



California Address Confidentiality Program 캘리포니아 주소 기밀 프로그램

Safe at Home Reproductive Healthcare Enrollment Application Safe at Home 모자 보건 서비스 등록 신청서

- This application is five (5) pages. This form must be entirely completed with an application assistant at an enrolling agency to be accepted. All sections are required unless otherwise noted.
이 신청서는 다섯(5) 페이지입니다. 이 양식은 등록 기관의 신청 보조원과 함께 빠짐없이 작성되어야 수락됩니다. 달리 명시되지 않는 한 모든 섹션을 작성해야 합니다.
- Contact Safe at Home at (877) 322-5227 with questions related to this application.
본 신청서와 관련된 질문은 Safe at Home에 (877) 322-5227로 문의하십시오.
- It is a misdemeanor to provide false information on this application. (Gov. Code §6215.2(g))**
이 신청서에 허위 정보를 제공하는 것은 경범죄에 해당합니다. (정부법 §6215.2(g) 항)
- The enrolling agency application assistant must mail completed forms and required documents to: Safe at Home, P.O. Box 846, Sacramento, CA, 95812.
등록 기관 신청 보조원은 작성한 양식과 필수 문서를 다음 주소로 **우송**해야 합니다: Safe at Home, P.O. Box 846, Sacramento, CA, 95812.

SECTION 1: APPLICANT INFORMATION

섹션 1: 신청자 정보

You must provide your full legal name. If you do **not** have a middle name, write "none."
법적 이름을 제공해야 합니다. 중간 이름이 없으면 "없음"이라고 **쓰십시오**.

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| First Name: 이름: | Middle Name: 중간 이름: |
| Last Name: 성: | |
| Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Non-Binary 성별: 남성 여성 년바이너리 | Date of Birth: / / 생년월일: |
| Preferred Phone Number: () - 선호하는 전화번호: | |
| Email (optional): 이메일(선택사항): | |
| Applicant Type: 지원자 유형: <input type="checkbox"/> Provider <input type="checkbox"/> Employee <input type="checkbox"/> Volunteer <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Dependent adults or incapacitated person 서비스 직원 자원봉사자 환자 성인 부양 가족 또는 무능력자 제공자 | |
| If also enrolling members that reside in your household, check all that apply: 귀하의 가구에 거주하는 구성원도 등록하는 경우 해당하는 항목을 모두 선택하십시오. <input type="checkbox"/> Minor child or children <input type="checkbox"/> Household member 미성년자 자녀 또는 자녀들 가구 구성원 | |
| If enrolling members in your household, please clearly write full name and birthdate of each and the phone number for adult household members: 가구 구성원을 등록하는 경우 각 구성원의 성명과 생년월일 및 성인 가구 구성원의 전화번호를 명확히 기재하십시오. | |
| Do you have a disability for which you need reasonable accommodation to communicate with Safe at Home? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 장애가 있어 Safe at Home와 소통하는 데 편의 제공이 필요합니까? 찬성 반대 | |
| If yes, what type? <input type="checkbox"/> Hearing <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Other '예' 인 경우 어떤 청각 시각 기타 유형의 편의 제공이 필요합니까? | |

CONTINUED ON NEXT PAGE

다음 페이지에서 계속



Please describe the reasonable accommodation(s) needed in the space below:
아래 공간에 제공이 필요한 편의에 대해 설명해 주십시오:

☐ **Reproductive Healthcare Provider/Employee/Volunteer** have provided documentation showing that the individual is to commence employment or is currently employed as a provider or employee at a reproductive health care services facility or is volunteering at a reproductive health care services facility. (Gov. Code §6215.2(a)(1)(A))

모자 보건 서비스 제공자/직원/자원봉사자는 개인이 고용을 시작하거나 현재 모자 보건 서비스 시설에서 서비스 제공자 또는 직원으로 고용되어 있거나 모자 보건 서비스 시설에서 자원 봉사하고 있음을 보여주는 문서를 제공했습니다. (정부법 §6215.2(a)(1)(A) 항)

- If a volunteer, documentation must show length of time the volunteer has committed to working at the facility. (Gov. Code §6215.2(a)(2))
자원봉사자의 경우 문서에 자원봉사자가 시설에서 일하기로 약정한 시간이 표시되어야 합니다. (정부법 §6215.2(a)(2) 항)

☐ **Reproductive Healthcare Patients** have provided any police, court or other government agency records or files that show any complaints of the alleged threats or acts of violence. (Gov. Code §6215.2(a)(3)(B))

모자 보건 서비스 환자는 의심되는 위협이나 폭력 행위에 대한 불만 사항을 보여주는 경찰, 법원 또는 기타 정부 기관 기록이나 파일을 제공했습니다. (정부법 §6215.2(a)(3)(B) 항)

SECTION 2: ADDRESS AND CONTACT INFORMATION

섹션 2: 주소 및 연락처 정보

You must provide the residence address where you currently live. Do not provide a post office box or a rented mailbox.

현재 살고 있는 거주지 주소를 제공해야 합니다. 사서함이나 임대 우편함을 제공하지 마십시오.

| | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------|
| Residence Address: 거주지 주소: | Apartment/Unit: 동/호수: | |
| City: 시: | State: 주: | ZIP Code: 우편번호: |
| County: 카운티: | | |

You must provide your mailing address if different from your residence address. A post office box or rented mailbox is allowed as your mailing address. Safe at Home will forward your mail to this location.
거주지 주소와 다른 경우 우편 주소를 제공해야 합니다. 사서함 또는 임대 사서함은 우편 주소로 허용됩니다. Safe at Home 에서 귀하의 우편을 이 위치로 전달합니다.

☐ Same as residence address (skip to facility address information)
거주지 주소와 동일(시설 주소 정보로 바로가기)

| | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------|
| Mailing Address: 우편 주소: | Apartment/Unit: 동/호수: | |
| City: 시: | State: 주: | ZIP Code: 우편번호: |

You must provide the name and address of the reproductive healthcare facility where you are a provider, employee, volunteer, or patient.

귀하가 서비스 제공자, 직원, 자원봉사자 또는 환자인 경우, 모자 보건 서비스 시설의 이름과 주소를 제공해야 합니다.

CONTINUED ON NEXT PAGE

다음 페이지에서 계속



| | | |
|---------------------------------------------------------------|--------------|--------------------|
| Name of reproductive healthcare facility: 모자 보건 서비스 시설 이름: | | |
| Address: 주소: | | County: 카운티: |
| City: 시: | State: 주: | ZIP Code: 우편번호: |

SECTION 3: APPLICANT AGREEMENT/ACKNOWLEDGEMENT

섹션 3: 신청자 동의/확인

Applicants **MUST** agree to and confirm the following to enroll in the program. Please initial each statement and provide a full signature and the date in the space below.

지원자는 프로그램에 등록하기 위해 다음 사항에 동의하고 확인해야 합니다. 각 진술서에 이니셜을 기입하고 아래 공간에 전체 서명과 날짜를 기재하십시오.

| | |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | I designate the Secretary of State as agent for purposes of service of process and for the purposes of receipt of mail. (Gov. Code §6215.2(a)(4)) 본인은 총무처 장관을 절차 송달 및 우편물 수령을 위한 대리인으로 지정합니다. (정부법 §6215.2(a)(4) 항) |
| | The Secretary of State may terminate my participation in the Safe at Home program if I am enrolling as a provider, employee, or volunteer and fail to disclose a change in employment, or termination as a volunteer or provider. (Gov. Code §6215.4(b)(5)) 총무처 장관은 본인이 서비스 제공자, 직원 또는 자원봉사자로 등록하고 고용 변경 사항을 공개하지 않거나 자원봉사자 또는 서비스 제공자 역할을 종료했음을 공개하지 않는 경우, 본인의 Safe at Home 프로그램 참여를 종료시킬 수 있습니다. (정부법 §6215.4(b)(5) 항) |
| | The Secretary of State may terminate my participation in the Safe at Home Program and invalidate my authorization card if a service of process document or mail forwarded to the program participant by the Secretary of State is returned as non-deliverable. (Gov. Code §6215.4(b)(4)) 총무처 장관이 프로그램 참여자에게 전달한 절차 송달 문서 또는 우편물이 배달 불가로 반송된 경우, 총무처 장관은 본인의 Safe at Home 프로그램 참여를 종료하고 승인 카드를 무효화할 수 있습니다. (정부법 §6215.4(b)(4) 항) |
| | I understand that if I provide false information, or if I falsely state on an application that disclosure of my address would endanger my safety, the safety of a minor child or children, or the incapacitated person on whose behalf this application is made, or if I knowingly provide false or incorrect information on this application, I may be guilty of a misdemeanor. (Gov. Code §6215.2(g)) 허위 정보를 제공하거나 지원서에 내 주소 공개를 허위로 기재한 경우, 본인의 안전, 미성년자 자녀 또는 자녀들, 또는 이 신청서를 대리 신청한 무능력자를 위험에 빠뜨리게 되고, 고의로 이 신청서에 허위 또는 부정확한 정보를 제공하는 것이 경범죄에 해당할 수 있음을 이해합니다. (정부법 §6215.2(g) 항) |

CONTINUED ON NEXT PAGE

다음 페이지에서 계속



I am applying for the Safe at Home program because I am a reproductive healthcare service provider, employee, volunteer or patient and I am in fear for my safety, or for that of my family or the incapacitated person on whose behalf this application is made, because of my affiliation with a reproductive health care services facility. (Gov. Code §6215.2(a)(1)(C))
본인은 모자 보건 서비스 제공자, 직원, 자원봉사자 또는 환자이며 본인의 안전에 대한 두려움과 그에 따른 가족의 안전, 또는 이 신청서를 대리 신청하는 무능력자의 안전에 대한 두려움이 있고, 본인이 모자 보건 서비스 시설에 소속되어 있기 때문에 Safe at Home 프로그램을 신청하는 바입니다.
(정부법 §6215.2(a)(1)(C) 항)

~or~

~또는~

I am applying for the Safe at Home program because I, or the minor or incapacitated person on whose behalf the application is made, have been the target of threats or acts of violence because I obtained or I am seeking to obtain services at a reproductive health care services facility. (Gov. Code §6215.2(a)(3)(A))
본인 또는 본 신청서를 대리 신청하는 미성년자 또는 무능력자가 모자 보건 서비스 시설에서 서비스를 받았거나 받으려고 한 이유로 위협이나 폭력 행위의 대상이 되었기 때문에 Safe at Home 을 신청하는 바입니다. (정부법 §6215.2(a)(3)(A) 항)

► Signature:
서명:

Date: / /
날짜:

SECTION 4: CERTIFIED STATEMENT / RESTRAINING ORDER (Must Select One) 섹션 4: 인증된 진술서 / 접근 금지 명령서 (하나를 선택해야 합니다)

☐ Certified Statement by Authorized Representative (Gov. Code §6215.2(b)(1)(B)(i))
위임을 받은 대리인의 인증된 진술서(정부법 §6215.2(b)(1)(B)(i) 항)

By signing below, I certify that the reproductive healthcare provider, employee, volunteer, or patient completing this application is or was the target of threats or acts of violence within one year of the date of application.

아래에 서명함으로써 본인은 이 신청서를 작성하는 모자 보건 서비스 제공자, 직원, 자원봉사자 또는 환자가 위협 또는 폭력 행위의 대상이거나 신청일로부터 1년 이내에 그 대상이었음을 확인합니다.

Name of Reproductive Healthcare Facility:
모자 보건 서비스 시설 이름:

Facility Phone Number: () -
시설 전화번호:

Printed Name of Authorized Representative:
위임을 받은 대리인의 정자체 이름:

Job Title:
직책:

► Authorized Representative Signature:
위임을 받은 대리인 서명:

Date: / /
날짜:

☐ Certified Statement by Reproductive Healthcare employee, patient, or volunteer (Gov. Code §6215.2(a)(1)(B)(ii))
모자 보건 서비스 직원, 환자 또는 자원봉사자의 인증된 진술서(정부법. §6215.2(a)(1)(B)(ii) 항)

By signing below, I certify that I have been the target of threats or acts of violence or harassment within one year of the date of application because of my association with the reproductive healthcare services facility.

아래에 서명함으로써 본인은 모자 보건 서비스 시설과의 관계로 인해 신청일로부터 1년 이내에 위협이나 폭력 또는 괴롭힘의 대상이 되어왔음을 확인합니다.

► Signature:
서명:

Date: / /
날짜:

CONTINUED ON NEXT PAGE
다음 페이지에서 계속



☐ Workplace Violence Restraining Order Attached (Gov. Code §6215.2(a)(1)(B)(iii))

직장내 폭력 접근 금지 명령서 첨부(정부법 §6215.2(a)(1)(B)(iii) 항)

Attached order must be based upon threats or acts of violence connected to the applicant's affiliation with the reproductive healthcare services facility or the minor or incapacitated person on whose behalf the application is made.

첨부된 명령서는 모자 보건 서비스 시설에 신청자가 소속된 것과 관련되어 있거나 대리 신청 대상인 미성년자나 무능력자와 관련되어 발생한 위협이나 폭력 행위를 기반으로 해야 합니다.

SECTION 5: ENROLLING AGENCY INFORMATION

섹션 5: 등록기관 정보

This section MUST be completed by an application assistant at a designated enrolling agency with an original signature. If this section is left blank the enrollment form will NOT be accepted.

이 섹션은 지정된 등록 기관에서 원본 서명을 기입하여 지원 보조원과 함께 작성해야 합니다. 이 섹션을 비워두면 등록 양식이 승인되지 않습니다.

| | | |
|------------------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| Name of Enrolling Agency: 등록기관 이름: | | County: 카운티: |
| Address of Enrolling Agency: 등록기관 주소: | | Suite/Unit: 동/호수: |
| City: 시: | State: 주: | ZIP: 우편번호: |
| Enrolling Agency Phone Number: 등록기관 전화번호: | | |
| Enrolling Agency Email: 등록기관 이메일: | | |
| Name of Application Assistant: 신청 보조원 이름: | | |
| ▶ Applicant Assistant Signature: 신청 보조원 서명: | | Date: / / 날짜: |

LAST PAGE

마지막 페이지