



# 콜롬비아 특별구 주거 증명서



콜롬비아 특별구 헬스케어 얼라이언스(D.C. Healthcare Alliance - 이하 "얼라이언스")는 와싱턴 콜롬비아 특별구 (Washington D.C.) 주거인만 신청할 수 있는 프로그램입니다. 콜롬비아 특별구 헬스케어 얼라이언스(D.C. Healthcare Alliance)로 의료 혜택 신청을 하시려면 특별구(D.C.) 주거 사실을 반드시 증명해야 합니다.

특별구(D.C.) 주거 사실 증명을 하려면 다음 중 하나를 제출하면 됩니다: 특별구(D.C.) 운전 면허증이나 신분 증명서, 특별구(D.C.) 내 거주지 임대 청구서, 주택 문서, 합의서, 모기지 고지서, 주택 소유 종합 보험이나 임대인 보험 증명서, 재산세 고지서, 전기 및 수도 등의 공공요금 청구서, 특별구(D.C.) 납세 기록이 있는 월급 내역서, 또는 성함과 주소가 기재된 선거인 등록 카드. 이 중 아무것도 제시할 수 없으면 아래 양식을 작성하세요. 특별구(D.C.) 내에 주거하시는 분 중 귀하를 아는 분이, 아래 B 부분을 작성하여 귀하가 특별구 (D.C.) 주거인이라는 것을 증명해 주시면 됩니다. 또는, 비영리 사회단체가 아래 C 부분을 작성하여 귀하의 주거를 증명해도 됩니다.

## A 부문: 귀하에 대하여 (필수 항목)

성: \_\_\_\_\_ 중간 이름 약자: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_  
 집주소: \_\_\_\_\_  
 시, 주, 우편번호: \_\_\_\_\_  
 무속자이십니까?  예  아니오

**B 부문: 개인 증명인에 대하여.** 이 부문은 귀하(신청인)의 주거지를 아는 특별구(D.C.) 주민만 작성할 수 있습니다. 함께 사는 분이라면 가장 좋겠지만 아니어도 됩니다. 거주지 증명을 해 줄 수 있는 사람 또는 해 주겠다는 사람이 없다면, 비영리 사회 단체가 아래 C 부분을 작성하면 됩니다. (즉, 이 부분을 작성하셨으면 C 부분은 작성하지 마세요.)

성: \_\_\_\_\_ 중간 이름 약자: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_  
 집주소: \_\_\_\_\_  
 시, 주, 우편번호: \_\_\_\_\_  
 이메일 주소: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_  
 신청인을 어떻게 아십니까? \_\_\_\_\_

증명인은 다음 문서 중 최소한 한 가지 사본을 제출해야 하며, 제출 문서에는 증명인의 이름과 주소가 기재되어 있어야 합니다.

- 특별구(D.C.) 운전 면허증이나 신분 증명서
- 특별구(D.C.) 선거인 등록 카드
- 특별구(D.C.)내 거주지 임대 청구서, 임대 계약서, 임대 납부 영수증, 주택 문서, 합의서, 모기지 고지서 중 현재 유효한 문서
- 특별구(D.C.)내 거주지 주택 소유 종합 보험이나 임대인 보험 증명서
- 지난 60 일 내에 청구받은 특별구(D.C.) 재산세 고지서
- 지난 60 일 내에 청구받은 공공요금 청구서 (수도, 도시가스, 전기, 기름, 케이블, 기타 지상파 일반 전화선 등 청구서)
- 특별구(D.C.) 납세 기록이 적혀있는 지난 30 일내 월급 내역서

특별구 헬스케어 얼라이언스(D.C. Healthcare Alliance)는 특별구 주민만 혜택 받을 수 있는 프로그램이라는 것을 본인은 잘 알고 있습니다. 본인이 알고 있는 한 신청자는 특별구(District of Columbia) 주민이며, 이를 아래에 서명하고 증언합니다.

거짓 증언은 위법이며, 최고 \$500 벌금이나 최장 1년 실형, 또는 두 형량을 모두 판결 받을 수도 있다는 것을 알고 있습니다 (특별구 법조항 D.C. Code § 4-218.01). 제공된 정보는 주 공무원이 확인할 것이며, 이후 정보 제공 요구에 협조할 것을 동의합니다.

증명인 서명: \_\_\_\_\_ 서명일: \_\_\_\_\_

**C 부문: 증명인으로 서는 비영리 단체에 대하여.** 이 부문은 특별구(D.C.) 내에서 귀하(신청자)가 사용하는 비영리 사회 단체가 작성하는 부문입니다. 보기: 노숙자 보호서(홈레스 셸터), 지역 보건소, 이민 서비스 제공 단체, 법률 상담소, 종교 단체. (이 부문을 작성하셨으면 B 부문은 작성 안하셔도 됩니다.)

단체 이름 \_\_\_\_\_

단체의 특별구 (D.C. 세금 면제 아이디): \_\_\_\_\_

증명인 이름 \_\_\_\_\_

증명인 직위 \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_ 이메일주소: \_\_\_\_\_

단체 사무실 주소: \_\_\_\_\_

시, 주, 우편번호: \_\_\_\_\_

특별구 헬스케어 얼라이언스(D.C. Healthcare Alliance)는 특별구 주민만 혜택 받을 수 있는 프로그램이라는 것을 본인은 잘 알고 있습니다.

본인이 알고 있는 한 신청자는 특별구(District of Columbia) 주민이며, 이를 아래에 서명하고 증언합니다.

거짓 증언은 위법이며, 최고 \$500 벌금이나 최장 1년 실형, 또는 두 형량을 모두 판결 받을 수도 있다는 것을 알고 있습니다 (특별구 법조항 D.C. Code § 4-218.01). 제공된 정보는 주 공무원이 확인할 것이며, 이후 정보 제공 요구에 협조할 것을 동의합니다.

증명인 서명: \_\_\_\_\_ 서명일: \_\_\_\_\_

**재확인하세요:** 빠뜨린 것이 없도록 증명서 제출 전에 재확인하세요.

다음 사항을 모두 완기하셔야 합니다

- A 부문을 모두 작성해야 합니다. 그리고
- B 또는 C 부문을 모두 작성해야 합니다. 그리고,
- B 부문을 쓰신 분은 증명인이 특별구 거주자라는 증명 문서를 지참하셔야 합니다.

특별구(D.C.) 정부 기관 및 공무원의 낭비, 부정, 남용 행위는 1-800-521-1639 로 전화하여 특별구(D.C.) 감찰관에게 신고하세요.