

의뢰인 활동 자금(Client Activity Fund, CAF)신청서

신청서를 작성한 뒤 오늘 오리엔테이션 종료 시 관계자에게 제출하세요. 신청서에서 누락된 부분이 있는 경우 검토 절차가 지연될 수 있음을 유의하세요.

새로운 참여자 기존 참여자

이름: _____

사회 보장 번호의 마지막 4자리: _____ 벤더 ID#: _____
(해당하는 경우)

주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

생년월일: _____ 전화번호: _____ 어느 서비스 구역에 거주하시나요? _____

이메일 주소: _____ 선호하는 언어: _____

본인의 역할은? 본인에게 해당하는 것을 선택하세요:

의뢰인/소비자 간병인 가족 구성원(의뢰인과의 관계): _____

또한, 다음에 해당하나요: 웰니스 지원 관계자 (Wellness Outreach Worker, W.O.W.) 서비스 확장자

봉사자 (초록색) 배지를 보유하고 계신가요? 예 아니요

'예'라고 답한 경우, 배지 번호를 제공합니다 _____ 만료 일자: _____

본인은 CAF 참여자 가입 규약(CAF Participant On-boarding Protocol)의 조항을 읽었으며 이를 이해하고 이에 동의하며, 본 신청서에 제공된 정보가 사실이며 정확함을 인증합니다.

신청자 - 정자체로 이름 기입

신청자 서명

일자

정신건강 서비스 법(Mental Health Services Act, MHSA) 행정 및 감독 부서 용

DMH 승인자 - 정자체로 이름 기입

DMH 승인자 - 서명

일자

신청서 제출 및 문의는 다음으로 연락합니다:

CAF@dmh.lacounty.gov