



**부양가족이 없고 신체 건강한 성인  
(Able Bodied Adult Without Dependents, ABAWD)  
의료 내역서  
(Korean)**

**고객/환자 정보**

고객/환자 이름: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

케이스 번호: \_\_\_\_\_ CIN: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

**고객/환자 승인**

본인은 사회복지국에 요청된 의료 정보 및/또는 약물 남용 재활 프로그램 참여에 대한 문서를 제공하는 것을 허가합니다. 본인은 이 정보가 기밀로 처리될 것임을 이해합니다.

\_\_\_\_\_  
고객 서명

\_\_\_\_\_  
날짜

**의료 전문가:**

위에 기재된 자가 자신의 건강 상태 또는 프로그램 참여에 대한 확인을 요청합니다. 본 양식을 작성하고 서명하여 해당 개인에게 반환해 주십시오. 해당인은 사회복지부에 양식을 반환하는 방법에 대한 안내를 받았습니다.

다음 중 해당하는 질문에 답해 주십시오. 본 양식에 서명하고 날짜를 기입해 주십시오. 귀하의 직업 또는 소속 조직에서의 직책을 포함하십시오. \*

1) 이 사람은 임신 중입니까?  예  아니요  알 수 없음  해당 사항 없음  
예를 선택한 경우, 출산 예정일: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

2) 이 사람은 약물 남용 치료, 재활 또는 상담 프로그램에 참여하고 있습니까?  
 예  아니요  
예라고 응답한 경우, 예상 프로그램 종료일은 언제입니까? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

3) 이 사람은 일시적 또는 영구적인 정신 및/또는 신체 건강 상태를 가지고 있어 일주일에 20시간 이상(월 80시간) 근로할 능력이 제한적입니까?  예  아니요

예라고 응답한 경우, 해당 상태로 인해 이 사람이 일주일에 20시간 이상(월 80시간) 근로할 수 없는 기간을 명시해 주십시오.

30일 미만

1~3개월

4~6개월

6~12개월

12개월 이상 또는 무기한

**(다음 페이지로)**

**부양가족이 없고 신체 건강한 성인**  
**(Able Bodied Adult Without Dependents, ABAWD)**  
**의료 내역서(계속)**

본인은 이전 페이지에 제공된 정보가 사실이며 정확함을 증명합니다.

---

이름(정자체로 기재)

직함/직업 \*

---

주소

---

전화번호

---

서명

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
양식 서명 날짜

\* 이 양식은 의사, 의사 보조원, 임상 간호사, 정골 요법사, 면허 또는 공인된 심리학자, 약물 남용 상담사, 공인 정신 건강 상담사, 면허가 있는 독립적 임상 사회 복지사, 면허가 있는 공인 사회 복지사, 공인 조산사가 서명할 수 있습니다: 재활 또는 상담 프로그램 참여 확인 목적을 위한 경우(질문 #2), 프로그램 관리자 또는 해당 개인의 상담사도 본 진술서에 서명할 수 있습니다.

(다음 페이지로)

### **의료 전문가:**

**귀하는 장애 또는 질환을 가진 성인이 보충 영양 지원 프로그램(Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) 혜택을 유지하도록 도울 수 있습니다.**

SNAP 혜택(기존 푸드 스탬프)을 통해 저소득층에 해당하는 개인은 필요한 식량을 구입할 수 있습니다. 18세에서 64세 사이의 SNAP 수혜자 중 SNAP 가구에 14세 미만 자녀와 함께 거주하지 않는 자는 부양가족이 없고 신체 건강한 성인(ABAWD) 시간 제한이라는 명칭의 SNAP 규정에 의거하여 SNAP 혜택을 상실할 수 있습니다. 이 규정에 따라 매주 최소 20시간 동안 근로하거나 특정 근로 활동에 참여하지 않는 개인의 SNAP 자격은 3개월로 제한됩니다.

**몇 분의 시간을 전념하면 손쉽게 지원을 제공할 수 있습니다.**

신체 또는 정신 건강 문제로 인해 일주일에 20시간 이상 근로할 수 없는 자는 ABAWD로 간주되지 않습니다.

### **자주 묻는 질문(FAQ):**

***ABAWD 규정에 따라 신체적 또는 정신적으로 "근로에 부적합한" 사람의 정의는 무엇입니까?***

신체적 또는 정신적으로 근로에 부적합하다는 판단은 장애인으로 판정되는 것보다 더 광범위한 면제에 해당합니다. 개인이 ABAWD 시간 제한 연방 규정에 따라 요구되는 바에 따라 매주 최소 20시간 근로를 것을 허용하지 않는 일시적 또는 영구적 질병, 부상 또는 기타 정신적 또는 신체적 제한을 가지고 있는 경우, 신체적 또는 정신적으로 근로에 부적합한 것으로 간주됩니다. 일부 경우는 근로 자체를 막는 정신적 또는 신체 건강 상태를 가지고 있을 수 있으며, 다른 경우 근로는 허용되지만 풀타임으로, 또는 매주 20시간 이상 근로가 불가능한 상태에 해당할 수 있습니다. 이 기준은 사회 보장의 장애 기준보다 기준이 덜 엄격하며 특정 진단을 요구하지 않습니다.

***환자의 상태를 기반으로 환자가 "신체적으로 또는 정신적으로 근로에 부적합하다"는 것을 어떻게 확인합니까?***

양면 ABAWD 의료 내역서 양식을 작성하십시오. 상태의 예상 기간과 귀하의 서명을 포함하십시오. **다양한 의료 전문가가 본 양식에 서명할 수 있습니다.** 여기에는 의사, 의사 보조원, 임상 간호사, 정골 요법사, 면허 또는 공인된 심리학자, 약물 남용 상담사, 공인 정신 건강 상담사, 면허가 있는 독립적 임상 사회 복지사, 면허가 있는 공인 사회 복지사, 공인 조산사가 포함됩니다. 재활 또는 상담 프로그램 참여 확인 목적을 위한 경우(**질문 #2**), 프로그램 관리자 또는 해당 개인의 상담사도 본 진술서에 서명할 수 있습니다.