

### 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](mailto:CAF@dmh.lacounty.gov)