DSHS OFFICE	TELEPHONE
CASE NUMBER	**CASE NAME**

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

VETERANS REFERRAL (PART 1)
퇴역군인 위탁 (1부)

A. 귀하 또는 귀하가 대신 신청하는 사람에게 해당되는 종목에 표시하십시오.

1 ☐ 퇴역군인

2 ☐ 복무 중 또는 복무 중 장애로 사망한 퇴역군인의 미망인들 (과부 또는 홀아비). 미망인(과부 또는 홀아비)이 재혼하지 않았거나 또는 재혼하였으나 결혼이 취소되었거나 혹은 1990년 11월 1일 이전에 시작한 법적수속으로 종결됨.

3 ☐ 복무에 관련되지 않는 증세로 사망한 전쟁시 퇴역군인의 미망인들 (과부 또는 홀아비). 미망인(과부 또는 홀아비)이 재혼하지 않았거나 또는 재혼하였으나 결혼이 취소되었거나 혹은 1990년 11월 1일 이전에 시작한 법적수속으로 종결됨.

4 ☐ 복무 중 또는 복무 중 장애로 인하여 사망한 퇴역군인의 부모.

5 ☐ 복무 중 장애로 인하여 사망하였거나 또는 영구적으로 완전히 장애자가 된 퇴역군인의 26세 미만의 자녀.

6 ☐ 복무 중 또는 복무 중 장애로 인하여 사망한 퇴역군인의 자녀. 자녀가 그의 18세 생일 이전에 완전히 영구적인 장애자가 됨.

7 ☐ 전쟁시 사망한 퇴역군인의 자녀. 자녀는 그의 18세 생일 이전에 완전히 영구적인 장애자가 됨.

8 ☐ 전쟁시 사망한 퇴역군인의 자녀. 자녀는 23세 미만이며, 미혼이며, 학교에 출타임으로 재학중임.

B. 위 A부 종목에 표시하였을 경우는 귀하 또는 귀하가 대신 신청하는 사람에게 해당되는 종목에 모두 표시하십시오.

1 ☐ 복무에 관련되는 장애가 있습니다.

2 ☐ 영구적으로 완전히 장애자가 된 것은 복무에 관련되는 장애는 아니나 전쟁시 복무하였기 때문입니다.

3 ☐ 진료를 받아야 됩니다.

4 ☐ 양노원에 입원해야 됩니다.

5 ☐ 코스(COPES) 프로그램에 준한 가정에서의 간호를 신청합니다.

6 ☐ _____ 프로그램에 준한 가정에서의 간호를 신청합니다 (설명하십시오).

C. 위 A와 B 두곳의 종목에 표시하였을 경우는 아래를 완성하십시오.

1. 퇴역군인의 성명(성, 이름)	2. 퇴역군인의 사회보장 번호	3. VA 청구번호(알고 있을 경우)

D. 다음사항을 주의해서 읽으십시오. 이 용지에 서명하고, 날자를 기재하여 귀하 보건 사회부(DSHS)로 반송하십시오. 이 용지를 반송하지 않으면 보건 사회부(DSHS)의 혜택이 거부될 수 있습니다.

본인은 본인이 아는한 위에 표시한 자료는 사실을 정확하게 작성한 것이라는 것을 신서합니다. 본인은 신청서 수속에 필요한 절차로서 퇴역군인 사무소(Veterans Service Office)에 연락하라는 요구를 받을 수 있다는 것을 압니다. 그리하여 본인은 보건 사회부(DSHS)와 퇴역군인 사무소(Veterans Service Office)가 수혜자격을 결정하는데 필요한 자료를 양도하는 것을 승인합니다.

본인이 보건 사회부(DSHS)가 이러한 자료를 요구하는 것은 잘못된 일이라도 생각할 경우는, 이 위탁날자로 부터 90일 이내로 공정 청문회를 서면으로 다음주소로 신청할 수 있습니다: Department of Social and Health Services, Office of Appeals, P.O. Box 2465, Olympia, Washington 98507-2465

수혜자 또는 승인된 대표의 서명	날자