

당국의 복지 전문가들이 귀하의 가정이 이용할 수 있는 유틸리티 지원이 있는지 확인하도록 돕기 위해 본 조사 양식을 준비했습니다. 귀하가 이 조사에 최대한 완전하고 정확한 정보를 제공할 때 최상의 결과를 얻을 수 있습니다.

TPU는 미합중국 Homeland Security에 정보를 보고하거나 공유하지 않습니다

귀하 또는 귀하 가족 구성원이 이미 조사 양식을 제출했습니까? 예 아니요

*필수 기재 사항

조사 양식을 한 번 이상 제출하지 **마십시오**. 처리를 지연시킬 수 있습니다.

TPU 계정 및 서비스 주소 정보

TPU 9자리 계정 번호*:

서비스 주소*:	시*:	주*:	우편번호*:
선호하는 연락 방식: <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 우편(US Postal Service)	이메일*:		
기본 사용 언어: <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 크메르어 <input type="checkbox"/> 한국어 <input type="checkbox"/> 러시아어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 베트남어 <input type="checkbox"/> 기타 _____	기본 전화번호: (____) _____		
해당 계정이 현재 TPU 지원 프로그램, 청구서 신용 지원 계획(BCAP) 또는 할인요금저소득 노년층(LIE) 대상 에 등록되어 있습니까? <input type="checkbox"/> BCAP <input type="checkbox"/> LIE(할인요금) <input type="checkbox"/> 잘 모르겠음 <input type="checkbox"/> 아니요			
귀하가 공공 서비스를 받는 이 주소는 Tacoma 시 구역 내에 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	귀하 또는 귀하의 가족 구성원은 지난 12개월 동안 다른 공공 서비스 지원을 받은 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
우편물을 받는 주소가 서비스를 받는 주소와 다른지? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
우편물을 받는 주소*:	시*:	주*:	우편번호*:
주택 임차 여부*: <input type="checkbox"/> 임차 <input type="checkbox"/> 자가	TPU가 직접 청구하는 공공 서비스* <input type="checkbox"/> 전기 <input type="checkbox"/> 수도 <input type="checkbox"/> 하수 <input type="checkbox"/> 지표수 <input type="checkbox"/> 고품폐기물		

계정 보유자 정보

참조 번호(수령하는 우편에 포함되어 있음):

이름*:	중간 이름 이니셜:	성*:
접미사(Sr, Jr, 등):	생년월일(월 두자리/일 두자리/연도 네자리)*:	
인종 및 민족 - 이 정보는 우리 지역사회의 공정한 지원을 보장하기 위해서만 사용되며 자격 결정과 관련이 없습니다. 여러 항목을 선택하실 수 있습니다. <input type="checkbox"/> 백인/비히스패닉 <input type="checkbox"/> 흑인/비히스패닉 <input type="checkbox"/> 히스패닉/라틴계 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민/기타 태평양제도민 <input type="checkbox"/> 아메리카 원주민/알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 언급하지 않겠음 <input type="checkbox"/> 기타 _____		
퇴역군인 지위* <input type="checkbox"/> 퇴역군인 <input type="checkbox"/> 퇴역군인의 배우자 <input type="checkbox"/> 퇴역군인이 아님		
DSHS 지원 - 귀하를 다음 서비스를 받고 있습니까: 식품, 의료 또는 현금 보조? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	DSHS 고객 ID 번호: _____	
공제 또는 세금 납부 전 총 월소득(달러 및 센트 단위까지 기재하고, 소득이 없을 시 0.00을 기재하십시오)*:		
소득 원천(복수 선택 가능)*		
<input type="checkbox"/> 임금/급여	<input type="checkbox"/> 사회보장 SSI/SSA/SSDI	<input type="checkbox"/> 임대/투자 부동산 소득
<input type="checkbox"/> 퇴직 연금	<input type="checkbox"/> 빈곤가정 일시지원 (TANF)	<input type="checkbox"/> 자영업
<input type="checkbox"/> 퇴역군인 수당	<input type="checkbox"/> 노령/시각장애/장애(ABD)	<input type="checkbox"/> 실업 급여
<input type="checkbox"/> Labor & Industry (L&I)	<input type="checkbox"/> 아동 지원	<input type="checkbox"/> 부족 소득
<input type="checkbox"/> IRA/연금	<input type="checkbox"/> 위자료/이혼 배우자 지원	
<input type="checkbox"/> 기타 원천에 의한 월소득(간단히 설명하십시오)		

추가 가족 구성원 정보

18세 이상의 가족 구성원은 몇 명입니까? _____
18세 이상의 가족 구성원 전원에 대하여 다음 정보를 별도 용지에 작성해주세요.

이름*:	중간 이름 이니셜:	성*:
접미사(Sr, Jr, 등):	생년월일(월 두자리/일 두자리/연도 네자리)*:	
인종 및 민족 - 이 정보는 우리 지역사회의 공정한 지원을 보장하기 위해서만 사용되며 자격 결정과 관련이 없습니다. 여러 항목을 선택하실 수 있습니다. <input type="checkbox"/> 백인/비히스패닉 <input type="checkbox"/> 흑인/비히스패닉 <input type="checkbox"/> 히스패닉/라틴계 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민/기타 태평양제도민 <input type="checkbox"/> 아메리카 원주민/알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 언급하지 않겠음 <input type="checkbox"/> 기타 _____		
퇴역군인 지위* <input type="checkbox"/> 퇴역군인 <input type="checkbox"/> 퇴역군인의 배우자 <input type="checkbox"/> 퇴역군인이 아님		
DSHS 지원 - 귀하를 다음 서비스를 받고 있습니까: 식품, 의료 또는 현금 보조?* <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		DSHS 고객 ID 번호: _____
공제 또는 세금 납부 전 총 월소득(달러 및 센트 단위까지 기재하고, 소득이 없을 시 0.00을 기재하십시오)*		
소득 원천(복수 선택 가능)*		
<input type="checkbox"/> 임금/급여	<input type="checkbox"/> 사회보장 SSI/SSA/SSDI	<input type="checkbox"/> 임대/투자 부동산 소득
<input type="checkbox"/> 퇴직 연금	<input type="checkbox"/> 빈곤가정 일시지원 (TANF)	<input type="checkbox"/> 자영업
<input type="checkbox"/> 퇴역군인 수당	<input type="checkbox"/> 노령/시각장애/장애(ABD)	<input type="checkbox"/> 실업 급여
<input type="checkbox"/> Labor & Industry (L&I)	<input type="checkbox"/> 아동 지원	<input type="checkbox"/> 부족 소득
<input type="checkbox"/> IRA/연금	<input type="checkbox"/> 위자료/이혼 배우자 지원	
<input type="checkbox"/> 기타 원천에 의한 월소득(간단히 설명하십시오)		

추가 가족 구성원 정보

18세 미만(미성년자)의 가족 구성원은 몇 명입니까?* _____
18세 미만(미성년자)의 가족 구성원 전원에 대하여 다음 정보를 별도 용지에 작성해주세요.

이름*:	중간 이름 이니셜:	성*:
접미사(Sr, Jr, 등)	생년월일(월 두자리/일 두자리/연도 네자리)*:	
소득 - SSI/SSA 등(달러 및 센트 단위까지 기재하고, 소득이 없을 시 0.00을 기재하십시오)*:		

조사 약관

본인은 다음 사항을 이해합니다:

1. 정확한 지원 프로그램을 안내받기 위해 추가적인 서류 제출을 요청받을 수 있습니다.
2. 이 조사 양식을 제출하는 것이 프로그램 자격의 획득 또는 가입을 보장하지 않습니다.
3. 본인은 주소 변동, 거주자 인원의 증감, 장애 지원금의 변동, 및/또는 소득 변화를 포함하여 가구와 관련된 변동 사항이 발생하면 Tacoma 공공 서비스, 고객 솔루션 사무실(Customer Solutions Office)에 공지할 것입니다.

신청인 이름(정자체) (공공 서비스 청구서상의 이름)	서명	날짜
----------------------------------	----	----