

의뢰인 활동 자금(Client Activity Fund, CAF) 청구서

이름: _____ 어느 **서비스 구역**에 거주하시나요? _____
주소: _____ 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____
전화번호: _____ **상인 I.D.:** _____

회의가 주최되는 일자의 월: _____

1 회의명: _____ 일자: _____ 시간: _____
주소: _____ 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____
_____ **관계자/담당자 이름** _____ **서명** _____ **일자**

2 회의명: _____ 일자: _____ 시간: _____
주소: _____ 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____
_____ **관계자/담당자 이름** _____ **서명** _____ **일자**

3 회의명: _____ 일자: _____ 시간: _____
주소: _____ 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____
_____ **관계자/담당자 이름** _____ **서명** _____ **일자**

신청자 서명: _____ 일자: _____

정신건강부 서비스 구역 연락 담당자(DMH Service Area Liaison) 서명: _____ 일자: _____

모든 월간 CAF 청구서는 반드시 정신건강부(Department of Mental Health, DMH) 서비스 구역 연락 담당자에게 제출되어 검토 및 승인되어야 하며, 이후 연락 담당자가 MHSA 행정부에 이를 제출하여 승인 및 지급 절차가 이루어집니다. MHSA 행정부에서는 어떠한 경우에도 DMH 서비스 구역 연락 담당자가 승인하고 제출하지 않은 청구서를 접수하지 않는다는 점을 유의해 주시기 바랍니다.