

재정보조 신청서

Mission:Dignity

이 양식의 모든 페이지를 작성하고 파란색 또는 검정색 펜으로 서명한 후 다음 주소로 보내주십시오.

Mission:Dignity
GuideStone
P.O. Box 819109
Dallas, TX 75381-9109
팩스: 1-866-692-6327

질문이 있으신가요? 전화번호: 1-877-888-9409(내선번호 1)

이메일: MissionDignity@GuideStone.org

신청인 정보

직함: Rev. Mr. Mrs. Ms.

성명: _____ 사회 보장 번호: _____

성별: 남성 여성 생년월일: ____/____/____

낮시간 전화번호: (____) _____

집주소: _____

시: _____ 카운티: _____ 주: _____ 우편번호: _____

핸드폰 번호: (____) _____ 이메일 주소: _____

현재 출석 교회명: _____

교회 주소: _____ 주: _____ 우편번호: _____

주 언어: 영어 스페인어 한국어 기타 _____

귀하와 연락이 닿지 않을 경우 저희가 연락을 취할 수 있는 친지 또는 친구의 성명과 연락처 정보를 알려주십시오.

연락처 성명: _____ 귀하와의 관계: _____

집주소: _____

시: _____ 카운티: _____ 주: _____ 우편번호: _____

집 전화번호: (____) _____ 직장 전화번호: (____) _____

핸드폰 번호: (____) _____ 이메일 주소: _____

귀하의 우편물을 이 비상 연락처로 보내드리길 원하십니까? 예 아니요

생활 환경

주택(소유/구매)

요양시설(널싱홈)

아파트

친지와 동거

주택(월세)

아파트(소득에 따른 월세 납부)

생활지원 시설

기타: _____



배우자 정보

결혼 상태: 결혼 사별 미혼 이혼

배우자 성명: _____ 사회 보장 번호: _____

배우자 생년월일: ____/____/____ 혼인 일자: ____/____/____

해당 날짜: 배우자 사망: ____/____/____ 이혼: ____/____/____

남침례 교단에서 유급으로 사역한 경력

귀하 또는 배우자가 사역을 시작한 해는 언제인가요? _____ 유급으로 사역한 총 햇수: _____

기재하신 모든 기간 동안 남침례 교단에서 전임으로(풀타임) 사역하셨나요? 예 아니요

아닌 경우, 몇 년 동안 부업으로(이중 직업) 사역을 하셨습니까? _____

사역을 쉬었던 때가 있었습니까? 예 아니요 있었다면, 몇년 동안이었습니까? _____

배우자가 사역했던 기간이 있나요? 예 아니요 있었다면, 몇년 동안이었습니까? _____

사역했던 주/해외 국가명: _____

귀하 또는 배우자가 사역했던 자격(해당하는 사항 모두 선택):

- 목사 교회 행정 관리자 신학교 직원
- 부목사 선교부 부장 주 컨벤션 직원
- 음악 목회자 선교사 Children's home 직원
- 교육 목회자 이사회/위원회 직원 기타: _____

추산되는 월 순소득(공제 이후의 금액)

	신청인	배우자
GuideStone® 은퇴 연금	\$ _____	\$ _____
소셜 시큐리티	\$ _____	\$ _____
생활 보조금(SSI)	\$ _____	\$ _____
퇴역군인 연금(VA 승인서 사본 포함)	\$ _____	\$ _____
이자 소득	\$ _____	\$ _____
급여	\$ _____	\$ _____
기타 연금 플랜	\$ _____	\$ _____
기타: _____	\$ _____	\$ _____
총액	\$ _____	\$ _____

자산

0인 경우에도 금액을 표시해(\$0.00) 주십시오.

부동산(거주하는 집 이외의)	\$ _____	적금(CD)	\$ _____
체킹 계좌 잔액	\$ _____	기타 투자액	\$ _____ (주식, 채권 등 포함)
세이빙 계좌 잔액	\$ _____	총액	\$ _____

추산되는 월 비용

- \$ _____ 주택 대출금(모기지), 렌트 또는 숙식비
- \$ _____ 공과금(가스, 전기, 전화요금, 수도요금 등의 합산 금액)
- \$ _____ 처방약(보험 적용 대상 외 본인 부담금)
- \$ _____ 의료비(보험 적용 대상 외 본인 부담금)
- \$ _____ 식료품 및 생활용품비
- \$ _____ 자동차 할부금
- \$ _____ 자동차 관련 지출(가스, 유지비 등)
- \$ _____ 자동차 보험료
- \$ _____ 장례보험 보험료
- \$ _____ 주택보험 보험료
- \$ _____ 생명보험 보험료
- \$ _____ 의료보험 보험료
- \$ _____ 기타 보험 보험료
- \$ _____ 십일조
- \$ _____ 기타 비용
- \$ _____ 주택 재산세
- \$ _____ **총액**

소득 기준 지원금

귀하 또는 배우자가 다음 나열된 소득 기준 지원금을 수령하나요 (Mission:Dignity®은 제외)?
(주: 이러한 소득 기준 지원금 프로그램의 혜택을 받고 있다고 해서 Mission:Dignity 지원금을 수령하지 못하게 되는 것은 '아닙니다'.)

- 메디케이드 지원금(의료 또는 약물 플랜 비용 포함)
- 메디케이드 지원금(요양시설 비용 포함)
- 메디케어 파트 D(감액된 비용 또는 무료)
- HUD 지원 하우스링
- 월세 및/또는 공과금 지원
- 푸드 스탬프 \$ _____
- 기타: _____

귀하의 소셜 시큐리티 체크에서 공제되는 메디케어 보험료가 있습니까? 예 아니요

추가 정보(필요에 따라 추가 페이지 첨부 가능)

귀하의 고유한 필요사항 또는 귀하의 상황과 관련한 추가 정보를 제공해 주십시오.

신청인 서명(아래에 서명해 주십시오.)

서명: _____ 날짜: ____/____/____

신청인이 위임장을 부여하여 다른 사람이 대리하도록 허용한 경우, 해당 위임장 사본을 이 신청서와 함께 보내주십시오(아직 GuideStone에 사본을 제공하지 않은 경우).

기도 사역

Mission:Dignity 사역에서는 수혜자 이름이 포함된 기도 카드를 기부자들에게 전달합니다(정보 제공에 동의한 수혜자에 한함). 기도 카드를 통해 기부자들에게 귀하와 귀하 배우자의 이름(해당하는 경우), 주소 및 생년월일(월, 일에 한함)을 공유하도록 허용하시겠습니까? 예 아니요

MISSION:DIGNITY에 대해 어떻게 알게 되셨나요?

- 교회 브로셔
- 목사의 추천
- 주 신문
- 웹사이트
- 친지/친구
- 소셜 미디어
- 기타: _____

아래에 귀하의 사진을 첨부해 주십시오(필수 항목 아님).