



<b>APPLICATION FOR RACF ADMISSION</b> (양로원) 입주 신청서		
Date of Application 신청일		<input type="checkbox"/> Urgent 긴급 <input type="checkbox"/> Non-urgent 일반
Reason for urgent application 긴급 신청 이유		
You would like to apply for 입주 신청 양로원	Asquith RACF 애스퀴스 양로원 461- 473 Pacific Highway, Asquith NSW 2077	
Please provide a copy of the following documents together with this application. 신청 서류와 함께 아래 서류도 제출해 주십시오		
<input type="checkbox"/> 1. Aged Care Client Record/ Support Plan 에이지드 케어 고객 기록/ 서포트 플랜 <input type="checkbox"/> 2. Income & Assets Assessment Outcome 수입과 자산 평가 결과 <input type="checkbox"/> 3. Pension Card/ Veteran Card (if applicable) 연금 카드/ 재향 군인 카드 (해당되는 경우) <input type="checkbox"/> 4. Enduring Guardian/ other legal document (if applicable) 후견인/기타 법적 문서 (해당되는 경우)		

<b>Applicant Details</b> 신청인 상세 정보	<input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mrs <input type="checkbox"/> Ms <input type="checkbox"/> Other 기타		
Gender 성별	<input type="checkbox"/> Male 남 <input type="checkbox"/> Female 여 <input type="checkbox"/> Other 기타		
Surname 성 (영문 성)		Given Name 이름(영문 이름)	
Korean Name 한글 이름		Home Phone 자택 번호	
		Mobile Phone 핸드폰 번호	
Address 주소			
Date of Birth 생년월일		Place of Birth 출생지역	
Year in Australia 호주 거주 기간		Religion 종교	
Australian Residency Status 호주 거주 상황	<input type="checkbox"/> Citizen 시민권자 <input type="checkbox"/> Permanent Resident 영주권자 <input type="checkbox"/> Other, please specify 기타, 상세히 적어 주세요		
Marital Status 결혼 상황	<input type="checkbox"/> Married 기혼 <input type="checkbox"/> Widowed 사별 <input type="checkbox"/> Separated 별거 <input type="checkbox"/> Divorced 이혼 <input type="checkbox"/> Single 독신		
Email Address 이메일 주소		Language Spoken 사용하는 언어	
Pension Card Number 연금(펜션) 카드 번호		Expiry Date 만료일	
Pension Type 연금 종류 (E.g. Aged Pension 노인 연금 Disability Pension 장애인 연금)			
Financial Situation 재정 상황	<input type="checkbox"/> Full Pensioner 전액 연금 수령자 <input type="checkbox"/> Part Pensioner 부분 연금 수령자 <input type="checkbox"/> Others, please specify 기타, 상세히 적어 주세요		

<b>Contact Person of this Application</b> 해당 신청 관련 연락할 사람		<input type="checkbox"/> As above 상기와 같음	
<b>Other Contact Person</b> 본인 외 연락할 사람 (1)		Relationship to applicant 신청인과의 관계	
<input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mrs <input type="checkbox"/> Ms <input type="checkbox"/> Other 기타			
Surname 성 (영문 성)		Given Name 이름 (영문 이름)	
Korean Name 한글 이름		Home Phone 자택 번호	
		Mobile Phone 핸드폰 번호	
Address 주소			
Email Address 이메일 주소			
<b>Other Contact Person</b> 본인 외 연락할 사람 (2)		Relationship to applicant 신청인과의 관계	
<input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mrs <input type="checkbox"/> Ms <input type="checkbox"/> Other 기타			
Surname 성 (영문 성)		Given Name 이름 (영문 이름)	
Korean Name 한글 이름		Home Phone 자택 번호	
		Mobile Phone 핸드폰 번호	
Address 주소			
Email Address 이메일 주소			

<b>GP &amp; Health Fund Details</b> 가정의 및 의료 보험 관련 정보			
GP's Name 가정의 이름		Phone No. 전화 번호	
Address 주소			
Medicare Card number 메디케어 카드 번호		Expiry Date 만료일	
Private Health Fund 개인 의료 보험		<input type="checkbox"/> Yes 예	
		<input type="checkbox"/> No 아니요	
		Company 회사	
		Membership No. 회원 번호	

<b>Other Personal Information</b> 기타 개인 정보	
What formal services are you receiving? 현재 받고 있는 서비스	<input type="checkbox"/> Home Care Package, Level 홈케어 패키지 레벨 Provider 서비스 제공 업체 CHSP 연방정부 홈 서포트 프로그램 Provider 서비스 제공 업체 Residential Aged Care Facility 양로원 Provider 서비스 제공 업체 Others, please specify 기타, 상세히 적어 주세요

Who do you currently live with? 현재 거주 상황	<input type="checkbox"/> Alone 혼자 <input type="checkbox"/> Spouse/Partner 배우자/ 파트너 <input type="checkbox"/> Children 자녀 <input type="checkbox"/> Others, please specify 기타, 자세한 설명 요함	
Do you fully or partly own a property? 부동산 소유 상황	<input type="checkbox"/> Fully Owned 단독 소유 <input type="checkbox"/> Jointly/ Partly Owned 부분 소유 <input type="checkbox"/> Do not own any property 부동산 없음	
How are you related to CASS? 카스와의 관계	<input type="checkbox"/> Existing service user 카스 고객 Service type 서비스 유형 <input type="checkbox"/> CASS volunteer 카스 자원봉사자 <input type="checkbox"/> CASS Board Member 카스 이사진 멤버 <input type="checkbox"/> CASS Staff Members 카스 직원 <input type="checkbox"/> Others, please specify 기타, 자세한 설명 요함 <input type="checkbox"/> No relationship 이해관계 없음	
If you would like to provide more information about yourself, e.g., your care needs, financial contribution, community contribution, etc, please provide details below. 신청인 서비스와 관련, 더 필요한 요청 사항이 있을 경우 자세히 설명해 주십시오. 예를 들어 돌보는데 필요한 요구 사항, 기부금, 지역사회 기여 등.		
<b>Signature 서명</b>		
Name of Applicant 신청인 이름	Signature 서명	Date 날짜
Name (Authorised Representative) 이름 (대리인)	Signature 서명	Date 날짜
<b>How to apply 신청 방법</b>		
By email 이메일: racf@casscare.org.au	By post 우편: CASS Residential Aged Care Facility 67-75 Fifth Avenue, Campsie NSW 2194	Enquiry 문의: 02 9063 8808 02 9063 8800

