

이름: _____

가족에 대한 정보

이름: _____

관계: _____

거리 주소: _____

시, 주: _____

전화번호: _____

가족 구성원:

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

직장 전화번호:

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____

본인에 대한 정보

이름: _____

생년월일: _____ 나이: _____

눈 색깔: _____ 휴대폰 번호: _____

모발색: _____ 이메일: _____

신장: _____ 직장: _____

체중: _____ 업무용 전화번호: _____

가족 주치의: _____

전화번호: _____

치과의사: _____

전화번호: _____

병원: _____

시, 주: _____

특수 요구 사항/진단: _____

필요한 편의 시설: _____

안경: _____

보청기: _____

알레르기: _____

약(복용량): _____



Human Resources
Administration
Department of
Homeless Services

Department of
Social Services

사진 부착
(가족 사진)

이름: _____

지역 비상 연락처 정보

이름: _____

관계: _____

거리 주소: _____

시, 주: _____

전화번호: _____

☐ 부모 중 한 명 또는 두 명 다 자녀를 돌볼 수 없는 경우, 이 사람이
자녀를 맡아줄 의향이 있을까요?

가족 구성원:

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____

이름: _____ 전화번호: _____