



CHRISTIAN MUTUAL MED-AID
Operated by Logos Missions, Inc.

Application Form

www.cmmlogos.org

Please print using black ink. (인쇄체로 검은 잉크를 사용하세요) CHECK ONE: (해당란에 ✓ 표시하십시오.) <input type="checkbox"/> ONE UNIT (1인) <input type="checkbox"/> TWO UNITS (2인) <input type="checkbox"/> THREE UNITS (3인 이상)			Introduced by (소개자 이름): _____ <input type="checkbox"/> Friend <input type="checkbox"/> Conference <input type="checkbox"/> Directory <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Newspaper <input type="checkbox"/> Radio/TV
1st (가입자)	Last Name _____ First _____ Middle _____	SELECT DESIRED PROGRAM: (프로그램을 선택하십시오.) <input type="checkbox"/> Gold Plus <input type="checkbox"/> Gold Medi <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze	
	Date of Birth _____ / _____ / _____ Social Security # _____ Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	Address _____ Apt. # _____		
	City _____ State _____ Zip Code _____		
	Cell Phone ☎: _____ Home ☎: _____ Work ☎: _____		
E-mail Address _____			
2nd (배우자)	Last Name _____ First _____ Middle _____	SELECT DESIRED PROGRAM: <input type="checkbox"/> Gold Plus <input type="checkbox"/> Gold Medi <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze	
	Date of Birth _____ / _____ / _____ Social Security # _____ Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
3rd (자녀)	Last Name _____ First _____ Middle _____	SELECT DESIRED PROGRAM: <input type="checkbox"/> Gold Plus <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze	
	Date of Birth _____ / _____ / _____ Social Security # _____ Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	Last Name _____ First _____ Middle _____	SELECT DESIRED PROGRAM: <input type="checkbox"/> Gold Plus <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze	
	Date of Birth _____ / _____ / _____ Social Security # _____ Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	Last Name _____ First _____ Middle _____	SELECT DESIRED PROGRAM: <input type="checkbox"/> Gold Plus <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze	
	Date of Birth _____ / _____ / _____ Social Security # _____ Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

CHRISTIAN MUTUAL MED-AID IS NOT AN INSURANCE PROGRAM. CMM IS A HEALTH CARE SHARING MINISTRY. The first month listed below is your actual membership starting date. This date will not be changed under any circumstance after this form is received by our office. Please read the statements below and sign on the line provided. Your membership will be active the following month provided that this application is received before the 25th day of the month. (기독교의료상조회는 의료보험회사가 아닙니다. 의료비를 서로 나누며 돕는 사역입니다. 회원 가입은 신청서에 귀하가 요청한 달부터 시작되며, 신청서는 가입일의 전달 25일까지 접수되어야 합니다. 이 가입일은 신청서가 사무실에 접수된 이후부터 어떠한 이유로든 변경되지 않습니다.)

All CMM participants will share qualifying medical bills that exceed the ministry's current \$150,000 lifetime limit per(related) diagnosis. (기독교의료상조회 전체 회원은 한 질병당 15만불 이상의 의료비가 나오는 회원의 있을 경우, 초과된 의료비를 전체 회원이 3개월에 한 번씩 나누어 분담합니다.)

I would like my membership to begin the first day of _____ / _____. I have enclosed my first gift of \$ _____.
(Month) (Year) (Amount)

Please make a check payable to **CHRISTIAN MUTUAL MED-AID** and send your application form to the following address:
Christian Mutual Med-Aid, 5235 N. Elston Ave. Chicago, IL 60630

I attend _____	Pastor <input type="checkbox"/> 목사	Elder <input type="checkbox"/> 장로	Deacon <input type="checkbox"/> 권사	Member <input type="checkbox"/> 집사	Member <input type="checkbox"/> 성도
_____	Church Name (출석교회 이름)				
Pastor Name (담임목사) _____	Position (직분) _____				
_____	Tel _____				
Church Address _____	_____				

건강확인서 : Health History

※ 기존 회원들의 보호를 위해 새 가입자는 사실대로 기록해 주셔야 합니다.

아래에 기재된 사항에 이상이 있거나 있었다면 (○)하시고, 그 내용을 아래칸에 기록하여 주시기 바랍니다. Has any person listed received medical attention and/or had surgery done in any hospital or similar institution? Please circle (○) below:						
기존 회원들의 보호를 위해 새 신청자는 사실을 기록해야 합니다. 사실이 아닌 기록을 했을 경우에는 회원 자격이 박탈 될 수도 있습니다. Please record the new member's health history. This documentation serves to protect our present members. If a member provides false statement on this form, this will be cause for immediate termination from Christian Mutual Med-Aid.	본인	배우자	자녀	자녀	자녀	자녀
	PRIMARY	SPOUSE	CHILD	CHILD	CHILD	CHILD
지난 5년간 치료를 받은 일이 있습니까? (정기검진 포함) Has any person listed been treated by a doctor during the past 5 years? (Including annual check-up)	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
고혈압, 당뇨병, 심장병, 뇌졸중 및 혈관 질환, 간염 Diagnosed with high blood pressure, diabetes, heart, vascular disease, hepatitis	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
알레르기, 천식 및 호흡기 관련 질환 Diagnosed with allergy, asthma or respiratory problem	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
관절염, 류마티스, 척추 및 신경계통 관련 질환 등 Diagnosed with arthritis, rheumatoid arthritis, chronic back pain, nerve system etc.	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
눈, 코, 귀, 손, 발 관련 질환 Medical conditions related to eyes, nose, ears, hands, feet	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
위, 간, 대장, 신장 등 장기 관련 질환 Medical conditions related to stomach, liver, colon, kidney etc.	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
갑상선, 각종 종양 및 암 Medical conditions related to thyroid, tumor, cancer etc.	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
부인과 질환 또는 전립선 관련 질환 Medical conditions related to prostate or female reproduction organs	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
선천적 질환 및 기타 다른 질환 Congenital disease and other medical conditions	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
이름 Name	치료일자 Treatment Date	병명 기간 결과 검사 투약 경과 Diagnosis Duration Results Tests Performed Medication Outcome				의사이름, 주소 및 전화번호 Attending Physician's Name, Address and Phone Number

By signing below, I attest that the participating members of my family are Christians by biblical principles. All applying members of my family attend church regularly; all abstain from tobacco; all abstain from the use of drugs illegally; all follow the biblical teaching on the use of alcohol; and all commit to follow the commands of Jesus Christ described in the Bible. I declare that the information on this application is complete and true the best of my knowledge.

(아래에 서명함으로써, 본인(가족)은 성서의 가르침에 따르는 성도임을 증명합니다. 신청한 가족들은 정기적으로 교회에 출석하고, 흡연과 불법 약물 복용, 음주를 하지 않으며 성경적 결혼관을 지니고, 예수 그리스도의 명령을 따라 살아가기로 헌신하였습니다. 본인은 이 신청서에 있는 내용이 모두 완전하고 진실한 것임을 확인합니다.)

Christian Mutual Med-Aid (CMM) acts only as a facilitator to bring together members with resources and desires to help other members with medical costs. I will not bring suit, legal claim or demand of any sort of unpaid medical expenses against Logos Missions, Inc. I understand my false statement on this form (front/back) may be a cause for immediate termination from CMM. I understand I will receive reminders by the 20th of each month for each person in need. I promise to send my gifts for these persons and will pray for them. CMM will receive my monthly gift by the 10th of each month.

(CMM은 의료비를 통해 회원들끼리 서로 돕도록 하는 역할을 수행합니다. 본인은 로고스선교회를 상대로 미지급된 의료비에 대하여 소송이나 법적 청구 및 요구를 하지 않겠습니다. 본인은 신청서(앞/뒷면)를 허위 기재 했을 경우, CMM에 의해 즉각 회원 자격이 취소됨을 받아들입니다. 본인은 회원들의 필요를 위해 매월 20일에 발송되는 회비 안내서를 받는 것에 동의합니다. 본인은 도움이 필요한 이들을 위해 회비를 보내고 기도할 것을 약속합니다. CMM은 매월 10일까지 본인의 회비를 받게 될 것입니다.)

Signature of Primary _____ Date _____

Signature of Spouse _____ Date _____
 (Only if joining at this time)

At the present time your plenty will supply what they need, so that in turn their plenty will supply what you need. Then there will be equality (2 Corinthians 8:14)