보건복지부
캘리포니아 공중 보건국

거주지 확인 진술서

신청자가 노숙자이거나 거주 증빙서류가 없는 경우 이 양식을 작성해야 합니다.

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

신청자 이름(이름, 중간 이름, 성): _____

신청자 생년월일 _____ 피보호자 신분 증명 번호(선택 사항): _____

섹션 2: 등록 담당자(EW), 제공자 또는 피보호자 거주 증명 기관

아래에서 해당되는 항목을 체크하시오.

☐ 저는 신청자에게 주택 지원을 제공한다는 것을 증명합니다. 아래 이름의 사람과의 관계는 다음과 같습니다.

_____

☐ 제가 대리하는 기관이 신청자에게 숙박 시설을 제공한다는 것을 증명합니다. 아래의 EW/제공자 주소를 사용하세요.

☐ 저는 노숙자 서비스 제공자*이며, 서비스 신청자는 노숙자임을 증명합니다.

☐ 저는 신청자의 프로그램 등록 담당자이며, 제가 아는 한 신청자는 노숙자이며 노숙자 지원 서비스를 전혀 받지 않는다는 사실을 증명합니다. 아래의 EW/제공자 주소를 사용하세요.

☐ 저는 신청자의 프로그램 등록 담당자이며, 제가 아는 한 신청자는 캘리포니아에 거주하고 있지만 CDPH 지침에 해당하는 거주 증명이나 지원 정보가 없다는 것을 증명합니다.

피보호자의 확인된 주거 주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

주소 확인은 이 양식의 날짜로부터 1년 동안 유효합니다. 단, 여기에 종료일이 기재되어 있는 경우는 예외입니다.

_____

*노숙자 서비스 제공자는 다음을 포함할 수 있습니다. (1) "노숙자"에게 서비스를 제공하기 위해 연방, 주, 카운티 또는 시의 자금을 받는 정부 또는 비영리 기관 또는 지역 노숙자 연속 치료 기관에서 해당 서비스를 제공하도록 허가를 받은 기관. (2) 노숙 아동 또는 청소년 서비스, 건강 서비스, 정신 또는 행동 건강 서비스, 약물 사용 장애 서비스 또는 공적 지원 또는 고용 서비스를 제공하기 위해 캘리포니아 주에서 자금을 지원받는 인적 서비스 제공자 또는 공공 사회 서비스 제공자. (3) 주 내 지역 경찰서 또는 보안관 사무소에서 노숙 인구와의 연락 담당자로 지정된 법 집행관.

섹션 3: 검증 이 섹션은 등록 담당자/제공자/대행사 담당자가 작성합니다.

이 양식에 서명함으로써, _____ 저는 위의 정보가 사실이며 정확함을 증명합니다.

서명(EW/제공자/대행사): _____ 날짜: _____

주소(EW/제공자/대행사): _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

등록 담당자 전용: 아래 문장을 읽고 아래 상자에 귀하의 이니셜을 입력하세요.

☐ 의도적으로 부정확한 정보를 제공하거나 이 양식의 세부 정보를 의도적으로 생략할 경우 등록 담당자 면책이 종료되거나 정지될 수 있음을 이해합니다.

이 섹션은 신청자가 완료하세요:

이 양식에 서명함으로써 저는 캘리포니아에 거주하며 위의 정보가 사실이며 정확하고 완전함을 증명합니다. 저는 거주지 변경 사항을 CDPH에 즉시 알리는 데 동의합니다. 정확한 정보를 제공하지 못하거나 고의로 정보를 생략할 경우 서비스가 중단되거나 종료될 수 있으며, 제공된 모든 서비스에 대해 재정적으로 책임을 져야 할 수 있음을 이해합니다.

서명(신청자): _____ 날짜: _____