

현재 캘리포니아 주정부에서 근무 중입니다:

지침: 캘리포니아 주정부에서 근무하는 경우, 아래 견본을 사용하여 고용주의 대표자가 서신에 서명하도록 하십시오.

담당자께:

(Awardee Name) (은)는 (Start of Employment)부터 (Employer Name) 에서 직원으로 근무하고 있습니다.

(Awardee Name) (이)가 수행 중인 의무 봉사와 (Awardee Name) (이)가 받고 있는 장학금 또는 대출 상환 수혜로 인한 이해의 충돌이 Department of Health Care Access and Information과 본 부서 간에 발생하지 않습니다.

(서명)

(직원의 이름 및 직책)

(연락처 정보 - 이메일, 주소, 전화번호)

더 이상 캘리포니아 주정부에서 근무하고 있지 않습니다:

지침: 더 이상 캘리포니아 주에서 근무하지 않는 경우, 아래 견본에 부서 이름과 주 정부 서비스에서 퇴직한 날짜를 기재하고 서신에 서명하십시오.

담당자께:

본인은 (Employer Name) 에 더 이상 고용되어 있지 않으며 (Date of Separation)에 주 서비스에서 퇴직하였습니다.

본인이 Department of Health Care Access and Information에서 수여받는 지급금으로 인해서 이전 고용주와 이해의 충돌이 발생하지 않습니다.

(서명)

(직원 이름 및 직책)

(연락처 정보 - 이메일, 주소, 전화번호)

캘리포니아 주정부에서 일하거나 자원봉사를 한 적이 없는 경우:

지침: 캘리포니아 주정부에서 일하거나 자원봉사를 한 적이 없는 경우, 아래 양식에 캘리포니아 주정부에서 일하거나 자원봉사를 한 적이 없다고 기재하고 서신에 서명하십시오.

담당자께:

본인은 캘리포니아 주정부에서 일하거나 자원봉사를 한 적이 없으며, 따라서 Department of Health Care Access and Information에서 수혜를 받은 사람으로서의 이해 충돌이 없습니다.

(서명)

(직원 이름 및 직책)

(연락처 정보 - 이메일, 주소, 전화번호)