



## 소득 확인 진술서

이 양식은 Medi-Cal 자격이 **없고** (1) 소득이 없는 신청자, (2) 일년 중 특정 기간에 일하는 계절 근로자, (3) 노숙인, (4) 신청자의 배우자 또는 등록된 동서자(RDP)가 **아닌** 개인으로서 기관으로부터 재정 지원을 받는 신청자를 위한 것입니다. 배우자나 RDP로부터 재정적 지원을 받는 신청자는 이 양식을 사용할 수 없습니다. 이 진술서는 위의 기준 중 하나를 충족하고, 다른 소득 증빙 서류가 없는 **경우에만** 사용해야 합니다.

### 섹션 1: 신청자 정보 (달리 명시되지 않는 한 모든 필드를 반드시 기입하여야 합니다)

이름(이름, 중간 이름, 성): \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_ 피보호자 ID 번호(선택 사항): \_\_\_\_\_

### 섹션 2: 해당되는 모든 항목을 선택하십시오.

가. 저는 소득이 없고 Medi-Cal 자격이 없습니다.

나. 저는 계절 근로자이고 Medi-Cal 자격이 없습니다.

다. 저는 노숙인이고 Medi-Cal 자격이 없습니다.

라. 저는 Medi-Cal 자격이 없으며 배우자나 RDP가 아닌 사람으로부터 재정 지원을 받고 있습니다. 확인란 "라"를 선택한 경우, 아래의 "섹션 3: 소득 지원 정보"를 작성해야 합니다.

### 섹션 3: 소득 지원 정보

위의 확인란 "라"가 선택된 경우 이 섹션을 작성하세요. 이 섹션은 신청자에게 재정적 지원을 제공하는 기관이나 개인이 서명해야 합니다.

#### 해당되는 확인란을 선택하세요:

저는 아래 기재한 개인이 저를 재정적으로 부양한다는 것을 증명하지만, 비밀 유지 이유로 해당 개인이 이 양식에 서명하는 것을 허용하지 않습니다.

저는 신청자의 배우자 또는 RDP가 아니며, 위 섹션 1에 명시된 신청자에게 재정적 지원을 제공한다는 것을 증명합니다.

#### 이 섹션을 완료하세요:

제공자 이름: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

제공자 주소 \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

제공자 전화: \_\_\_\_\_ 신청자와의 관계: \_\_\_\_\_

제공자 대리인 서명: \_\_\_\_\_

### 섹션 4: 검증

이 양식에 서명함으로써, 저는 위의 정보가 사실이며, 정확하고, 완전하며, 위에 달리 명시되지 않는 한 소득원이 없음을 증명합니다. 소득에 변화가 생기면 즉시 CDPH에 알리는 데 동의합니다. 저는 CDPH가 프로그램 참여 조건으로 캘리포니아 프랜차이즈 세무위원회에서 제 소득을 검증해야 함을 이해합니다. 또한, 보고된 소득이 일관성이 없거나 부정확할 경우 CDPH가 추가 소득 확인을 요청할 수 있음을 이해합니다. 정확한 정보를 제공하지 못하거나 고의로 정보를 생략할 경우 서비스가 중단되거나 종료될 수 있으며, 제공된 모든 서비스에 대해 재정적으로 책임을 져야 할 수 있음을 이해합니다.

신청자 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_