나머지 토론을 안내합니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 렌탈 내역 없음</p> <p><input type="checkbox"/> 퇴거__</p> <p><input type="checkbox"/> 대가족(어린이 3 명 이상)</p> <p><input type="checkbox"/> 한부모 가구</p> <p><input type="checkbox"/> 18 세 미만 세대주</p> <p><input type="checkbox"/> 산발적 고용 이력</p> <p><input type="checkbox"/> 고등학교 졸업장 없음/GED</p> <p><input type="checkbox"/> 저소득/소득 없음</p> <p><input type="checkbox"/> 불충분한 저축</p> <p><input type="checkbox"/> 신용 기록 없음 또는 불량</p> <p><input type="checkbox"/> 부채</p> <p><input type="checkbox"/> 반복적이거나 만성적인 노숙인</p> <p><input type="checkbox"/> 약물 남용 또는 약물 또는 알코올을 적극적으로 사용한 최근 기록</p> <p><input type="checkbox"/> 최근 범죄 경력</p> <p><input type="checkbox"/> 경미하거나 심각한 행동 문제가 있는 성인 또는 어린이</p> <p><input type="checkbox"/> 학대 및/또는 상해의 기록이 있지만 가해자에 해당되지 않음</p> <p><input type="checkbox"/> 최근 또는 현재 학대 및/또는 상해 경험 (클라이언트는 가해자로부터 피신 함)</p>
---	---

다음 단계: 이 평가에서 수집된 정보를 활용하여 주거와 관련 한 위기에 처했을 때 예방 및 조기 개입 서비스를 포함한 주택 지원 위기 개입 계획을 수립합니다.

양식 1C: 개별 주택 지원 계획

클라이언트 이름		서비스 날짜 (30 일 이내에 3 번의 만남이 있어야 함)	
사례 관리자	고객 생년월일	계획 작성 날짜	
승인된 승인 번호		Medi-Cal # CIN(9 자리/글자)	
전화번호		기본 언어	

다음 중 하나를 선택하십시오

<input type="checkbox"/> 하우징 내비게이션	<input type="checkbox"/> 주택 임대
<input type="checkbox"/> 주택 보증금 잔여 잔액 (해당되는 경우) \$ _____	

주택 평가

주거불안정사유(해당란 확인)	<input type="checkbox"/> 일자리 감소, 수입 감소, 비용 충격	<input type="checkbox"/> 임대 비용 절감	<input type="checkbox"/> 퇴거
	<input type="checkbox"/> 수리 요구사항/유지관리	<input type="checkbox"/> 집주인의 괴롭힘/차별	
	<input type="checkbox"/> 합리적인 숙박시설	<input type="checkbox"/> 불법적인 잠금	
	<input type="checkbox"/> 임대료/증액/임대료 오버차지	<input type="checkbox"/> 배치/이사	

목표들	목표 달성을 위한 전략/단계	예정일	달성일	담당자(고객/직원)

재무 평가

월 총 수입 \$ _____	수입원 (모두 나열)
예산 계획이 수립되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	예인 경우 날짜: _____ 그렇지 않은 경우 예산 계획을 수립합니다.
마지막 신용 확인은 언제입니까? _____	

- 신용 보고서를 요청하고 검토합니다. 사례 관리자와 협력하여 채권자와 연락하고 연체된 어음에 대한 지급 계획을 수립합니다. (채권자로부터 다양한 지급 계획서를 받아 보십시오.)
- Annualcreditreport.com -> 공식 사이트에서 각 신용 보고 회사로부터 12 개월마다 무료로 연간 신용 보고서를 받을 수 있습니다. 이것은 연방법에 의해 보장된 권리입니다. 비슷하게 보이는 다른 사이트에 주의 하십시오.

후속 조치가 필요한 항목들(예: 임대/저당권 보상 통지서, 청구서, 지불금):

고려해야 할 추천 사항:

- 식량 지원
- 의류 지원
- 채무 관리/예산 상담
- 임대 지원
- 공공요금/에너지 지원
- 유지보수 또는 수리
- 법률 지원
- 기타.

HIPAA 위임 및 권리 양도서

나는 다음과 같이 이해한다. 미국의회는 HIPAA 라는 시행령을 통과시킴으로 나의 보호된 의료정보의 공개를 제한한다. 이 권리양도서에 서명하는 이유는 나의 가족이나 친구들이 나의 의료정보를 얻어서 더 나은 치료를 할수있도록 하기 위함이다. 그러므로 45CFR 164.501 (a)(1)(iv) 따라서 45CFR Sec. 164.508 에 일치하도록 나의 의료정보를 HIPAA 에서 정한 의료제공자에게 공개할수있다.

나 _____(your name)은/는 HIPAA가 규정한 의료제공자 즉, 의사, 발의사, 척추의, 안마사, 정신과의사, 심리학자, 치과의, 정신상담사, 간호사, 병원, 진료소, 약국, 실험실, 앰블런스 종사자, 양로시설, 요양시서, 임시거처시설, 양로원의료보험회사 등 그 외 건강관계자 등에게 다음과 같은 내용을 공개할수있다.

모든 건강정보, 의료정보기록물, 현상태 진료결과, 검사결과, 전조증상, 치료, 청구내용, 의료제공자 (과거, 현재, 미래 포함) 그 위에 나의 건강 치료와 관계된 모든 정보 또한 다음과 같은 사람들이 나의 모든 의료사항에 대하여 묻고 질문할 수 있도록 한다.

공개할 정보는 과거, 현재 또는 미래에 관계없이 어떤 식으로든 나의 건강관리에 관련된 나의 병력, 현상태, 진단결과, 검사결과, 전조증상, 치료, 비용청구내용과 의료 제공자의 신원에 관한 모든 의료 정보와 보고서들이다. 또한 이 정보공개에는 내가 의료사항에 관하여 질문하고 논의할 수 있는 능력이 있다할지라도 다음과 같은 사람들이 나의 보호된 의료 정보를 소유한 개인 또는 단체와 질문을 하고 논의할 수 있는 역량이 포함된다. 이 승인서에 이름이 지정된 사람에게 나의 모든 보호된 의료 정보에 대한 완전한 권한을 부여하는 것이 나의 의도이다.

- 나는 다음개체들에게 나의 모든 진료기록을 공개하도록 한다.

Name	Relationship
Name	Relationship
Name	Relationship
Name	Relationship
Name	Relationship

- 절대 모든 정보를 공개하기 원치 않음.

공개하기를 원하는 곳에 체크하세요. 모든곳에 알리기를 원하시면 첫번째 박스만 체크하세요.

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 모든 건강기록 | <input type="checkbox"/> 건강진료 역사 | <input type="checkbox"/> 과거현재 약복용 | <input type="checkbox"/> 실험결과 |
| <input type="checkbox"/> 의사의 지시서 | <input type="checkbox"/> 환자 알레르기 | <input type="checkbox"/> 수술기록 | <input type="checkbox"/> 상담기록 |
| <input type="checkbox"/> 진료기록 | <input type="checkbox"/> 퇴원기록 | <input type="checkbox"/> 진단결과보고서 | <input type="checkbox"/> 심장실험보고서 (EKG) |
| <input type="checkbox"/> 병리학보고서 | <input type="checkbox"/> 요금신청기록 | <input type="checkbox"/> 방사선과 보고서 및 사진들 | <input type="checkbox"/> 정신건강기록 |
| <input type="checkbox"/> 약물중독기록 | <input type="checkbox"/> 기타 | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS 실험결과 및 치료기록 | |

이 위임은 1)나의 죽음 2 년후 혹은 2) 서면으로 기록된 나의 취소 기록일 경우 말소된다. FAX 로 된 사본도 원본과 같이 취급된다. 나의 의료정보를 공개함으로 발생할수있는 모든 책임을 해당기관에 묻지 않는다

환자 서명 _____

날짜 _____

정보공개를 위한 KCS 인증

본인은 연방, 주 또는 지역 기관, 조기, 기업 또는 개인이 KCS 의 Housing Navigation Program 에 의한 또는 KCS 의 Housing Navigation Program 을 통해 제공되는 주거에 대한 나의 지속적인 점유를 완료하고 확인하기 위해 필요한 모든 정보 또는 자료를 KCS 에 공개할 수 있는 권한을 권한을 부여하고 승인합니다. (DBA: KCS)

본인은 이 승인 또는 이를 사용하여 얻은 정보가 KCS 가 이 프로그램의 규칙 및 정책을 관리하고 시행하는 데 제공되고 그 것을 위해 사용될 수 있음을 이해하고 동의합니다.

본인은 이 프로그램의 정책 및 요구 사항에 따라 본인 또는 본인 가구에 관한 이전 또는 현재의 정보가 요청될 수 있으며 여기에는 다음의 내용들이 포함되지만 이에 국한되지는 않는다는 것을 이해합니다 :

성 정체성과 혼인 상태	거주지 및 임대 활동	소득
의료 수당	보육 수당	신용 및 범죄 활동 조회

본인은 이 승인이 본인의 자격 및 주택 지원 프로그램에 대한 지속적인 참여와 관련이 없는 나에 대한 정보를 얻는 것에는 사용할 수 없음을 이해합니다.

정보 공개를 요청받을 수 있는 그룹 또는 개인(프로그램 요구 사항에 따라 다름)에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.

이전 집주인	재향군인청	사회보장국
퇴직금/연금	가족 및 사회 복지국	아동복지국
유틸리티 관련 기업	공공 주택 기관	법률 집행 기관
학교 및 대학	신용 평가국 및 제공업체	고용주
지원 및 위자료 제공업체	금융 기관(은행)	의료 제공자
보육 제공자	법원	캘리포니아 고용개발국

본인은 KCS 가 본인의 지원 또는 재인증을 위한 정보 제공을 확인하기 위해 컴퓨터 매칭 프로그램을 수행할 수 있음을 이해하고 이에 동의합니다.

컴퓨터가 일치하는 경우, 저는 다른 연방, 주 또는 지방 기관과 이러한 정보를 교환할 권리가 있다는 것을 알고 있습니다. 여기에는 주 고용 안정 기관을 비롯한 국방부; 인사관리국; 미국 우체국, 사회보장국; 주 복지 기관 (SNAP), 가족사회복지국(FSSA); 및 아동 서비스국이 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

본인은 이 허가서의 사본이 위에 나열된 목적으로 사용될 수 있음에 동의합니다. 이 승인은 본인이 KCS 에서 관리하는 주택 프로그램의 신청자/참가자/거주자로 남아 있는 동안 유효합니다.

본인은 본 동의서 또는 필수 동의서에 서명을 거부하면 지원이 거부되거나 주택 지원 혜택이 종료될 수 있음을 이해합니다. 본인은 어떤 섹션에든 본인의 이름을 입력하면 본인의 서명으로 간주되고 처리될 것임을 인정하고 동의하며 이해합니다.

이름:	서명:	날짜:
세대주:	_____	_____
성인 회원:	_____	_____
성인 회원:	_____	_____
성인 회원:	_____	_____