

Submitting this request does not guarantee funding. Approval is at the discretion of the Hemophilia Foundation of Southern California and is contingent on availability of funds.
 보조금은 신청한 인원 전원에게 지급되지 않습니다. 지급 대상은 HFSC의 판단과 예산에 따라 결정됩니다.
 Please fill out completely and email to info@hemosocal.org, fax to 626-765-6657 or mail to Hemophilia Foundation of Southern California.
 아래 서류를 빠짐없이 작성하여 이메일 info@hemosocal.org, 팩스 626-765-6657, 또는 우편으로 보내십시오.
 A **copy** of the outstanding bill, lease, or invoice is **required** and must be attached to this form.
 Outstanding bill, lease, 또는 invoice의 사본은 필수 서류로 이 신청서와 함께 제출하십시오.

Date of Application: 신청 날짜	
Applicant Name: 신청자 성명	
Applicant Date of Birth: 신청자 생년월일	
Applicant is (check one): 신청자 관계	<input type="checkbox"/> Person with bleeding disorder 혈액응고장애 환자 <input type="checkbox"/> Parent/Legal Guardian of a person with a bleeding disorder 혈액응고장애 환자의 부모 또는 법적 보호자 <input type="checkbox"/> Other: 기타: _____

Household Members: List all people **including applicant** residing in home; indicate bleeding disorder diagnosis if applicable or relationship to applicant.
 신청자 본인을 포함한 가정의 모든 이들의 정보를 기입하십시오. 혈액응고장애가 있을 경우 그에 맞는 정보 또한 기입하십시오.

Household Member Name 성명	Date of Birth 생년월일	Age 나이	Bleeding Disorder Diagnosis/Severity 혈액응고장애 진단/중증도	Relationship to Applicant 신청자와의 관계
			<input type="checkbox"/> Hemo A <input type="checkbox"/> Hemo B <input type="checkbox"/> VWD <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe If other, please specify:	
			<input type="checkbox"/> Hemo A <input type="checkbox"/> Hemo B <input type="checkbox"/> VWD <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe If other, please specify:	
			<input type="checkbox"/> Hemo A <input type="checkbox"/> Hemo B <input type="checkbox"/> VWD <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe If other, please specify:	
			<input type="checkbox"/> Hemo A <input type="checkbox"/> Hemo B <input type="checkbox"/> VWD <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe If other, please specify:	
			<input type="checkbox"/> Hemo A <input type="checkbox"/> Hemo B <input type="checkbox"/> VWD <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe If other, please specify:	

Applicant Address: 신청자 주소	
City/State/ZIP:	

Home Phone: Cell Phone:	
Email:	
Referred to HFSC By: HFSC를 추천한 사람:	
Bleeding Disorder Physician: 응고장애 담당의	
Hemophilia Treatment Center: 응고장애 치료센터	
Referral Email: 추천인 이메일	
Referral Phone: 추천인 전화	
Referral Relationship: 추천인과의 관계	
Social Worker: 소셜 워커	
What type of health insurance do you have? Please check all that apply. 건강보험 (다수 선택 가능)	<input type="checkbox"/> MediCal <input type="checkbox"/> GHPP <input type="checkbox"/> CCS <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Private Insurance <input type="checkbox"/> Uninsured 보험없음
Does your household receive any public assistance (for example, MediCal, Medicare, WIC, TANF, CALFRESH, SSI, UI or SDI?) MediCal, Medicare, WIC, TANF, CALFRESH, SSI, UI or SDI 등등 공적 보조를 받고있습니까?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If so, have you applied for Utility Payment or Rate Reduction Assistance through your local water, power, natural gas, and telephone companies? If yes, did you qualify for discounted rates or assistance? Please explain. 예,라면 수도, 전기, 가스, 전화 요금등을 위한 보조 프로그램에 지원한 적이 있습니까? 보조를 받은 적이 있습니까?

Name of Creditor(s):	
----------------------	--

(Business or individual to whom HFSC would send a check). Note: HFSC does not pay for rent without a valid lease 보조금 수령이 가능한 채권자 (회사나 개인) (HFSC는 리스 스테이트먼트 증명후 임대료 보조가 가능합니다)	
Account Number(s): 계좌번호	
Address of Payee(s): 수취인 주소	
Payee City/State/ZIP:	
Requested Amount: 요구 금액	
Are you at risk for utility shut off due to overdue bills? If so, what is the date utilities will be shut off?" 요금 미납으로 인해 유틸리티가 끊길 위험이 있습니까? (예,라면 어떤 유틸리티입니까?)	
Income: Please list names and monthly income for each person in the household. 가족 구성원 전원의 이름과 월 수입을 기입하십시오.	
Name 성명	Monthly Income (wages, SSI, SSDI, welfare, child support, alimony, unemployment benefits, DI, PFL etc.) 월 수입 (급여, SSI, SSDI, 정부보조금, 양육비, 위자료, 실업수당, DI, PFL 등등)
Annual Household Income: 1년 가정 연수입	

Monthly Expenses: Please list monthly expenses for your household. 월 지출내역		
Expense: \$ 지출 금액	Description 설명	
Have you applied for assistance from HFSC in the past? If yes, please give month/year and purpose 이전에 HFSC에 보조를 신청한 적이 있습니까? 예,라면 날짜와 이유 첨부.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Month	Year	Purpose of Funding 이유
Additional Comments: 기타 사항:		

<p>The HFSC's EFA program should be considered a last option. HFSC의 비상 재정보조 프로그램은 최후의 수단입니다. Please list 3 other resources (organizations, friends, family, church, etc.) you have asked for assistance prior to the Foundation. HFSC에 보조를 신청하기 전 도움을 요청한 세 가지 단체 또는 개인을 기입하십시오.</p>	
Name:	Phone:
Name:	Phone:
Name:	Phone:

<p>Brief Description of circumstances leading to this hardship: 재정 상황에 대한 간략한 설명</p>
<p>Brief Description of plan to improve the situation: 재정 상황 개선을 위한 계획</p>
<p>Is this request being made due to a recent change in employment or lost wages? 최근 급여 또는 근무조건의 변화로 인해 보조를 신청하고 계십니까? <input type="checkbox"/>Yes <input type="checkbox"/>No If yes, please explain: 예,라면 설명하십시오.</p> <p>If you answered yes: 예, 라면</p> <p>Have you filed for unemployment insurance? 실업수당을 신청하셨습니다습니까? <input type="checkbox"/>Yes 예 <input type="checkbox"/>No 아니오 <input type="checkbox"/>Does not apply 해당사항 없음</p> <p>Have you filed for a disability claim (DI)? Disability Claim을 신청하셨습니다습니까? <input type="checkbox"/>Yes 예 <input type="checkbox"/>No 아니오 <input type="checkbox"/>Does not apply 해당사항 없음</p> <p>Have you filed for Paid Family Leave (PFL)? Paid Family Leave를 신청하셨습니다습니까? <input type="checkbox"/>Yes 예 <input type="checkbox"/>No 아니오 <input type="checkbox"/>Does not apply 해당사항 없음</p>
<p>Have you had any recent changes in health that are related to this request 최근 이 재정 보조 신청과 관련된 건강의 변화가 있었습니까? <input type="checkbox"/>Yes <input type="checkbox"/>No If yes, please explain: 예,라면 설명</p>
<p>Have you ever signed up for an HFSC event and not attended without notifying the office prior to the event? HFSC 행사에 참여 신청 후 연락 없이 행사에 참여하지 않은 적이 있습니까? <input type="checkbox"/>Yes <input type="checkbox"/>No If yes, please explain: 예,라면 설명</p>
<p>Please describe your involvement with HFSC and/or the Bleeding Disorders Community: HFSC 또는 혈액응고장애 커뮤니티에서 어떤 활동을 하고있습니까?</p>

Please note: HFSC grants are never made directly to individuals, only to creditors that can be verified with HFSC. Because of its limited resources, requests for emergency financial assistance may be granted one time per 12 month period per household and granted up to \$500.00 for one single request. Any requests for emergency assistance within 1 year must be appealed to the Board of Directors. Waiting time can be up to 2 weeks. I have read and understood the HFSC policy for emergency financial assistance program.

HFSC는 절대 보조금을 개인에게 지급하지 않고 HFSC가 확인 할 수 있는 채권자에게 지급합니다. 한정된 예산으로인해 비상 재정 보조금은 12개월에 1번, 최대 \$500까지 지원됩니다. 만약 12개월 이내에 지원 할 경우, HFSC



EMERGENCY FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

비상 재정 보조 신청서

이사회에 직접 어필하셔야합니다. 신청서의 처리는 최대 2주가 소요될 수 있습니다. HFSC 비상 재정 보조 프로그램의 내용과 약관을 모두 읽고 이해했으며 이에 동의합니다.

Signature: _____ Date: _____

Return this form along with a copy of the bill(s), lease, etc. for which you are requesting assistance to:

Hemophilia Foundation of Southern California
959 E Walnut St., Suite 114 | Pasadena CA 91106
626-765-6657 (fax)
info@hemosocal.org

HFSC Staff Only			
Approved?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Date:
Paid Amount:			
Method of Payment:			
Date of Payment:			
Notes:			