

ESIT 비용 및 수수료 체계 (SOPAF)
지불 능력 평가/월별 분담금/경제적 어려움에 따른 면제
ESIT System of Payments and Fees (SOPAF)
Ability to Pay/Monthly Participation Fee/Hardship Exemption

작성일자 _____ ESIT 서비스 제공 기관 _____

FRC/ESIT 담당자 성명 _____ 전화번호 _____

섹션 A: 신원 정보

자녀의 법적 성명 _____ 생년월일 _____

부모/보호자 1 성명 _____ 전화번호 _____

부모/보호자 2 성명 _____ 전화번호 _____

섹션 B: 지불 능력 평가 사유 (해당 항목에만 체크)

- 가족이 Apple Health 자녀용 CHIP, TRICARE 또는 민간 보험 이용을 거부당함
- 가족이 보험이 없음
- 가족이 지불 능력 평가를 요청함
- 가족이 TRICARE 또는 민간 보험 사용에 동의함 (해당 항목에만 체크)
 - _____ IFSP 상 가족 분담금(FCP) 대상 모든 서비스에 대해 보험 혜택이 없음
 - _____ IFSP 상 FCP 대상 모든 서비스에 대해 보험사에서 보상 거부됨
 - _____ 제공자가 네트워크 외부에 있습니다.

섹션 D 로 이동하십시오.

섹션 C: 소득 및 지출 정보 제공 거부

- 가족이 소득 및 지출 정보 제공을 거부한 경우, 가족 구성원 수에 따라 월별 요금표 중 가장 높은 수준으로 책정되며, 경제적 어려움에 따른 면제 대상이 되지 않습니다.

섹션 H 로 이동하십시오.

섹션 D: 연간 소득

최근 12 개월간 또는 직전 과세연도의 소득 증빙 자료를 제출해 주세요. 하나의 증빙 서류만으로 소득을 입증할 수 있으며, 해당 증빙 자료는 자녀 기록 파일에 보관되지 않습니다.

✓	서류 유형 (한 개 선택)	연간 소득
	최근 IRS 세금 신고서 (총소득 기준)	
	가장 최근 급여 명세서 (총소득 기준)	
	최근 W2 양식 (총소득 기준)	
	급여 또는 임금을 기재한 서면 진술서 (회사 또는 고용주의 이름, 주소, 전화번호, 그리고 관리자 또는 인사 담당자의 서명 포함 필수)	
	가족이 구두 또는 서면으로 제공한 소득 진술 (위에 열거된 서류에 접근할 수 없는 경우 허용됨)	
	총 허용 가능한 연간 소득	

섹션 E: 허용 가능한 연간 지출

최근 12 개월 동안 자녀 및/또는 가족 구성원에 대해 발생한 비용 보전되지 않은 지출에 대한 증빙 자료를 제출해 주세요. 이러한 증빙 자료는 자녀 기록 파일에 보관되지 않습니다.

허용 가능한 비보전 연간 지출 항목	지출 항목
의료, 치과, 정신 건강 관련 지출 (보험료, 본인부담금, 공동부담금, 공제액, 보험 비적용 의료서비스 포함)	
공인 가정 건강 관리 기관을 통한 가정 건강 관리 비용	
자녀 양육비/이혼 위자료 지급액	
보육 비용 (직장 또는 학업 중 발생한 경우)	
총 허용 가능한 연간 지출	

섹션 F: 조정 연소득, 가족 규모 및 FPL

서류 유형 (한 개 선택)	연간 소득
1. 총 연간 소득 (섹션 D 에 기재된 금액):	
2. 허용 가능한 연간 지출 (섹션 E 에 기재된 금액):	
3. 조정 소득 (1 번 금액에서 2 번 금액을 뺀 값):	
4. 가족 규모: 자녀와 거주하는 모든 가족 구성원 수:	
5. 월간 납부 기준표를 기준으로 한 가족의 FPL 비율 (3 번과 4 번 항목 사용)	
총 허용 가능한 연간 소득	

섹션 G: 지불 능력 평가 (해당 항목에만 체크)

- 가족의 5 번 항목 수치가 가족 규모에 따른 연방 빈곤선의 200% 미만인 경우, '지불 능력 없음' 기준을 충족하며 모든 서비스를 무료로 받을 수 있습니다.
- 가족의 5 번 항목 수치가 가족 규모에 따른 연방 빈곤선의 200%를 초과하는 경우, '지불 능력 있음' 기준을 충족합니다. 가족은 본인 부담금, 공동 보험금, 공제액, 또는 아래에서 산정되는 월간 분담금에 대한 책임이 있습니다. 가족이 섹션 I 의 여전히 비용을 감당할 수 없는 경우: 경제적 어려움 면제 신청 항목을 작성해주세요.

섹션 H: 월간 분담금 부과 사유 (한 개 선택)

- 가족이 Apple Health 자녀용 CHIP, TRICARE 또는 민간 보험 이용을 거부당함.
- 가족이 보험이 없음.
- 가족이 TRICARE 또는 민간 보험 사용에 동의함 (해당 항목에만 체크)
- IFSP 상 FCP 대상 모든 서비스에 대해 보험사에서 혜택이 없음
 IFSP 상 FCP 대상 모든 서비스에 대해 보험사에서 보상 거부됨
 제공자가 네트워크 외부에 있습니다.
- 가족이 소득 및 지출 정보를 제공하지 않아 재정적 곤란 면제를 받을 자격이 없습니다.

섹션 I: 월간 분담금

월간 분담금은 실제 서비스 비용을 초과하지 않으며, FCP 대상인 자녀의 IFSP 에 포함된 **모든** 서비스에 대해 정액으로 부과됩니다. 이는 서비스에 참여 중인 자녀 수와 관계없이 부과되는 최대 금액입니다.

조정 연간 소득 (위에서 산정된 금액):	
가족 규모: 자녀와 거주하는 모든 가족 구성원 수	
월간 분담금 기준표를 기반으로 산정된 월간 분담금	

섹션 J: 경제적 어려움 면제 사유

가족은 지불 능력이 있다고 판정되었으나, 다음에 포함하되 이에 국한되지 않는 사유로 가족 비용 분담 의무를 이행할 수 없습니다. (해당되는 항목 모두 체크)

- 소득 또는 지출의 변화
- 중대하거나 지속적인 의료비 지출
- 고용 상태의 변화 (예: 실직 또는 근무 시간 감소)
- 중대한 일상 사건 (예: 이혼, 관계 단절, 부상, 질병, 가족 내 사망 등)
- 긴급 상황 또는 자연재해
- 월별 가구 소득의 30%를 초과하는 임대료 또는 주택 용자 상환액(전화 요금을 제외한 공과금 포함)
기타 (구체적으로 기재):

다음에 서명함으로써, 본인은 다음 사항을 확인합니다.

- 본 양식에 기재한 모든 정보는 정확하고 완전합니다.
- 상황에 변동 사항이 있을 경우, FRC 또는 ESIT 서비스 제공자에게 즉시 알릴 것에 동의합니다.
- 본인은 FRC로부터 SOPAF에 대한 설명을 들었으며, SOPAF 정책 사본을 받았습니다.
- 본인의 지불 능력 평가 및/또는 경제적 어려움 면제는 매년 검토되며, 검토일 이전에 상황이 변하지 않는 한 그 결과가 유지됨을 이해합니다.

부모/보호자 서명

부모/보호자 성명 _____ 날짜 _____

부모/보호자 성명 _____ 날짜 _____

다음에 서명함으로써, 본인은 이 양식에 제공, 검토, 기록된 정보가 본인의 최선의 지식에 따라 정확하고 완전함을 확인합니다.

FRC/ESIT 담당자 서명

FRC 또는 ESIT 담당자 서명 _____ 날짜 _____