**현물 소득원 입증**

**제공 일자:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agency Name

**수신:**

**현물 제공자 참고:** *귀하의 성함이 아래 의뢰인의 수입원으로 제공되었습니다. 본 양식을 작성한 후 본 양식의 밑 부분에 수록된 진료소의 사업실에 보내주시기 바랍니다.*

|  |
| --- |
| **파트 I: 현물 소득 입증** |

본인은 현재 다음 사람에게 아래 명시된 지원의 물품을 기여하고 있습니다: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(의뢰인 이름)*

**섹션 A**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 주거지 | 공과금 | 식량 | 의류 | 현금 |

이것은 용역 또는 노동의 대가입니다:  예  아니요

이러한 물품을 제공하기 시작한 시점: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

이러한 물품의 최종 제공 시한: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**섹션 B**

본인/우리는 현물로 공동 가계비를 제공합니다:  예  아니요

'예'라고 답한 경우, 공유 방식을 설명하세요: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

다음 주소의 가정 용품의 총 가치:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 주거 | 공과금 | 식량 | 의류 | 현금 |
| **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

위 주소의 가구에 거주하는 총 인원수는 다음과 같습니다: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**섹션 C**

현물 제공자와 의뢰인과의 관계는 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **파트 II: 지불된 임대료 입증** |

지불되는 임대료가 있습니다:  예  아니요. '예'라고 답한 경우, 금액을 제공합니다: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_당 $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

현물 제공자 서명: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 일자: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 시: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

전화번호 (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

**상기 일자 영업일 기준 10일 이내에 완료된 양식을 다음 주소로 발송합니다:**

수신인: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 진료소 이름: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 시: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

전화번호: (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 팩스: (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_