

사회보장국 (Social Security Administration)

사회보장 카드 신청요령

사회보장 카드 신청은 무료입니다!

이 신청요령을 이용하여 신청할 수 있는 것은:

- 원본 사회보장 카드
- 대체 사회보장 카드 (동일한 성명 및 번호)
- 정정 사회보장 카드 (성명 변경 및 동일번호)

중요사항: 저희가 신청서를 처리 하려면 귀하는 필요한 증거를 제시하여야 합니다. 아래의 설명에 따라 저희가 필요로 하는 정보 및 증거를 제시하십시오.

- 1 단계** 이 신청서의 설명을 읽어 주십시오. 증거로 제시되는 서류와 신청서 작성방법 그리고 제출 방법에 대한 중요한 정보가 담겨져 있습니다.
- 2 단계** 청색 또는 흑색 잉크를 사용하여 신청서를 기재하고 서명하십시오. 연필이나 다른 색 잉크를 사용하지 마시고 읽기 좋은 활자체로 쓰십시오. 웹사이트에서 신청서를 인쇄하려면 8½ 인치 X 11인치 흰색용지를 사용 하셔야 합니다.(미국외 거주자로 규격 용지를 구할수 없는 경우는 A4 사이즈 (8.25인치 X 11.7 인치)만이 대체용지로 사용 할 수 있습니다.
- 3 단계** 작성이 완성되고 서명한 신청서를, 요구되어진 모든 증거서류와 함께 사회보장 사무소에 제출 하십시오.

이 신청서의 제출방법

대부분의 경우, 우편이나 직접신청을 통해 신청서를 증거서류와 함께 사회보장 사무소에 제출 할 수 있습니다. 만일 귀하가 사회보장 카드 센터 관할 지역 거주자이면 사회보장에 관계되는 모든 일을 위해 직접방문을 하셔야 할 수도 있습니다. 증거서류는 반환됩니다.

중요사항: 귀하가 12세 이상이고 이전에 번호를 배정 받은 적이 한번도 없는 경우라면 직접 신청해야만 합니다.

이 서식 또는 저희가 필요로 하는 서류에 관해 질문이 있는 경우, 저희 웹사이트 www.socialsecurity.gov를 방문 하십시오. 저희 웹사이트를 방문하시면 카드를 신청하거나 기록상의 정보를 변경하는데 필요한 모든 것을 도와 드릴것 입니다. 또한 사회보장 수신자 부담 1-800-772-1213번으로 전화 하거나 지역 사회보장 사무소에 연락 하십시오. 거주지역의 가까운 사무소 또는 사회보장 카드 센터를 지역 전화번호부 또는 저희 웹사이트에서 찾을 수 있습니다.

귀하의 사회보장 번호와 카드를 보호 하십시오

귀하의 사회보장 카드와 번호를 분실과 신분도용으로 부터 보호 하십시오. 카드를 소지하고 다니지 마십시오. 카드를 꼭 보여주어야 하는 경우가 아니라면 안전한 장소에 보관 하십시오. 그 예로, 취업시, 은행 계좌를 열때, 특정 정부관련 기관으로 부터 수혜혜택을 받으려 할때 입니다. 다른 사람이 본인의 사회보장 번호를 사용하지 않게 하십시오.

귀하의 증거서류에 관하여

신청하는 종류에 따라 저희가 요구하는 서류를 제공 하셔야 합니다. 그런 경우, 서류 발행기관을 확인해야 할 수도 있습니다. 서류가 요건에 부합하지 않으면, 저희는 귀하의 신청을 처리 할수 없습니다.

- 서류 원본 또는 기록 관리인이 인증한 사본을 필요로 합니다. 서류는 확인된후 반환됩니다.
- 서류의 복사본 또는 공증 사본을 인정할 수 없습니다.
- 3 페이지의 “필요로 하는 서류” 항을 참고 하십시오.

원본 카드: 최초의 카드를 신청하려면, 연령, 신분 그리고 미국 시민권 또는 합법적인 외국인 자격을 증거로 최소한 2개의 서류를 제시 하셔야 합니다. 만일 미국 시민이 아니거나 합법적인 외국인 자격없는데 무노동 카드를 신청하면 그 정당한 이유를 반드시 증명 하셔야 합니다. (2 페이지 3번 항목의 “신청서의 작성 방법”을 참고 하십시오.

대체 카드: 대체 카드를 신청하려면, **신분**을 증명 하셔야 합니다(3페이지의 “**신분**”란을 참고 하십시오). 만일 미국이외의 지역에서 출생한 경우, 시민권 또는 합법적 외국인 자격을 증명 하셔야 합니다.

내용 정정: 카드의 내용, 기록 정정(예, 성명 변경이나 출생일 정정)을 하려면 귀하의 **신분과 변경을 하게된 이유와 그것을 보조 할수 있는 서류(예, 출생지와 날짜가 정정된 출생 증명서)**를 증거로 제시 하셔야 합니다. 성명 정정 서류(예, 결혼 서류)는 귀하의 예전 성명과 새 성명을 반드시 확인 할수 있어야 합니다. 요구된 서류에 확인할수 있는 내용이 충분치 않으면(3페이지의 “신분”항 참고) 저희는 귀하의 예전 성명과 법적 새성명을 성명변경의 가외의 확인서류로 요구 할것 입니다. 만일 미국이외의 지역에서 출생한 경우, **시민권 또는 합법적 외국인 자격을 증명 하셔야 합니다.**

대체 사회보장 카드(SSN) 수의 한도

공공법 108-458은 대체사회보장 카드(SSN)수의 한도를 한해에는 3번까지 그리고 평생동안에 10번까지 수령할수 있음을 부과합니다. 이 한도에는, 사회보장국은 법명 변경(예로, 이름이나 성) 또는 사회보장 카드 쓰여진 제한된 문자의 변경(그예로, DHS(국토 안보부)의 유효 노동허가나 무효 노동)은 그 한도수에 계산 하지 않습니다. 가외로, 귀하가 사회보장 카드가 이 한도수 보다 더 필요하다는 증거를 제시하면 사례별로 예외로 다루어 집니다.(그예로, 사회봉사 기관에서 혜택을 위해 사회보장 번호(SSN)를 반드시 보여줘야 한다는 내용이 담겨진 서신).

이 신청서의 작성방법

신청서 내용의 대부분은 이해하기 쉽게 되어져 있습니다. 필요한 분들을 위한 설명이 아래에 나와 있습니다. 그 숫자들은 서식의 각 항목별 숫자와 일치 합니다. 다른 사람을 위하여 이 양식을 대리작성 하는 경우에는 그 신청자에게 맞게 항목들을 작성 하십시오.

2. 지금부터 10일에서 14일후에 귀하의 카드를 받을 수 있는 주소를 명기하세요.
3. 귀하가 “노동을 할 자격이 **없는** 합법적 외국인” 난을 체크하는 경우, 사회보장 번호를 필요로 하는 이유와 미국 정부 혜택을 위한 모든 요건을 충족한다는 미연방정부, 주정부 또는 지방정부기관으로 부터 발행된 서류를 반드시 제시 해야 합니다. 주의: 모든 미주정부나 지방혜택이 무노동 번호용도로 발행된것을 인정 하지는 않습니다. 귀하의 신청이유가 적합한지를 알아 보려면 사회보장국으로 문의 하십시오.
귀하가 “그 밖의” 네모칸안에 체크하는 경우, 사회보장 번호가 필요한 이유와 번호를 제외한 연방정부 혜택을 위한 모든 요건을 충족한다는 것을 설명하는 미정부 기관으로 부터의 서류를 반드시 제시 하셔야 합니다.
5. 종족/인종에 관한 정보의 제공은 자발적인 것입니다. 하지만, 귀하가 저희에게 이 정보를 주는 것은 사회보장 프로그램들이 사람들에게 어떤 영향을 주는지에 관한 통계보고의 작성에 도움이 됩니다. 저희는 개인의 인적사항을 공개하지 않습니다.
6. 출생한 달, 일자, 그리고 (네 자리 숫자) 연도전체, 예를 들어, 출생연도 “1998”을 명기하세요.
- 8.B. 귀하가 18세 이하의 자녀를 위한 **최초**의 사회보장 카드를 신청하는 경우에만, 모친의 사회보장 번호를 **반드시** 명기해야 합니다. 모친이 번호를 배정 받은적이 전혀 없거나 또는 귀하가 모친의 번호를 모르고 그것을 취득 할수 없는 경우, 이 항목을 공백으로 남겨둘 수도 있습니다.저희는 여전히18세 이하인 그 자녀에게 번호를 배정할 수 있습니다.
- 9.B. 귀하가 18세 이하의 자녀를 위한 **최초**의 사회보장 카드를 신청하는 경우에만, 부친의 사회보장 번호를 **반드시** 명기해야 합니다. 부친이 번호가 없거나 또는 귀하가 부친의 번호를 모르는 경우, 이 항목을 공백으로 남겨둘 수도 있습니다.저희는 여전히18세 이하인 그 자녀에게 번호를 배정할 수 있습니다.
13. 귀하가 6 항목에 명기한 생년월일이 과거에 사회보장 카드 신청서에 귀하가 사용한 생년월일과 다를 경우, 과거의 카드 신청서에 사용한 다른 생년월일을 기입하고 6 항목의 생년월일을 보조할 수 있는 연령의 증거를 제출하세요.
16. 귀하가 18세 이상의 연령이면, 귀하는 신청서에 **반드시 서명 해야 합니다.** 만일 귀하가18세 이하 이면 부모 또는 법적 후견인이 서명할 수 있습니다. 귀하가 육체적 또는 정신적으로 신청서에 서명할 수 없는 경우, 일반적으로 부모, 가까운 친척 또는 법적 후견인이 신청서에 서명할 수도 있습니다 귀하가 성명을 서명 할수 없는 경우 “X” 표시로 서명을 하고 그 표시 옆의 공백에 두 사람을 증인으로 서명하게 해야 합니다. 서명난에 어떤 추가정보를 기입을 하는것은 신청서를 무효화 시키는 것으로 보여 질수 있으니 귀하의 서명을 고치지 마십시오. 누가 서명할 수 있는지에 관한 설명이 필요하면 우리에게 연락하세요.(3페이지 “신분” 의 증거에 있는 “중요사항”란을 참고 하십시오.

저희가 필요로 하는 서류

아래의 목록들이 모든 서류 포함하고 있지는 않습니다. 하지만, 저희가 보아야 할 서류종류의 예를 제공하고 있습니다. **1 페이지에 있는 모든 서류가 “증거서류”아래에 쓰여진 서류들로 검토 되려면 반드시 조건에 부합해야 합니다.** 질문사항이나 추가서류들에 대해 문의가 있다면 1 페이지의 “귀하께서 질문이 있다면” 를 참고 하십시오. 저희가 **인정할 수 있는** 일부 다른 서류에는:

연령: 일반적으로, 저희는 귀하의 출생증명서를 보아야만 합니다. 어떤 경우에는, 귀하의 연령을 증명하는 다른 서류를 인정할 수 있습니다. 저희가 인정할 수 있는 일부 다른 서류에는:

- 귀하의 출생에 관한 미병원기록(출생 시에 작성된)
 - 귀하가 다섯살이 되기 전에 작성되고 귀하의 연령과 출생일이 기록된 세례 기록
 - 여권
 - 최종입양 판결문(입양 판결문에는 출생증명서 원본에 명시된 생일이 인용되었음이 명기되어야 합니다)
- 이들 서류중 하나를 취득 할수 없을때, 저희에게 연락하여 자문을 받으십시오.

신분: 저희는 귀하의 법적 성명을 신분의 증거로 반드시 확인 해야 합니다. 귀하의 법적 성명은 사회보장 카드에 나와 있습니다. 일반적으로, 저희는 출생정보를 제공하는 (출생일, 연령또는 부모성명) 그리고/또는 신체 정보(사진, 또는 신체 설명—키높이, 눈과 머리 색깔, 기타 등등)와 귀하의 법적 성명이 반드시 나와져 있는 신분 확립을 위해 제출된 미국발행에서 발행되어진 서류를 선호합니다. 가외로, 만일 사진 확인 서류를 송부하고 직접방문치 않으면 그 서류는 귀하의 출생 정보(예로, 출생일, 연령 또는 부모 성명)가 반드시 나와져 있어야 합니다. 귀하의 사회 보장 카드와 번호를 보호 하기위한 확인 서류는 반드시 최근에 발행된 것이어야만 합니다.

반드시 확인 해야할 귀하의 신분 서류:

- 미운전 면허증; 또는
- 미 주정부 발행 신분 확인 카드; 또는
- 미국 여권

만일 이들 서류중 어느 하나도 소지하고 있지 않거나 10일내에 대체할수 없는 경우라면, 미군인 신분 카드나 귀화 증명서 또는 고용자 신분 카드를 다른 서류들로서 인정 할수도 있습니다. 어린이들인 경우, 의료기관에 보존된 의료 기록들(진료소, 의사 또는 병원)을 인정 할 수 있습니다. 또한 입양 판결문이나 학교 신분 카드 또는 학교에 보존된 학교기록을 인정 할 수 있습니다. 만일 미국 시민이 아니라면, 귀하의 최근 이민 서류 그리고 출생정보가 들어 있는 외국 여권이나 사진을 반드시 확인해야 합니다.

출생 증명서, 병원출생기념 증명서, 사회보장 카드나 카드의 반쪽 또는 사회보장 기록을 신분의 증거로 인정 할수 없습니다.

중요사항 : 만일 귀하가 다른사람을 대신하여 카드를 대리 신청하는 경우라면, 귀하가 다른 사람을 위해 신청서에 서명할수 있는 권한을 확인 할 수 있는 증거를 반드시 제시 해야 합니다. (예로, 어린이 출생 증명서가 부모가 어린이를 대신해서 서명할수 있는 권한의 확립). 그외에, 귀하의 신분과 카드가 발행되는 사람 둘다의 신분 증빙으로 다른 서류를 확인해야만 합니다.

미국 시민권: 일반적으로, 귀하의 미국 출생 증명서나 미국 여권을 인정 합니다. 다른 서류로는 미국 영사관 출생보고서, 미국 시민권 또는 귀화 증명서를 인정 할 수 있습니다.

이민 신분: 저희는 귀하의 이민 신분을 나타내는 서식 1-551, 1-94, 1-688B 또는 1-766 등 미국 국토 국토안보부(Department of Homeland Security:DHS)에서 최근에 발행된 서류를 보아야 합니다. 저희는 귀하가 그 서류를 신청했음을 증명하는 영수증을 인정할 수 없습니다. 귀하가 미국에서 노동할 권한이 없는 경우, 저희는 노동이외의 유효한 이유로 번호를 필요로 하는 경우에 사회보장 카드를 발급할 수 있습니다. (2 페이지 3항목의 ”신청서의 작성 방법”을 참조하십시오.) 귀하의 카드에는 귀하가 노동할 수 없다는 표시가 적힐 것입니다. 귀하가 노동을 하면, 저희는 DHS에 통보할 것입니다.

서류작성/사생활 보호법(Privacy Act) 및 귀하의 신청서

1974년의 사생활보호법은 사회보장 번호를 신청하는 각자에게 다음 사항을 통보할 것을 저희에게 의무화합니다.

사회보장법(Social Security Act) 제 205(c)조와 제 702조는 이 서식에서 저희가 요구하는 사실들을 저희가 수집하는 것을 허용합니다.

저희는 귀하가 이 서식에서 제공하는 사실들을 귀하에게 사회보장 번호를 배정하고 사회보장 카드를 발행하는데 사용합니다. 귀하는 우리에게 이 사실들을 내놓을 필요는 없습니다. 하지만, 그것들이 없으면 우리는 귀하에게 사회보장 번호 또는 카드를 발급할 수 없습니다. 번호가 없으면, 귀하는 취업을 하지 못할 수도 있으며, 장차 사회보장 혜택을 상실할 수도 있습니다.

사회보장 번호는 또한 국세청(Internal Revenue Service)에 신고되는 소득을 가진 사람들의 소득세 신고를 처리함에 있어 국세청이 조세행정목적의 신원확인수단으로도 이용되며, 그리고 다른 사람의 연방 소득신고 상에 피부양자로 청구하는 사람들이 이용합니다.

사회보장 프로그램들을 운영하는데 필요하면 저희는 정보를 공개할 수도 있는데, 그 대상에 포함되는 것은 사회보장법 위반의 혐의를 수사하는 관계 법 집행 기관들; 부동산소유, 건강 및 서민 의료보조(Medicaid), 노년 의료보장(Medicare), 퇴역군인 보조금, 군 연금 및 공무원 복지, 흑폐증, 주택지원, 학생대출, 철도퇴직연금 및 식량 카드를 운영하는 기타의 정부 기관들; 연방조세운영을 위한 국세청; 그리고 임금 신고서를 정상적으로 작성하기 위한 고용주 및 이전의 고용주. 저희는 또한 연방법률이 요구하는 바에 따라 정보를 공개할 수도 있는데, 예를 들면, 미국내의 외국인을 식별하고 소재파악을 하기 위한 국토안보부 (Department of Homeland Security); 모병 등록을 위한 선발모병청 (Selective Service System); 그리고 아동부양 강행 목적의 보건인간복지부 (Department of Health and Human Services)가 있습니다. 우리는 사회보장법이 허용하는 바에 따라 운전면허 발행에 이 번호를 사용하는 주의 자동차 관련 기관들을 위하여 사회보장 번호를 확인해 줄 수도 있습니다. 끝으로, 귀하 소속지역 국회의원이 귀하가 제기하는 질문에 답하기 위한 정보를 요청하는 경우 정보를 공개할 수도 있습니다.

우리는 컴퓨터로 기록을 대조할 때 귀하가 우리에게 준 정보를 사용할 수도 있습니다. 대조 프로그램들은 우리의 기록을 다른 연방, 주 및 지방 정부 기관들의 기록과 비교하여, 어떤 사람이 연방정부가 지급하는 혜택을 받을 자격이 있는지를 확인합니다. 귀하가 이에 동의하지 않는다 하더라도, 법은 우리가 이렇게 하는 것을 허용합니다.

귀하가 제공하는 정보를 저희가 왜 사용하거나 내 줄 수 있는지에 관한 이런 이유 등에 관한 설명은 사회보장 사무소에서 알아 볼 수 있습니다. 귀하가 이에 관해 더 많은 것을 알고 싶은 경우, 사회보장 사무소에 연락하십시오.

이 정보수집은, 1995년의 서류작성 간소화 법 (Paperwork Reduction Act of 1995) 제2조로 개정된, 44 U.S.C. §3507의 요건을 충족합니다. 저희가 관리예산청 (Office of Management and Budget)이 정한 유효한 통제번호를 게시하지 않으면, 귀하는 이들 질문에 답변할 필요가 없습니다. 설명서를 읽고 사실을 파악하고 이들 질문에 답하는데 약 8.5 분 내지 9.5분이 걸릴 것으로 우리는 추산합니다. **저희가 추정한 소요 시간에 대하여 의견이 있는 경우, 귀하는 당해 의견을 다음 주소로 보낼 수 있습니다: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. 이 주소로는 오직 우리가 추정한 소요 시간에 관한 의견만을 보내 주십시오. 작성된 서식은 이 주소로 보내는 것이 아닙니다.**

지역사회보장 사무소로 작성된 서식을 우편송부 또는 직접 가지고 가십시오. 그 사무소는 귀하의 전화 번호부, 미국정부 기관난에 수록되어 있습니다. 또는 사회보장 1-800-772-1213 번으로 전화 하실 수 있습니다. 또한 귀하 거주지역 가까운 사회보장 사무소를 인터넷 <http://www.socialsecurity.gov>를 찾을 수 있습니다.

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION

Application for a Social Security Card

Form Approved
OMB No. 0960-0066

1	NAME _____ <small>TO BE SHOWN ON CARD</small>	First	Full Middle Name	Last							
	FULL NAME AT BIRTH IF OTHER THAN ABOVE	First	Full Middle Name	Last							
	OTHER NAMES USED										
2	MAILING ADDRESS _____ <small>Do Not Abbreviate</small>	Street Address, Apt. No., PO Box, Rural Route No.									
		City	State	ZIP Code							
3	CITIZENSHIP _____ <small>(Check One)</small>	<input type="checkbox"/> U.S. Citizen	<input type="checkbox"/> Legal Alien Allowed To Work	<input type="checkbox"/> Legal Alien Not Allowed To Work (See Instructions On Page 2)	<input type="checkbox"/> Other (See Instructions On Page 2)						
4	SEX _____	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female								
5	RACE/ETHNIC DESCRIPTION _____ <small>(Check One Only - Voluntary)</small>	<input type="checkbox"/> Asian, Asian-American or Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Hispanic	<input type="checkbox"/> Black (Not Hispanic)	<input type="checkbox"/> North American Indian or Alaskan Native	<input type="checkbox"/> White (Not Hispanic)					
6	DATE OF BIRTH _____ <small>Month, Day, Year</small>	7	PLACE OF BIRTH _____ <small>(Do Not Abbreviate) City State or Foreign Country</small>		<small>Office Use Only</small>						
8	A. MOTHER'S NAME AT HER BIRTH _____	First	Full Middle Name	Last Name At Her Birth							
	B. MOTHER'S SOCIAL SECURITY NUMBER (See instructions for 8B on Page 2) _____		<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:15%; border:none;"> _ _ </td> <td style="width:15%; border:none;">- _ _ </td> <td style="width:15%; border:none;">- _ _ </td> <td style="width:15%; border:none;"> _ _ </td> <td style="width:15%; border:none;"> _ _ </td> <td style="width:15%; border:none;"> _ _ </td> </tr> </table>				_ _	- _ _	- _ _	_ _	_ _
_ _	- _ _	- _ _	_ _	_ _	_ _						
9	A. FATHER'S NAME _____	First	Full Middle Name	Last							
	B. FATHER'S SOCIAL SECURITY NUMBER (See instructions for 9B on Page 2) _____		<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:15%; border:none;"> _ _ </td> <td style="width:15%; border:none;">- _ _ </td> <td style="width:15%; border:none;">- _ _ </td> <td style="width:15%; border:none;"> _ _ </td> <td style="width:15%; border:none;"> _ _ </td> <td style="width:15%; border:none;"> _ _ </td> </tr> </table>				_ _	- _ _	- _ _	_ _	_ _
_ _	- _ _	- _ _	_ _	_ _	_ _						
10	Has the applicant or anyone acting on his/her behalf ever filed for or received a Social Security number card before? <input type="checkbox"/> Yes (If "yes", answer questions 11-13.) <input type="checkbox"/> No (If "no," go on to question 14.) <input type="checkbox"/> Don't Know (If "don't know," go on to question 14.)										
11	Enter the Social Security number previously assigned to the person listed in item 1. _____	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:15%; border:none;"> _ _ </td> <td style="width:15%; border:none;">- _ _ </td> <td style="width:15%; border:none;">- _ _ </td> <td style="width:15%; border:none;"> _ _ </td> <td style="width:15%; border:none;"> _ _ </td> <td style="width:15%; border:none;"> _ _ </td> </tr> </table>				_ _	- _ _	- _ _	_ _	_ _	_ _
_ _	- _ _	- _ _	_ _	_ _	_ _						
12	Enter the name shown on the most recent Social Security card issued for the person listed in item 1. _____	First	Middle Name	Last							
13	Enter any different date of birth if used on an earlier application for a card. _____	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:15%; border:none;"> _ _ </td> <td style="width:15%; border:none;">- _ _ </td> <td style="width:15%; border:none;">- _ _ </td> <td style="width:15%; border:none;"> _ _ </td> <td style="width:15%; border:none;"> _ _ </td> <td style="width:15%; border:none;"> _ _ </td> </tr> </table>				_ _	- _ _	- _ _	_ _	_ _	_ _
_ _	- _ _	- _ _	_ _	_ _	_ _						
14	TODAY'S DATE _____ <small>Month, Day, Year</small>	15	DAYTIME PHONE NUMBER () - _____ <small>Area Code Number</small>								
16	I declare under penalty of perjury that I have examined all the information on this form, and on any accompanying statements or forms, and it is true and correct to the best of my knowledge.		17 YOUR RELATIONSHIP TO THE PERSON IN ITEM 1 IS: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Natural Or Adoptive Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____								
YOUR SIGNATURE _____											
DO NOT WRITE BELOW THIS LINE (FOR SSA USE ONLY)											
NPN		DOC	NTI	CAN		ITV					
PBC	EVI	EVA	EVC	PRA	NWR	DNR	UNIT				
EVIDENCE SUBMITTED				SIGNATURE AND TITLE OF EMPLOYEE(S) REVIEWING EVIDENCE AND/OR CONDUCTING INTERVIEW							
				_____ DATE							
				_____ DATE							