

# 라이프 케어 포트폴리오

가족 및 장애인을 위한 건강,  
생명, 업무 및 교육 기록  
문서



**Thompson Policy Institute  
on Disability**



CalOptima Health

라이프 케어 도구의 기본 사항을 공유해 주신 버지니아주  
학부모 지지 훈련 교육 센터에 감사드립니다.



# 감사드리는 분들...

- PEATC: 버지니아주 학부모 지지 훈련 교육 센터
- 오렌지 카운티 지역 파트너십 계약-가족 담당 팀

## OCLPA 가족 담당 팀:

- 멜리사 코리 | 학부모
- 힐러리 커쉬버그 | 학부모
- 힐다 스라멕 | 학부모
- 슈추안 첸 슈 | 학부모
- 브랜디 풀리 | 학부모
- 주디 우탈 | 학부모
- 카이틀린 트루옹 | RCOC
- 아르투로 카자레스 | RCOC
- 스칼렛 폰테넨 | SCDD
- 리처드 로젠버그 | CUTPI
- 린다 오닐 | CUTPI 및 RCOC
- 얀델 살라스 | CUTPI
- 이반나 티트라 | CUTPI

# 라이프 케어 포트폴리오

## 설명

- 라이프 케어 포트폴리오는 지정된 가족/주 간병인과 정보를 공유하는 체계적인 접근 방식을 제공하기 위한 맞춤형 도구 키트입니다.
- 본 포트폴리오는 캘리포니아 주민을 위해 제작되었으며, 캘리포니아 이외의 지역에 주거하는 개인도 이 포트폴리오를 사용할 수 있지만, 자세한 내용은 본인의 주에서 확인해야 합니다.
- 본 포트폴리오는 온라인 및/또는 인쇄된 자료 형식으로 사용하도록 제작되었습니다.
- 개인과 관련된 섹션 및/또는 정보는 삭제하거나 추가할 수 있습니다. 상황 변경 시, 새로운 정보를 업데이트해 주십시오.
- 본 문서에는 민감한 그리고/또는 비공개 정보가 포함되어 있습니다. 보안 및 개인정보 보호 강화를 위해 본 문서를 공유할 때는 조심해 주십시오.
- 각 섹션에는 추가 정보를 기록할 수 있는 메모 페이지가 있습니다.
- 문서의 마지막에서 중요한 문서와 더 많은 정보를 원하는 분들을 위한 "자료 섹션"을 업로드할 수 있습니다.

## 면책 사항

본 라이프 케어 포트폴리오 템플릿의 사용 및 그에 대한 신뢰는 귀하의 책임입니다. 라이프 케어 포트폴리오 템플릿은 나만의 포트폴리오를 만드는 출발점으로 사용하기 위한 것입니다. 저희 템플릿을 기반으로 작성한 모든 문서의 내용이 귀하의 필요에 맞고 적절하며 귀하가 거주하고 있는 주의 관련 법률을 준수하는지에 대한 확인은 귀하의 책임입니다. 본 라이프 케어 포트폴리오는 이 문서의 정확성, 완전성 또는 적절성에 대해 어떠한 주장, 약속 또는 보증도 하지 않습니다. 저희는 포트폴리오 템플릿 또는 그 내용에 대해 어떠한 책임도 지지 않으며, 본 포트폴리오 또는 그 내용을 신뢰하여 발생한 모든 비용 손실, 당하거나 초래한 손해에 대한 책임을 명시적으로 배제하고 부인합니다.

**\*\* 필요한 중요 사본은 서류 섹션을 확인하세요**

# 목차

섹션 I	
개인 정보 요약 .....	01
비상 연락처 .....	05
추가 중요 연락처.....	07
섹션 II	
의료 정보 .....	10
섹션 III	
재정 정보 .....	22
섹션 IV	
주택 정보 .....	30
교통 .....	35
섹션 V	
교육 기록문서 .....	37
취업/취업 준비 .....	39
섹션 VI	
지역 센터 .....	42
장애인 복지 서비스 .....	43
섹션 VII	
법률 정보 및 중요 문서 .....	47
섹션 VIII	
자료 .....	51

## 개인 정보 요약\*\*

이름

생년월일(DOB)

출생지

사회보장번호(SSN)

CA 주 ID/운전면허 번호\*\*

현재 실제 주소

현재 우편 주소

개인 휴대전화 번호

현재 함께 살고 있는 사람:

의견:

# 개인 정보 요약

의료 경보:

---

---

---

현재 키 및 몸무게

종교적 선호

---

---

개인의 특성: (중요한 특성, 성격 특성, 동기 부여 요소, 유발 요인, 스트레스 대처 요령, 음식 취향 등)

---

---

---

---

---

---

레크리에이션, 사교 및 피트니스 활동

스피릿 리그     스페셜 올림픽     기타 레크리에이션 프로그램 \_\_\_\_\_

피트니스 계획/루틴:

---

---

---

---

---

---

## 개인 정보 요약

가족(자세한 내용은 "연락처" 참조)

부모

---

---

---

형제

---

---

---

조부모

---

---

---

안전 문제/계획

해당 개인이 지방 당국에 등록되어 있습니까?

테이크 미 홈 등록(OC 보안관 부서 — 24개 도시)

지역 경찰서

추가 정보:

---

---

---

---

---

---

# 개인 정보 요약 관련 참고 사항

## 생명을 위협하는 추가 알레르기

생명을 위협하는 알레르기

---

---

---

당뇨병 질환

---

---

---

발작

---

---

---

## 추가 정보

해당 개인이 담배를 피웁니까?

예  아니요

해당 개인이 술을 마십니까?

예  아니요

기타 우려 사항:

---

---

---

---

---

---

\*\* 출생증명서, 여권, 출입국 신고서, 일별/주별/월별 일정 등의 사본은 서류 섹션을 확인하세요.

# 비상 연락처(중요도 순)

비상시 연락할 가장 가까운 친척

---

---

## 비상 연락처 #1

이름 \_\_\_\_\_ 개인과의 관계 \_\_\_\_\_  
전화 연락처 \_\_\_\_\_ 이메일 주소 \_\_\_\_\_  
실제 주소 \_\_\_\_\_

## 비상 연락처 #2

이름 \_\_\_\_\_ 개인과의 관계 \_\_\_\_\_  
전화 연락처 \_\_\_\_\_ 이메일 주소 \_\_\_\_\_  
실제 주소 \_\_\_\_\_

## 비상 연락처 #3

이름 \_\_\_\_\_ 개인과의 관계 \_\_\_\_\_  
전화 연락처 \_\_\_\_\_ 이메일 주소 \_\_\_\_\_  
실제 주소 \_\_\_\_\_

## 비상 연락처 #4

이름 \_\_\_\_\_ 개인과의 관계 \_\_\_\_\_  
전화 연락처 \_\_\_\_\_ 이메일 주소 \_\_\_\_\_  
실제 주소 \_\_\_\_\_

## 오렌지 카운티 지역 센터

저녁이나 주말에 RCOC 직원의 도움이 필요한 경우, (714) 796-5100으로 전화하여 "개인 대기 중"을 요청하면, 도움을 받으실 수 있습니다.



## 추가 연락처

### 변호사

이름 \_\_\_\_\_

전화번호 \_\_\_\_\_

이메일 주소 \_\_\_\_\_

변호사 유형 \_\_\_\_\_

### 임시 간병인

이름 \_\_\_\_\_

전화번호 \_\_\_\_\_

이메일 주소 \_\_\_\_\_

지급인 \_\_\_\_\_

개인과의 예약 \_\_\_\_\_

### 베이비시터

이름 \_\_\_\_\_

전화번호 \_\_\_\_\_

이메일 주소 \_\_\_\_\_

지급인 \_\_\_\_\_

개인과의 예약 \_\_\_\_\_

### 라이프 코치

이름 \_\_\_\_\_

전화번호 \_\_\_\_\_

이메일 주소 \_\_\_\_\_

지급인 \_\_\_\_\_

개인과의 예약 \_\_\_\_\_

## 추가 연락처

기타 지원 직원 \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

친구

이름 \_\_\_\_\_

전화번호 \_\_\_\_\_

이메일 주소 \_\_\_\_\_



# 의료 정보

## 장애 기록문서\*\*

일차 장애 진단

---

---

---

부 진단

---

---

---

## 보험 기록\*\*

의료 보험 정보(보험 카드 사진\*\*)

---

---

---

1차 보험 회사\*\*

---

---

보험증권 번호

---

---

인증서/그룹 번호

---

---

보험계약자

---

---

회사 전화번호

---

---

개인 관리 코디네이터 전화번호

---

---

개인을 대신하여 발언할 수 있는 회사에 기록된 사람의 이름

---

---

# 의료 정보

## 보험 기록\*\*

2차 보험 회사\*\*

---

---

보험증권 번호

---

---

인증서/그룹 번호

---

---

보험계약자

---

---

회사 전화번호

---

---

개인 관리 코디네이터 전화번호

---

---

개인을 대신하여 발언할 수 있는 회사에 기록된 사람의 이름

---

---

보충 보험 회사\*\*

---

---

보험증권 번호

---

---

인증서/그룹 번호

---

---

보험계약자

---

---

회사 전화번호

---

---

개인 관리 코디네이터 전화번호

---

---

개인을 대신하여 발언할 수 있는 회사에 기록된 사람의 이름

---

---

## 의료 정보

예방 접종 기록\*\*

---

---

알레르기 정보(해당하는 경우)

---

---

---

---

약물에 대한 음성 또는 거부 반응

---

---

식품

---

---

라텍스

---

---

개인 보험이 적용되는 긴급 치료 시설

---

---

이름

---

---

주소

---

---

전화번호

---

# 의료 정보(의료인 목록)

## 1차 의료

이름/전문 분야

---

---

전화번호

---

---

주소

---

---

이메일 주소

---

---

방문 빈도

---

---

업로드된 기록\*\*

---

---

포털 이용

사용자 이름

---

---

비밀번호

---

---

## 정신과 의사

이름/전문 분야

---

---

전화번호

---

---

주소

---

---

이메일 주소

---

---

방문 빈도

---

---

업로드된 기록\*\*

---

---

포털 이용

사용자 이름

---

---

업로드된 기록\*\*

비밀번호

---

---

\*\* 필요한 중요 사본은 서류 섹션을 확인하세요

## 의료 정보(의료인 목록)

### 정신분석 의사

이름/전문 분야

---

---

전화번호

---

---

주소

---

---

이메일 주소

---

---

방문 빈도

---

---

업로드된 기록\*\*

---

---

포털 이용

사용자 이름

---

---

비밀번호

---

---

### 치과 의사

이름/전문 분야

---

---

전화번호

---

---

주소

---

---

이메일 주소

---

---

방문 빈도

---

---

업로드된 기록\*\*

---

---

포털 이용

사용자 이름

---

---

업로드된 기록\*\*

비밀번호

---

---

\*\* 필요한 중요 사본은 서류 섹션을 확인하세요

# 의료 정보(의료인 목록)

## 안과 전문의/안과 의사

이름/전문 분야

---

---

전화번호

---

---

주소

---

---

이메일 주소

---

---

방문 빈도

---

---

업로드된 기록\*\*

---

---

포털 이용

사용자 이름

---

---

비밀번호

---

---

## 기타 전문의

위장병 전문의

---

---

정형외과 의사

---

---

신경과 전문의

---

---

청능사

---

---

기타 전문의

---

---

---

---

---

## 의료 정보(의료인 목록)

### 약국

이름/전문 분야

---

---

전화번호

---

---

주소

---

---

이메일 주소

---

---

방문 빈도

---

---

업로드된 기록\*\*

---

---

포털 이용

사용자 이름

---

---

비밀번호

---

---

24시간 약국(이름 및 주소)

---

---

### 실험실 검사

이름/전문 분야

---

---

전화번호

---

---

주소

---

---

이메일 주소

---

---

방문 빈도

---

---

업로드된 기록\*\*

---

---

포털 이용

사용자 이름

---

---

업로드된 기록\*\*

비밀번호

---

---

\*\* 필요한 중요 사본은 서류 섹션을 확인하세요

## 의료 정보(내구성 의료 장비)

장비 유형

---

---

연락처/서비스 정보

---

---

일련번호

---

---

보증 번호\*\*

---

---

구매 날짜

---

---

지급

지급인

---

---

금액

---

---

아직 지급해야 할 금액이 있습니까?

예  아니요    지급해야 할 금액: \_\_\_\_\_

장비 유형

---

---

연락처/서비스 정보

---

---

일련번호

---

---

보증 번호\*\*

---

---

구매 날짜

---

---

지급

지급인

---

---

금액

---

---

아직 지급해야 할 금액이 있습니까?

예  아니요    지급해야 할 금액: \_\_\_\_\_

\*\* 필요한 중요 사본은 서류 섹션을 확인하세요

# 의료 정보

추가 참고 사항 답변: 의료 정보

위장 장애

---

---

---

G 튜브

---

---

---

청각 장애

---

---

---

시력 장애

---

---

---

심장병

---

---

---

정형외과 질환

---

---

---

ADHD

---

---

---

# 의료 정보

추가 참고 사항 답변: 의료 정보

기타

---

---

---

알아야 할 가족 병력

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

과거 병력

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# 의료 정보

## 추가 참고 사항 답변: 의료 정보

### 만성 질병

---

---

---

---

### 과거 병력

---

---

---

---

### 과거 입원

---

---

---

---

### 과거 수술

---

---

---

---

### 과거 사고

---

---

---

---



# 재정 정보

## 입출금 계좌

계좌주 이름

---

---

계좌 번호

---

---

직불 카드 번호

---

---

라우팅 번호

---

---

2차 승인 전송 대상

---

---

방문 빈도

---

---

업로드된 기록\*\*

---

---

질문:

---

---

---

---

답변:

---

---

---

---

자동 거래

인출 — 날짜 및 금액

---

---

---

---

입금 — 날짜 및 금액

---

---

---

---

은행 연락처(있는 경우):

---

---

은행 웹사이트

사용자 이름\*\*

---

---

비밀번호\*\*

---

---

주소 및 전화번호

---

---

# 재정 정보

## 저축 계좌

계좌주 이름

---

---

계좌 번호

---

---

직불 카드 번호

---

---

라우팅 번호

---

---

2차 승인 전송 대상

---

---

질문:

---

---

---

---

답변:

---

---

---

---

자동 거래

인출 — 날짜 및 금액

---

---

---

---

입금 — 날짜 및 금액

---

---

---

---

은행 연락처(있는 경우):

---

---

은행 웹사이트

사용자 이름\*\*

---

비밀번호\*\*

---

주소 및 전화번호

---

---

## 재정 정보

은행 이름

---

---

주소 및 전화번호

---

---

은행 연락처(있는 경우):

---

---

은행 웹사이트

사용자 이름\*\*

비밀번호\*\*

---

---

### SSA 대표 수취인 계정

계좌주 이름

---

---

2차 승인 전송 대상

---

---

계좌 번호

라우팅 번호

---

---

---

---

직불 카드 번호

라우팅 번호

---

---

---

---

자동 거래

인출 — 날짜 및 금액

입금 — 날짜 및 금액

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\*\* 필요한 중요 사본은 서류 섹션을 확인하세요

# 재정 정보

## ABLE/CoABLE 투자 계좌

계좌주 이름

---

---

전화번호

---

---

웹사이트

---

---

계좌 번호

---

---

라우팅 번호

---

---

계좌가 있는 주

---

---

2차 승인 전송 대상

---

---

보안 비밀번호

---

---

보안 질문

---

---

---

---

## 재정 정보

### 신용 카드

발행사

---

---

전화번호

---

---

웹사이트

---

---

승인된 사용자의 이름

---

---

계좌 번호

---

---

2차 승인 전송 대상

---

---

보안 비밀번호

---

---

보안 질문

---

---

---

---

신용 한도

---

---

지급 기일

---

---

# 재정 정보(보험 증권\*\*)

## 생명 보험

증권 발행사

---

---

주소 및 전화번호

---

---

보험증권 번호

---

---

가입자 이름

---

---

수혜자

---

---

웹사이트

사용자 이름

---

---

비밀번호

---

---

2차 승인 전송 대상:

---

---

계좌 지급

어떤 은행 계좌를 사용하십니까?

---

---

보험금을 얼마나 자주 지급받으십니까?

---

---

지급 방법(자동 출금, 연별, 월별 등)

---

---

## 재정 정보

### 기타 계좌

금액	지급 기한
_____	_____
_____	_____
계좌에서 지급됨	지급 대상
_____	_____
_____	_____
금액	지급 기한
_____	_____
_____	_____
계좌에서 지급됨	지급 대상
_____	_____
_____	_____

### 연방세\*\*

제출인	제출일
_____	_____
_____	_____
제출 방식	사용자 이름 및 비밀번호
_____	_____
_____	_____

### 주세\*\*

제출인	제출일
_____	_____
_____	_____
제출 방식	사용자 이름 및 비밀번호
_____	_____
_____	_____

\*\* 필요한 중요 사본은 서류 섹션을 확인하세요





# 주택 금융 정보

## 월 소득

임금 \_\_\_\_\_

사회 보장 \_\_\_\_\_

기타 \_\_\_\_\_

## 월별 비용

### 임차료

금액 \_\_\_\_\_

계좌에서 지급됨 \_\_\_\_\_

계좌 번호 \_\_\_\_\_

지급 기한 \_\_\_\_\_

지급 대상 \_\_\_\_\_

임대차 계약 날짜\*\* \_\_\_\_\_

### 공공요금: 가스

금액 \_\_\_\_\_

계좌에서 지급됨 \_\_\_\_\_

계좌 번호 \_\_\_\_\_

지급 기한 \_\_\_\_\_

지급 대상 \_\_\_\_\_

### 공공요금: 전기

금액 \_\_\_\_\_

계좌에서 지급됨 \_\_\_\_\_

계좌 번호 \_\_\_\_\_

지급 기한 \_\_\_\_\_

지급 대상 \_\_\_\_\_

### 공공요금: 수도

금액 \_\_\_\_\_

계좌에서 지급됨 \_\_\_\_\_

계좌 번호 \_\_\_\_\_

지급 기한 \_\_\_\_\_

지급 대상 \_\_\_\_\_

\*\* 필요한 중요 사본은 서류 섹션을 확인하세요

# 주택 금융 정보

## 월별 비용(계속)

### 공공요금: 쓰레기 하수

금액 \_\_\_\_\_

계좌에서 지급됨 \_\_\_\_\_

계좌 번호 \_\_\_\_\_

지급 기한 \_\_\_\_\_

지급 대상 \_\_\_\_\_

### 식품 및 식료품

금액 \_\_\_\_\_

계좌에서 지급됨 \_\_\_\_\_

계좌 번호 \_\_\_\_\_

지급 기한 \_\_\_\_\_

지급 대상 \_\_\_\_\_

### 전화

금액 \_\_\_\_\_

계좌에서 지급됨 \_\_\_\_\_

계좌 번호 \_\_\_\_\_

지급 기한 \_\_\_\_\_

지급 대상 \_\_\_\_\_

### 케이블/인터넷

금액 \_\_\_\_\_

계좌에서 지급됨 \_\_\_\_\_

계좌 번호 \_\_\_\_\_

지급 기한 \_\_\_\_\_

지급 대상 \_\_\_\_\_

### 월간 구독(넷플릭스, 프라임 등)

금액 \_\_\_\_\_

계좌에서 지급됨 \_\_\_\_\_

계좌 번호 \_\_\_\_\_

지급 기한 \_\_\_\_\_

지급 대상 \_\_\_\_\_

# 주택 정보

## 임차인 보험

증권 발행사: \_\_\_\_\_

전화번호

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

주소

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

보험증권 번호

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

가입자 이름

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

보험 가입자 주소

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

웹사이트: \_\_\_\_\_

사용자 이름

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

비밀번호

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2차 승인 전송 대상

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

계좌 지급

사용하는 은행 계좌

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

보험금 지급 빈도

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

지급 방식(자동 출금, 연별, 월별 등)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 주택 정보

개인이 임대 주택 대기 명단에 있습니까?

---

---

공공 주택 공사(HUD/섹션 8 주택 선택 바우처)

주소	본사 전화번호
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	웹사이트
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

섹션 8 대기자 명단 신청 날짜	섹션 8 승인 날짜
<hr/>	<hr/>

주택 보조금 지원 기관 이름	전화번호
<hr/>	<hr/>

연간 재검토 날짜

---

추가 주택 세부 사항: (HUD, 얼바인 토지신탁 등)

입주/임대 전문업체	연락처
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

연례 검토 날짜

---

추가 정보

---

---

---

# 교통편

## 대중교통

교통수단: \_\_\_\_\_

버스 패스 자금 출처

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

승객 번호 이용

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

탑승 예약 번호

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

이용 접근성에 대한 최종 평가

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

일반 버스 노선

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

업무 관련 교통편 플랜

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

기타 교통수단(우버, 리프트 또는 패밀리...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 대중교통

자동차 모델 및 유형

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

번호판

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

월별 결제

사용하는 은행 계좌

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

지급 방식(자동 출금, 연별, 월별 등)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 자동차 보험

증권 발행사: \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

보험증권 번호 \_\_\_\_\_ 가입자 이름 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

보험 가입자 주소 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 가입 차량 정보

번호판 및 VIN 번호 \_\_\_\_\_ 차고 위치 주소 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

웹사이트: \_\_\_\_\_

사용자 이름 \_\_\_\_\_ 비밀번호 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2차 승인 전송 대상 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 계좌 지급

사용하는 은행 계좌 \_\_\_\_\_ 보험금 지급 빈도 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

지급 방식(자동 출금, 연별, 월별 등) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# 교육 기록문서

## 현재 초등 교육 현황

입학 학교: \_\_\_\_\_

주소  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

전화번호  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

교사  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

중간 보고서/성적표\*\*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IEP 및 ITP/IFSP/504 계획\*\*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

심리 교육 보고서\*\*(가장 최근)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

개인 중심 계획(PDP)\*\*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

성적 증명서\*\*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

학업 편의시설\*\*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

기능적 수행 요약서(SOP)\*\*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

학생 작업의 예\*\*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

학교/학군 졸업: \_\_\_\_\_ 연도: \_\_\_\_\_

수령:  수료증  고등학교 졸업장

# 교육 기록문서

## 고등 교육

현재 학교: \_\_\_\_\_

주소	전화번호
_____	_____
_____	_____

상담사 또는 전담 연락 담당자	프로그래밍(비학점, 학점 수업, 전공, 자격증 등)**
_____	_____
_____	_____

성적/성적 증명서**	중등 이후 계획**(SSP, ISP 및/또는 장애인 서비스 계획)
_____	_____
_____	_____

학업 편의시설**	개별화된 고용 계획(IPE)
_____	_____
_____	_____

직장 편의시설**	장애인 서비스 등록 정보/계약**
_____	_____
_____	_____

지원 자금 지원 기관(DOR 및/또는 지역 센터)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

이전 PSE 학교(성인 교육, 커뮤니티 칼리지 및/또는 개인의 과거 입학 대학)를 모두 나열하십시오.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

교육 기록문서 추가 참고 사항

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# 취업/취업 준비

## 취업/취업 준비

현재 고용주: \_\_\_\_\_

전화번호 및 직장 주소

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

근무 시작일

\_\_\_\_\_

초봉

\_\_\_\_\_

현재 급여

지급 빈도

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

지급 방식(예: 매주 목요일 자동 입금)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

현재 일정

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

직업 소개소 \_\_\_\_\_

제공되는 편의시설:  예  아니요

얼마나 자주 재평가됩니까?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

직업 코치 제공:  예  아니요

주당 시간

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

제공 기관

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

직업 코칭 감독관의 전화번호 및 이름(장애인 서비스 섹션 참조)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# 취업/취업 준비

## 취업/취업 준비(계속)

직업 코칭/업무 인센티브에 관해 사회보장국에 보내는 양식\*\*

급여명세서 및 양식을 사회보장국에 보내는 사람(SSI/SSDI 정보 섹션 참조)

---

---

기타

---

---

---

## 취업

요약

---

---

개인 중심 계획(PDP) \*\*

---

---

DOR(재활국) 개별화된 고용 계획(IPE)

---

---

직장 편의시설\*\*

---

---

공공 혜택 계획 요구 사항(임금 보고 및 기타)

---

---

직업 코칭, 특정 유형의 교통수단, 업무 관련 장비, PASS 계획, 학생 근로 소득 제외(SEIE) 등의 SSA 업무 인센티브

---

---

직업 기술 훈련 서비스 제공 기관

---

---

유급 근무 경험

---

---

# 취업/취업 준비

## 업무 기반 학습(WBL)

### 요약

유급 및 무급의 모든 업무 교육 목록

---

---

---

---

인력 개발 프로그램에 참여했으며 현재 어디에 등록되어 있는지 확인하십시오.

---

---

오렌지 카운티 지역 센터

---

---

커뮤니티 칼리지

---

---

개인 중심 계획/행동 계획(PDP) \*\*

---

---

업무 기반 학습 및 취업에 대한 추가 참고 사항

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

봉사 활동

---

---

---

---

DOR(재활국)

---

---

학구

---

---

직장 편의시설\*\*

---

---

WBL 평가 문서

---

---

# 지역 센터

## 주/연방/공급업체 장애인 서비스\*\*(지역 센터)

오렌지 카운티 지역 센터(RCOC)

RCOC 주소

---

---

서비스 코디네이터

---

---

이메일 주소

---

---

비밀번호(이메일 열기용)

---

---

개별 프로그램 계획\*\*

---

---

RCOC 과거 기록문서 위치

---

사무실 전화번호 (714)796-5100

---

---

전화번호

---

---

사용자 이름(이메일 열기용)

---

---

UCI#

---

---

자기 결정 프로그램/PDP\*\*

---

---

## 장애인 서비스\*\*

개인이 사회보장국으로부터 받는 혜택은 무엇입니까?

SSI

SSDI

아동 장애 생활보조금(CDB)

기타: \_\_\_\_\_

[www.myssa.gov](http://www.myssa.gov)

사용자 이름

비밀번호

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2차 승인 전송 대상

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SSI/SSDI 수혜자의 월별 임금 보고서:  우편으로 발송  myssa.gov에 보고됨

급여와 함께 발송됨(직업 코칭, 보조 교통수단 등과 같은 SSA 업무 인센티브)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SSDI/CDB 또는 SSI 현황의 마지막 검토 날짜

현재 받는 혜택(사회보장급여와 연계된 은행  
계좌)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

사회보장국의 확인서/지급 서한\*\*

사회보장국의 과거 기록문서 위치

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SSA 대리 수취인

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# 장애인 서비스\*\*

## 주/연방/공급업체 장애인 서비스\*\*

### 생활 지원 서비스/자립 생활 기술(SLS/ILS)

개인이 받으니까?  예  아니요

주당 시간

---

---

제공 회사

---

---

간병인 전화번호

---

---

간병인 이메일

---

---

제공 기관 번호

---

---

지역 센터 공급업체 정보

---

---

### 직업 코칭 지원

제공 기관: \_\_\_\_\_

전화번호

---

---

주소

---

---

기관 담당자: \_\_\_\_\_

전화번호

---

---

주소

---

---

제공되는 서비스 설명

---

---

직업 코칭 배정 비율

---

---

자금 지원 서비스 기관

---

---

# 장애인 서비스\*\*

## 주/연방/공급업체 장애인 서비스\*\*

### 가정 내 지원 서비스(IHSS)

사무실 전화번호

---

---

사회복지사 이름 및 전화번호

---

---

연간 갱신 완료

---

---

수혜자 ID#

---

---

서비스 제공업체 이름 및 ID#

---

---

월별 승인 시간

---

---

시간 기록표 웹사이트 주소: <https://www.etimesheets.ihss.ca.gov/login>

매월 15일과 30일에 제공업체가 작성한 시간 기록표 항목(웹사이트 내용)

사용자 이름

---

---

비밀번호

---

---

시간 기록표 서명자/승인 사용자 이름

---

---

비밀번호

---

---

추가 참고 사항

---

---

---

---

---

---

---

---

# 장애인 서비스\*\*

## 기타 혜택 프로그램

### Cal Fresh

계좌 번호

---

---

비밀번호

---

---

EBT 월별 금액

---

## 재할국

개인이 현재 DOR 고객입니까?     예     아니요

지역 DOR 사무실 주소

---

---

DOR 사무실 전화번호

---

---

DOR 상담사 이름

---

---

IPE(개별화된 고용 계획)

---

---

제공되는 DOR 서비스 설명

---

---

---

---

## 법률 정보

### 제한된 후견인 제도\*\*

개인이 보호됩니다.     예     아니요

법원이 부여한 후견인 권리: (해당하는 항목을 모두 표시하십시오... 법원이 부여한 권리)

- 거주지 결정
- 기밀 기록 이용
- 결혼
- 계약 체결
- 치료에 대한 동의
- 사고 및 성적 접촉 통제
- 교육 문제 결정

관리자

---

---



## 중요 문서

다음 목록이 모두 포함된 것은 아니므로, 특정 요구 사항에 맞게 개별화해 주십시오

- 주 ID 또는 운전면허증
- 미국 여권
- 출입국 신고서
- 장애 기록문서
- 예방 접종 기록
- 복약 기록
- 의료 보험 카드
- 건강 지침
- 신탁관리인
- 후견인 서류
- 대리권 서류
- 지원 의사 결정 서류
- 주택 임대/정보(해당하는 경우)
- 임차인 보험(해당하는 경우)
- 주택 재인증 정보(해당하는 경우)
- 자동차 등록(해당하는 경우)
- 자동차 보험(해당하는 경우)
- 개인 중심 계획(해당하는 경우)
- 사회 보장 지급 서한(해당하는 경우)
- 비밀번호, 사용자 이름 및 타자 승인(해당하는 경우)
- IHSS 승인 시간 조치 통지
- 자기 결정 문서(지출 계획 및 인증 예산)
- 일일, 주간 및/또는 월간 일정(업데이트/현재 사본 포함)

추가 정보

---

---

---

---



# 자료

## 자료 섹션

- 재활국(DOR)
- 오렌지 카운티 주택 공사
- 주택 옵션
- 가정 내 지원 서비스(IHSS)
- 법 집행 기관 안전 프로그램
- 오렌지 카운티 지역 센터(RCOC)
- 사회보장국(SSA)
- 인력 개발 프로그램

## 재활국(DOR)

<https://www.dor.ca.gov/>

캘리포니아 재활국은 직업 재활 서비스를 운영하는 캘리포니아주 관할 부서입니다. 장애인의 취업, 자립, 평등을 추구하는 캘리포니아 전역 100개 이상의 지역에서 직업 재활 서비스와 지지 활동을 합니다.

지역 사무실 주소:  
지역 전화번호 및 담당자 이름:  
일반 전화번호: 1-800-772-1213

## 주택 공사

주택 공사는 개인 소유 임대 주택의 자격을 갖춘 임차인에게 주거를 지원하는 연방 자금 지원 프로그램을 운영합니다. 규모가 가장 큰 프로그램은 주택 선택 바우처 프로그램입니다. 주택 바우처를 받은 참여자는 프로그램에 참여할 의향이 있는 거의 모든 집주인에 대해 다양한 임대 주택 및 장소에서 해당 주거 지원을 이용할 수 있습니다. 가족은 소득에 따라 임대 보조금을 받을 수 있습니다. 자격 심사를 통과하면, 가족은 개인 소유의 임대 주택을 구할 수 있는 권한을 가집니다.

대기자 수가 많기 때문에, 주택 공사는 주기적으로만 해당 프로그램의 신규 신청을 받습니다. 공고를 통해 신규 신청자는 프로그램을 확인할 수 있습니다.

### GGHA(가든 그로브 주택 공사)

- 주소: 11277 Garden Grove Blvd., Suite 100, Garden Grove, CA 92843
- 전화: (714) 741-5150
- <https://ggcity.org/housing-authority>

(주택 공사 자료는 다음 페이지에 계속됩니다)

# 자료

## 주택 공사(계속)

### OCHA(오렌지 카운티 주택 공사)

- 주소: 1501 E St Andrew Pl, Santa Ana, CA 92705
- 전화: (714) 480-2700
- <https://www.ochousing.org/>

### SAHA(산타아나 주택 공사)

- 주소: 20 Civic Center Plaza, Santa Ana, CA 92701
- 전화: (714) 667-2284

## 주택 옵션

- 패밀리 홈이나 친척 집에서 거주
- 룸메이트 유무와 관계없이 본인 아파트(독립 또는 지원 생활)에 거주
  - ✓ 공공 주택 공사의 보조금 지급 아파트 (또는)
  - ✓ 토지 신탁 (또는)
  - ✓ 프로젝트 기반 바우처/용도 제한)
- 성인 패밀리 홈 기관(AFHA)
- 그룹 홈/성인 주거 시설
- 중간 치료 시설(ICF) - 그룹 홈과 비슷하지만, 더 많은 의료 수요가 있는 사람들을 위한 시설

## 가정 내 지원 서비스(IHSS)

<https://ssa.ocgov.com/elderdisabled-home-services/home-supportive-services>

IHSS 프로그램은 노인, 시각 장애인 또는 장애인 및 스스로를 돌볼 수 있는 능력이 제한되어 도움 없이 집에서 안전하게 생활할 수 없는 사람들을 위한 지원 서비스입니다. 여기에는 집에서 도움을 받을 수 있다면, 병원, 요양원 또는 기숙사와 요양원에서 집으로 돌아갈 수 있는 사람들이 포함됩니다.

### IHSS

1505 East Warner Ave  
Santa Ana, CA 92705  
(714) 825-3000

# 자료

## 법 집행 기관 안전 프로그램

해당 프로그램은 경찰관이 실종자를 찾는 데 도움을 주거나 지역사회에서 길을 잃거나 난처한 사람들을 돕기 위해 마련되었습니다. 검색이 가능한 데이터베이스는 법 집행관에게 가족으로의 복귀를 지원하는 중요한 정보/도구를 제공합니다. 이를 통해 검색이 가능한 데이터베이스에 특별한 행동 지원 요구 사항을 표시할 수 있습니다.

필요한 경우, 여러분이 계신 지역에서 본 서비스의 이용 가능 여부를 확인하려면, 해당 지역의 도시에 문의하십시오.

### 귀가 등록/어바인 경찰서

- <https://www.cityofirvine.org/department-administration/return-home-registry>

### 테이크 미 홈 등록(OC 보안관 부서-24개 도시)

- <https://www.ocsheriff.gov/community/take-me-home-program>

## 오렌지 카운티 지역 센터

<https://www.rcocdd.com/>

RCOC는 발달 장애인, 그 가족, 지역사회와 협력하여 우리가 봉사하는 이들의 삶의 질을 높이고 최대의 잠재력을 실현하도록 지원하는 개별화된 서비스와 지원을 확보합니다. 지역 센터는 지역 서비스와 지원을 받고자 하는 개인과 가족이 지역사회에서 안전하고 존엄하게 생활할 수 있도록 돕는 첫 번째 기관입니다.

현재 RCOC는 23,000명 이상의 오렌지 카운티 발달 장애 아동 및 성인과 그 가족에게 서비스를 제공하고 있습니다. 발달 장애에는 자폐증, 뇌전증, 뇌성마비, 지적 장애가 있습니다.

저녁이나 주말에 RCOC 직원의 도움이 필요한 경우, (714) 796-5100으로 전화하여 "개인 대기 중"을 요청하면, 도움을 받으실 수 있습니다.

### RCOC

1525 North Tustin Ave.  
Santa Ana, CA 92705

## 사회보장국(SSA)

<https://www.ssa.gov/>

사회보장국 사무실에서 SSDI 또는 SSI를 신청할 수 있습니다.

지역 사무실 주소:

지역 전화번호 및 담당자 이름:

일반 전화번호-1-800-772-1213

### 생활보조금

- SSI는 생활보조금(Supplemental Security Income)의 약자입니다. 사회보장국에서 해당 프로그램을 운영합니다. 우리는 소득과 자원이 제한된 시각 장애인, 65세 이상의 사람 또는 자격 요건에 해당하는 장애가 있는 사람에게 매월 복지 급여를 지급합니다. 장애가 있거나 시각 장애가 있는 아동도 SSI를 받을 수 있습니다.

### 사회 보장 장애 급여

- 신체적 및/또는 정신적 이유로 더 이상 일할 수 없다고 생각되는 경우, 사회 보장 장애 보험(SSDI) 또는 생활 보조금(SSI) 장애 급여를 받을 수 있습니다. 장애인으로 판정되려면, 최소한 12개월 동안 지속되었거나 지속될 것으로 예상되거나 사망을 초래할 것으로 예상되는 신체적 및/또는 정신적 질환으로 실질적인 업무를 수행할 수 없어야 합니다.
- SSDI 자격은 사회보장에 대한 이전 분담금을 기준으로 하며, SSI 자격은 소득 수준을 기준으로 합니다. SSI 수급 자격이 있다면, 주 보조 급여(SSP)도 받을 수 있습니다.

## 인력 개발 프로그램

- WorkAbility I/WAI(학구, MS, HS 및 ATP 프로그램)
- 전환 파트너십 프로그램/TPP(DOR)
- 직업 기술 교육/CTE(학구 및 커뮤니티 칼리지)
- 학생 서비스(DOR)
- 칼리지 투 커리어/C2C(DOR 및 커뮤니티 칼리지)
- 워커빌리티 II(DOR 및 지역 직업 프로그램)
- 워커빌리티 III(DOR 및 커뮤니티 칼리지)
- 워커빌리티 IV(DOR 및 대학)
- CSP(경쟁력 있는 통합 고용 프로그램에 대한 최저 임금)
- SEARCH 프로젝트(학구 및 성인 프로그램)
- 씽크 칼리지(CA 및 IDD 국립대학)
- 전문 취업 준비 프로그램(커뮤니티 칼리지)
- 인력 개발 프로그램(미국 일자리 센터)