연합 의료 장학금 프로그램 신청 – 2024

일반 정보

질문에 대한 귀하의 답변은 점수의 부여, 보고 및 분석 목적으로만 사용됩니다. HCAI는 귀하의 개별 응답을 제3자와 공유하지 않으며, 이러한 질문에 대한 응답으로 수집된 인구통계학적 정보를 총체적으로 또는 캘리포니아 공공기록법 등 관련 법률에서 요구하는 경우에만 공개할 수 있습니다.

신청자의 이름*

신청자의 성*

현재 다음 교육 프로그램 중 하나에 합격했거나 등록되어 있습니까?*

일부 프로그램은 생식기에 관련된 의료 지원금을 받을 수 있습니다. "위의 항목에 해당하지 않음"이라고 답한 경우에도, 다른 종류의 지원금을 받을 자격이 있을 수 있습니다.

졸업 후 생식기에 관련된 의료 분야에서 일할 계획이 있습니까?*

◯ 아니오 ◯ 예

"예"라고 대답하면 생식기에 관련된 의료 지원금을 통해 기금을 받을 수도 있습니다.

낙태 관련 진료를 계속하거나 시작할 의향이 있습니까?*

◯ 아니오 ◯ 예

"낙태"는 출산 목적을 제외한 임신 중절을 유도하기 위한 모든 의학적 진료를 의미합니다. "낙태 관련 서비스"는 숙련된 의료진이, 위생적인 조건에서, 현대적 기술(예를 들어, 진공

흡인)을 사용하여 시행하는 유도 낙태 또는 의료 낙태에 효과적인 치료와 고품질 약물의사용을 포함하는 것으로 정의됩니다. 또한 낙태 관련 서비스에는 낙태 후 진료에 정의된대로, 유산 관리, 낙태 관련 상담 및/또는 정신 건강 서비스, 피임 서비스, 기타 성 및 생식건강 서비스와의 연계, 그리고 지역사회와의 연계도 포함됩니다.
임신 대처 센터에서 진료를 제공하는 신청자는 이 지원금을 받을 수 없다는 점에

이러한 대상 지역에서 현재 근무하고 있거나 12개월 이상 근무할 의향이 있습니까?*

1. HRSA에서 의료 인력 부족 지역으로 지정한 지역.
2. HRSA에서 조사하여 선정한 의료 소외 지역 또는 의료 소외 인구가 있는 지역.
3. HRSA에서 지정한 산모 진료 의료 전문가 대상 지역 또는 March of Dimes에서 지정한 산모 관리에 사막과 같은 지역.
4. 시골 지역.
5. 낙태 서비스가 없는 것으로 확인된 캘리포니아의 카운티.
6. 대부분의 환자가 Medi-Cal 프로그램의 혜택을 받는 지역.

◯ 아니오 ◯ 예

낙태 교육이나 자격증을 받은 적이 있습니까?*

◯ 아니오 ◯ 예

예라고 답했다면, 신청서를 제출할 때 교육 증명서 또는 임상 증명서 또는 참조할 임상 역량 승인을 첨부해야 합니다.

다음 상황 중에 해당합니까?*

1. 과거에 또는 현재 노숙자인 경우.
2. 가정 위탁 보호를 과거에 받았거나 현재 받고 있는 경우.
3. 어렸을 때 2년 이상 전국 학교 급식 프로그램(무료 및 할인 가격 급식)의혜택을 받은 적이 있는 경우.
4. 부모 또는 법적 보호자가 학사 학위를 받지 않은 경우.
5. 연방 펠 그랜트(무상 장학금, Pell Grants)를 받을 자격이 과거에 있었거나 또는 현재 있는 경우.
6. 부모 또는 자녀로서 캘리포니아 여성, 영유아 및 아동을 위한 특별 보충 영양프로그램(WIC)의 지원을 받은 경우.
7. 다음 지역 중 한 곳에 거주하거나 성장한 경우:
   a. 농촌 의료 보조금 자격 분석가가 지정한 농촌 지역.
   b. HRSA에서 의료 인력 부족 지역으로 지정한 지역.
8. 장애가 있는 개인, 즉 개정된 1990년 미국 장애인법(미법전 42 제12101절이하 참조)에 명시된 대로 주요 생활 활동을 실질적으로 제한하는 신체적또는 정신적 장애가 한 가지 이상 있는 사람을 의미합니다.

◯ 아니오 ◯ 예

직접 진료를 제공하는 직업을 계획하고 계십니까?*

◯ 아니오 ◯ 예

이 교육 프로그램이 캘리포니아에 기반을 둔 교육 프로그램입니까?*

◯ 아니오 ◯ 예

졸업 후 6개월 이내에 소외된 지역 또는 특정 상황의 환경에서 12개월간 봉사할 의향이 있습니까?*

◯ 아니오 ◯ 예

최근 평균학점이 2.0 이상입니까?*

◯ 아니오 ◯ 예

이 질문에 "예"를 선택했으므로, 평점 2.0 이상을 증명하는 장학금 프로그램 확인(SPV) 양식을 작성하고 서명하여 업로드해야 한다는 점을 유의하십시오.

가정 위탁 보호 또는 아동 복지 시스템에서 도움을 받은 경험이 있습니까?*

◯ 아니오 ◯ 예

노숙자 경험이 있습니까?*

◯ 아니오 ◯ 예

부모님과 이전 세대가 대학 교육을 받지 못한 1세대 대학생입니까?*

◯ 아니오 ◯ 예

이전에 또는 현재 주정부 의료 계획 및 개발국(OSHPD) 또는 의료 진료 이용 및 정보(HCAI) 기관의 보조금 수혜자입니까?*

◯ 아니오 ◯ 예

예라고 답한 경우, 이전의 보조금 계약 번호(Grant Agreement Number)는 무엇입니까?

현재 캘리포니아 주 정부 기관에서 일하거나 자원봉사를 하고 있습니까?*

◯ 아니오 ◯ 예

이해 충돌에 관한 서신을 업로드해야 합니다.

이전에 캘리포니아 주 정부 기관에서 일하거나 자원봉사를 한 적이 있습니까?*

◯ 아니오 ◯ 예

이해 충돌에 관한 서신을 업로드해야 합니다.

프로필 정보

필요하면, 프로필 페이지로 이동하여 이 정보를 갱신하십시오.

생년월일*

운전 면허증 또는 신분증 번호*

이메일 주소*

출생 시 원래 출생증명서에 기재된 성별은 무엇입니까?*

귀하 스스로에 대해 생각하는 바는 ...*

자신을 어떻게 설명합니까?*

히스패닉, 라틴계 또는 스페인계입니까?*

- ☐ 아니요
- ☐ 예: 멕시코인, 멕시코계 미국인
- ☐ 예: 푸에르토리코인
- ☐ 예: 쿠바인
- ☐ 기타 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계 출신(자세히 작성하십시오)

☐ 밝히기를 거부함

인종*

- ☐ 미국인 인디언, 미국 원주민, 또는 알래스카 원주민
- ☐ 아시아인, 아시아계 인도인
- ☐ 아시아인, 중국인
- ☐ 아시아인, 캄보디아인
- ☐ 아시아인, 필리핀인
- ☐ 아시아인, 인도네시아인
- ☐ 아시아인, 일본인
- ☐ 아시아인, 한국인
- ☐ 아시아인, 라오스인
- ☐ 아시아인, 싱가포르인
- ☐ **아시아인, 타이인**
- ☐ 아시아인, 베트남인
- ☐ 아시아인, 기타 아시아인 (자세히 작성하십시오)
- ☐ 흑인, 아프리카계 미국인, 또는 아프리카인
- ☐ 중동인
- ☐ 태평양 섬사람, 괌인
- ☐ 태평양 섬사람, 하와이인
- ☐ 태평양 섬사람, 사모아인
- ☐ 태평양 섬사람, 기타 (자세히 작성하십시오)
- ☐ 백인

기타 (자세히 작성하십시오)

- ☐

- ☐ 밝히기를 거부함

연락처 정보

고유 연락처를 하나 입력하십시오. 이 사람은 저희가 연락할 필요가 있는 경우에 귀하에게 연락할 수 있으면서 함께 살지는 않는 사람(가급적이면 친척)이어야 합니다.

연락처 이름*

연락처 성*

거리 주소*

시*

주*

우편번호*

연락처 전화번호*

연락처 이메일*

연락처 지원자와의 관계*

교육 정보

졸업한 고등학교의 이름과 주소를 입력하거나, 또는 홈스쿨링을 받았거나 검정고시를 본 경우에는 집 주소를 입력하십시오.

고등학교 이름*

거리 주소*

시*

주*

우편번호*

국가*

소득 기반 재정 지원은 일반적으로 FAFSA 또는 기타 소득 자격 서류를 작성하여 재정적 필요에 대한 대학의 평가를 기반으로 하는 재정 지원입니다. 일반적인 예로는 펠 그랜트, 대학 약속 보조금, 퍼킨스 대출, 근로 학습, 연방 보충 교육 기회 보조금(FSEOG) 또는 의료 자원 및 서비스 관리국(HRSA)의 경제적 취약 학생 장학금 등이 있습니다.

합격하고 다음 학년도에 등록할 대학에서 필요에 기반한 재정 보조금을 받을 것이라는 통지를 받은 적이 있습니까?*

◯ 아니오 ◯ 예

재학 중인 대학에서 소득 기반 재정 지원금을 받은 적이 있습니까?*

◯ 아니오 ◯ 예

예인 경우, 수여받은 보조금 유형을 선택하십시오.*

☐ 대학 약속 보조금
☐ 펠
☐ 퍼킨스 대출
☐ 근로 학습
☐ 연방 보충 교육 기회 보조금 (FSEOG)
☐ 경제적 취약 학생 HRSA 장학금
☐ 기타

취득한 최고의 학위*

전문성 정보

고객에게 직접 진료를 할 수 있을 만큼 유창하거나 능숙하게 영어 이외의 다른 언어를 구사할 수 있습니까? 해당되는 항목에 모두 표시하십시오:

- ☐ 모든 원주민 및/또는 부족 언어
- ☐ 모든 형태의 수화 의사소통
- ☐ 아랍어
- ☐ 아르메니아어
- ☐ 캄보디아어
- ☐ 몽족어
- ☐ 미엔어
- ☐ 필리핀어
- ☐ 중국어
- ☐ 일본어
- ☐ 푼자비어
- ☐ 태국어
- ☐ 페르시아어
- ☐ 한국어
- ☐ 러시아어
- ☐ 우크라이나어
- ☐ 힌두어
- ☐ 라오스어
- ☐ 스페인어
- ☐ 베트남어

현재 캘리포니아 인증 기관, 이사회 또는 위원회에서 인증, 면허 또는 등록을 받았습니까?*

◯ 아니오 ◯ 예

예를 선택하셨다면, 해당되는 모든 것을 선택하십시오:

- ☐ 행동 과학 위원회
- ☐ 심리학 위원회
- ☐ 캘리포니아 직업 치료 위원회
- ☐ 캘리포니아 등록 간호 위원회 캘리포니아 교사 자격 인증 위원회
- ☐ 캘리포니아 의료 위원회
- ☐ 캘리포니아 주 약국 위원회
- ☐ 보건진료 서비스부
- ☐ 캘리포니아 치과 위원회
- ☐ 캘리포니아 접골 의료 위원회
- ☐ 캘리포니아 물리 치료 위원회
- ☐ 의사 보조 위원회
- ☐ 언어 병리학 및 청각학 및 보청기 위원회
- ☐ 기타

자격증, 면허증 또는 등록증 번호*

D자격증, 면허증 또는 등록증 발행일*

해당되는 경우, 국가 의료 진료자 신분 번호(NPI):

NPI는 의료 서비스 제공자를 위한 10자리 숫자로 된 번호입니다. NPI는 연방 정부에서 의료 서비스 제공자에게 발급합니다

미국 또는 해외의 소외 지역 또는 소외 그룹을 위해 자원봉사를 하거나 일한 적이 있습니까?*

◯ 아니오 ◯ 예

장학금 프로그램 확인

다음 직업을 위한 프로그램에 등록했거나 합격한 경우:*

학교 또는 프로그램 이름*

학교 또는 프로그램 유형*

학교 주소

거리 주소*

시* 주*

우편번호*

현재 등록되어 있거나 입학을 승인받았습니까?*

◯ 아니오 ◯ 예

졸업 후 0~25세 어린이와 청소년을 대상으로 봉사할 계획이 있습니까?*

◯ 아니오 ◯ 예

장학금 프로그램 인증(SPV) 양식을 다운로드하여 인쇄하십시오. 이 양식은 여러분의 프로그램 감독 또는 적절한 지정인이 작성하고 서명해야 합니다. 작성 및 서명이 완료되면, 아래 입력란에 SPV에 제공한 정보를 정확하게 입력합니다. 정보가 SPV와 일치하지 않으면 신청서가 부적격으로 간주됩니다.

주의: SPV 대신 학교에서 보낸 서신은 접수되지 않습니다. 신청서 마지막에 양식을 스캔하여 업로드해야 합니다.

시작일 *

졸업/수료 예정 날짜*

평균 학점 *

현재 등록한 학점 수 *

학점의 유형*

원하는 학위/자격증*

HCAI 장학금 총 학비 양식(HCAI Scholarship Cost of Attendance form)을 사용하여교육 비용을 계산하고 아래에 총 금액을 입력하십시오. 이것은 수업료, 도서, 수수료,학용품, 임상 비용, 숙식비(학교의 밖에 있는 숙소 및 식료품 포함), 가족 돌봄 비용등을포함하는 1년간의 학교 생활에 대한 비용입니다. 신청의 마지막에 서류를 업로드해야합니다.

총 학비*

고용 이력

가장 최근의 고용주부터 의료 관련 업무 경력을 입력하십시오.

고용주 1 이름*

직책*

I현재 이 곳에서 근무합니다*

◯ 아니오 ◯ 예

거리 주소*

시* 주*

우편번호* 국가 *

고용 상태*

고용주 2 이름*

직책*

I현재 이 곳에서 근무합니다*

◯ 아니오 ◯ 예

거리 주소*

시* 주*

우편번호* 국가 *

고용 상태*

고용주 3 이름*

직책*

현재 이 곳에서 근무합니다*

◯ 아니오 ◯ 예

거리 주소*

시* 주*

우편번호* 국가 *

고용 상태*

고용주 2 이름*

직책*

현재 이 곳에서 근무합니다*

◯ 아니오 ◯ 예

거리 주소*

시* 주*

우편번호* 국가*

고용 상태*

필수 문서

안내에 따라 신청서를 뒷받침할 수 있는 다음 서류를 첨부하십시오. 단지 .doc, .docx, PDF, PNG, 및 JPEG 파일만 허용됩니다.

1. 총 학비
1년간의 관련 비용만 반영된 학업 비용을 업로드합니다. 이 문서는 반드시 학교에서 발급받아야 합니다. 스크린샷은 허용되지 않습니다.

2. 장학금 프로그램 확인(SPV) 양식
작성하고 서명한 SPV 양식(여러분의 프로그램 감독자 또는 적절한 지정인이 서명)을
업로드합니다. 장학금 프로그램 확인 페이지에 있는 양식을 사용하거나 다음 링크를사용하여 SPV 견본을 다운로드할 수 있습니다.

3. 이해의 충돌에 관한 서신
귀하 또는 귀하의 현재 또는 이전 캘리포니아 주정부 고용주가 Department of Health Care Access and Information (HCAI)와 이해의 충돌이 없음을나타내는 서신을 업로드하십시오. 서신 견본을 참조하십시오.

4. 낙태 교육 증명서
낙태 교육 수료 증명하는 인증서를 업로드하십시오. 교육 수료증/서류가 두 개 이상 있는 경우 모두 하나의 파일에 넣어 업로드하십시오.

자격증

본인은 이 신청서의 모든 정보가 본인이 아는 한 사실이며 정확함을 증명합니다.
본인은 Department of Health Care Access and Information (HCAI)가 본 신청서의 일부로 제출된 모든 정보를 확인하도록 승인합니다. 본인은 신청서에 포함된 정보를 거짓으로 작성할 경우 신청 자격이 박탈됨을 이해합니다. 본인은 보조금을 수령한 후 거짓 정보가 발견되거나 보조금 계약을 위반하는 경우, 수여된 모든 자금과 이자 및 관리 수수료를 상환해야 함을 이해합니다. 본인은 제출된 신청서 및 증빙 서류가 HCAI의 자산이 됨을 이해합니다.
본인은 장학금을 수여받는 경우, 아래 약관에 동의한다는 것을 이해합니다:

1. 모든 서신을 적시에 반환합니다.
2. 보조금 계약서에 서명합니다. 본인은 Department of Health Care Access and Information (HCAI)와의 보조금 계약에 서명할 것입니다.
3. 요청이 있을 경우, 재학한 각 대학(또는 고등학교가 최종학력인 경우 고등학교)에 대한 졸업일 확인서(GDV) 양식을 제출합니다.
4. 졸업할 때까지 최소 2.0의 평균학점을 유지합니다.
5. 프로그램 수료 시까지 학기당 최소 6학점 이상 또는 이에 상응하는 학점을 등록해야 합니다.
6. 졸업하면, 프로그램 요건을 충족했음을 증명하는 GDV 양식을 작성하고 서명하여 제출합니다.
7. 요청이 있을 경우, 상사가 서명한 진행 보고서를 제출하여 여러분이 일하고 있다는 것과 프로그램 요건을 충족하고 있다는 것을 확인합니다.
8. 졸업 후 적격한 시설에 취업합니다. 프로그램 지원서에 구체적으로 명시된 유형의 시설이어야 합니다.
9. 12개월 동안(졸업 후 적격 시설에 취업한 후) 직접 환자 치료를 제공합니다(주당 최소 32시간).
10. 주소, 이메일, 전화번호, 고용 및 휴직에 대한 변경 사항이 있을 경우 30일 이내에 HCAI에 알립니다.
11. 이 기간과 겹치는 계약을 이행해야 하는 다른 HCAI 프로그램을 포함하여 다른 기관과의 다른 수혜를 받아들이지 마십시오.
12. 지원금 계약 조건을 준수하지 않을 경우, 완료하지 못한 의무 봉사의 개월 수에 해당하는 금액을, 수령한 지원금과 이자를 포함하여 위반으로 인해 HCAI 및 캘리포니아 주가 입은 손해에 대한 배상금을 상환해야 합니다.

☐ 동의합니다

본인은 전자 서명에

오늘 날짜