



밀 피 타 스 시

수도 양식 998-B

재정적 곤란 인증

계정 소유자 정보

주거 계정 소유자는 아래 셙션을 작성해야 합니다

계정 번호	계정 소유자 이름
계정 소유자 전화 번호	계정 소유자 전자메일
서비스 주소	일차 치료를 받는 사람
지불 약정을 요청하는 청구일	청구 금액 지불 약정

귀하(또는 귀하의 가족)는 다음 지원 프로그램에 등록되어 있습니까? 해당 항목을 모두 선택하십시오.

SSI/SSP	SSI/SSP: SSB(사회보장연금)
Medi-Cal	Medi-Cal
CalWORKS	CalWORKS
CalFresh	CalFresh
GA (일반 지원)	GA (일반 지원)
WIC	Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children: 캘리포니아 여성, 유아 및 어린이를 위한 특별 추가 영양 프로그램

재정적 지원 인증

서명인, 나는 캘리포니아 주 법에 따라 나는 위에 표시된 지원의 수령자이고, 필요한 서류를 제공했으며, 위에 표시된 서비스 주소에 사는 가구의 구성원임을 선언합니다.

지원 수령자 서명

이름(정자체)

날짜

수도 계정 소유자 인증

서명인, 나는 캘리포니아 주 법에 따라 위에 명명된 지원 수령자가 위에 표시된 서비스 주소의 가구 구성원임을 선언합니다.

지원 수령자 서명

이름(정자체)

날짜

사무실 전용

Date	Received By	Complete