



A. 고객 정보			
고객 이름		고객 전화번호	
선호하는 이름 또는 별명 (선택 사항)		호칭 (선택 사항)	
고객 ID 번호	생년월일	사회 보장 번호	
<p>1. Supplemental Security Income (보충 보장 소득, SSI) 또는 Social Security Disability Income (사회 보장 장애 소득, SSDI) 혜택을 신청했거나 받으셨나요? 만약 그렇다면, 날짜: _____</p> <p>2. 미군, 근위대, 경비, 예비군에서 복무한 적이 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 만약 그렇다면 Washington 주 재향군인회에 추천서를 제출하시겠습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>3. 현재 재교육이나 직업 재활 서비스에 관심이 있으신가요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요; 만약 그렇다면 사회 서비스 전문가가 더 많은 정보를 제공하기 위해 연락 드리겠습니다.</p> <p>4. 주요 언어는 무엇인가요? _____ 해당 언어로 읽고 쓸 수 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>5. 왼손 또는 오른손잡이인가요? <input type="checkbox"/> 왼손 <input type="checkbox"/> 오른손 <input type="checkbox"/> 둘 다</p> <p>6. Washington 주에 적용되는 양육비 지급 명령이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 만약 그렇다면 Division of Child Support (아동 지원 부서, DCS) 의 대체 솔루션에 추천해드릴까요? DCS 는 자녀 양육비 명령을 이해하고 지급 옵션을 탐색하는 데 도움을 줄 수 있습니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p>			
B. 건강 정보			
<p>1. 현재 일을 하지 못하게 만드는 정신적 또는 신체적 건강 상태가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요; 만약 그렇다면 작업을 방해하는 모든 건강 상태를 나열하세요:</p> <p>2. 건강 상태로 인해 얼마나 오랫동안 일을 할 수 없었습니까?</p> <p>3. 이러한 질환으로 치료를 받으셨나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 만약 그렇다면, 다음 정보를 제공해 주시기 바랍니다:</p>			
상태	진료소/병원	날짜 (월/년)	치료 / 약물 수령

C. 교육 및 훈련

1. 학교(K-12)에서 최고 몇 학년을 이수했습니까?
2. 고등학교 졸업장을 받았거나 검정고시를 보았습니까? 예 아니요
3. 고등학교 때 읽기, 쓰기, 수학을 위한 특수 교육 수업에 참석하셨나요?
 예 아니요

특수 교육 수업	학년	특수 교육 수업의 이유	학교 위치 또는 학군

대학이나 직업 훈련 프로그램에 참석한 적이 있습니까? 예 아니요
만약 그렇다면, 다음 정보를 제공해 주시기 바랍니다:

대학 또는 직업 학교	시작 / 종료 날짜	완료		자격증, 면허 또는 학위
		예	아니요	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

D. 직업 기록

1. 현재 일하고 계신가요? 예 아니요
만약 그렇다면 매달 얼마를 벌고 있습니까?
2. 최근 직장부터 시작하여 최근 오(5)년간 근무한 경력을 나열하세요 (필요한 경우 추가페이지 첨부):

직책	주당 시간	월과 연도	왜 일을 그만두셨나요?
고용주		시작: 종료:	

이 직장에서 어떤 일을 했는지 알려주세요:

직책	주당 시간	월과 연도	왜 일을 그만두셨나요?
고용주		시작: 종료:	

이 직장에서 어떤 일을 했는지 알려주세요:

직책	주당 시간	월과 연도	왜 일을 그만두셨나요?
고용주		시작: 종료:	

이 직장에서 어떤 일을 했는지 알려주세요:

직책	주당 시간	월과 연도 시작: 종료:	왜 일을 그만두셨나요?
고용주			
이 직장에서 어떤 일을 했는지 알려주세요:			
직책	주당 시간	월과 연도 시작: 종료:	왜 일을 그만두셨나요?
고용주			
이 직장에서 어떤 일을 했는지 알려주세요:			
3. 취미나 자원봉사 경험이 있으신가요? 그렇다면 아래에서 경험에 대해 말씀해 주세요:			
누군가가 이 양식을 번역하거나 작성하는 데 도움을 주었다면, 여기에 그들의 이름과 관계를 입력하세요:			
본인은 이 교육, 고용, 보건 성명서에 제가 제공한 정보가 제가 아는 한 진실하고 올바르며 완전하다는 것을 위증죄의 처벌 하에 선언합니다. Department of Social and Health Services (사회보건서비스부)에서 본인의 진술에 대한 증빙 자료를 제공하도록 요구할 수 있다는 점을 이해합니다.			
고객 서명		날짜	