

New Member	Re-Join
<input type="checkbox"/> 신규가입	<input type="checkbox"/> 재가입

Membership Join Form

Member ID

Self (본인)	Last Name		First Name		M.I.	Spouse (배우자)	Last Name		First Name		M.I.
	Date of Birth		Sex	Social Security Number			Date of Birth		Sex	Social Security Number	
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	Phone		Email				Phone		Email		
	Select Level (레벨 선택)	<input type="checkbox"/> Gold Plus	<input type="checkbox"/> Gold	<input type="checkbox"/> Silver	<input type="checkbox"/> Bronze		Select Level (레벨 선택)	<input type="checkbox"/> Gold Plus	<input type="checkbox"/> Gold	<input type="checkbox"/> Silver	<input type="checkbox"/> Bronze
Address (주소)	Street					Apt					Attending Church Name (출석교회 이름)
	City		State	Zip code							
Child 1 (자녀)	Under age of 26 (26세 미만)					Child 2 (자녀)	Under age of 26 (26세 미만)				
	Last Name		First Name		M.I.		Last Name		First Name		M.I.
	Date of Birth		Sex	Social Security Number			Date of Birth		Sex	Social Security Number	
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	Phone		Email				Phone		Email		
	Select Level (레벨 선택)	<input type="checkbox"/> Gold Plus	<input type="checkbox"/> Gold	<input type="checkbox"/> Silver	<input type="checkbox"/> Bronze		Select Level (레벨 선택)	<input type="checkbox"/> Gold Plus	<input type="checkbox"/> Gold	<input type="checkbox"/> Silver	<input type="checkbox"/> Bronze
Child 3 (자녀)	Under age of 26 (26세 미만)					Child 4 (자녀)	Under age of 26 (26세 미만)				
	Last Name		First Name		M.I.		Last Name		First Name		M.I.
	Date of Birth		Sex	Social Security Number			Date of Birth		Sex	Social Security Number	
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	Phone		Email				Phone		Email		
	Select Level (레벨 선택)	<input type="checkbox"/> Gold Plus	<input type="checkbox"/> Gold	<input type="checkbox"/> Silver	<input type="checkbox"/> Bronze		Select Level (레벨 선택)	<input type="checkbox"/> Gold Plus	<input type="checkbox"/> Gold	<input type="checkbox"/> Silver	<input type="checkbox"/> Bronze
Referred by (추천인)	<input type="checkbox"/> Member Referral		Name			<input type="checkbox"/> Presentation <input type="checkbox"/> Newspaper <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Radio/TV <input type="checkbox"/> Other					
			MEMBER ID								

Please list and explain any diagnosed illness, treatments, or any prescription medication taken by any member(s) to maintain an illness. Write 'none', if not applicable. (Example: I have been taking medications for my diabetes since 2013)

가입 신청자 중 질병이 있거나 질병 관리를 위해 약을 복용 중이라면 설명을 적어 주시고 해당사항이 없다면 "없음"으로 기록하여 주십시오. (예시: 홍길동은 2013년부터 당뇨병 약 복용)

Please list all treatment(s) and/or diagnostic test(s) that required you to see a doctor (hospital visits) in the last 5 years. Write 'none', if not applicable. (Example-1: I have visited Emergency Room for excessive abdominal pain in May 2016. Example-2: I have been seeing a doctor for regular physical exam every year.

지난 5년동안 병원에서 치료나 검사받은 사항을 모두 기록하여 주시고 해당사항이 없다면 "없음"으로 기록하여 주십시오.

(예시-1: 2016년 5월 심한 복통으로 응급실 방문함)

(예시-2: 매년 건강검진 받음)

Membership Checklist of Understanding (회원 이해 확인서)

Thank you for joining the community of Logos Missions Inc.- Christian Mutual Med-Aid (CMM). Your participation is a covenant to the appreciation Christians have for each other.

로고스선교회 사역에 동참해 주셔서 감사드립니다. 여러분의 참여는 크리스천으로 서로에게 신실하게 참여하겠다는 약속이 동반됩니다.

Please note that you fully understand that Logos Missions Inc. - CMM is a group of Christians who voluntarily assist each other with medical costs according to the CMM Guidelines.

로고스선교회 CMM기독교의료상조회의 가이드라인에 따라 자발적으로 참여하며 서로 의료비를 돕는 크리스천 의료비 나눔 사역이라는 점을 충분히 이해하시기 바랍니다.

CMM is a health care sharing ministry, it is not an insurance, and conveys the command of Galatians 6:2 by sharing one another's medical costs. CMM은 의료보험 회사가 아닙니다. '너희가 짐을 서로 지라. 그리하여 그리스도의 법을 성취하라(갈라디아서 6:2)'는 말씀처럼 성도들이 서로 의료비 나눔을 통해 의료비 걱정을 함께 나누는 그리스도 사랑 실천 기관입니다.

*** Please read and initial each of the following: 다음 각 항목을 읽고 이니셜을 적어주세요.**

1		<p>I understand that CMM is a health care sharing ministry, not a health insurance company, and, as such, that CMM guarantees nothing to its participating members. I further understand that CMM is not approved nor endorsed by the Department of Insurance in my State of residence, and my eligible medical needs are not protected by my State's Guaranty Fund.</p> <p>본인은 기독교의료상조회가 의료보험 회사가 아니며, 의료비 나눔 사역이기 때문에 회원들에게 어떤 보장도 하지 않는다는 것을 이해합니다. 또한 기독교의료상조회는 본인이 거주하는 주의 보험법에 의해 승인받지 않았으며, 따라서 의료비 청구 또는 손실에 대해 해당 주의 개런티 펀드에 의해 보호되지 않음을 이해합니다.</p>
	Initial Here	
2		<p>I understand that the member qualification as a Christian, under the age of 65, I must abstain from tobacco, illegal drugs, improper or unauthorized use of prescription medication or over-the-counter medications, and abuse of alcohol. I also follow the Biblical principles of marriage.</p> <p>본인은 회원 자격 조건이 64세까지의 크리스천이며, 담배, 불법 약물, 처방약과 일반약물의 부적절한 사용을 금하며, 알코올 남용을 하지 않으며, 성경적인 결혼 생활을 해야 함을 이해합니다.</p>
	Initial Here	
3		<p>I understand that I will serve 3 months waiting period at the beginning of my membership. I understand that the entire eligibility of sharing bills will be effective after 3 months waiting period and in the case of bills from illnesses/accidents that requires hospitalization and surgery, the bills will be shared up to the aggregate amount of \$15,000 for its entire treatments. The bills for extreme sports are not eligible for sharing.</p> <p>본인은 회원 가입 후 3개월의 대기 기간이 있으며, 3개월 대기 기간 이후부터 가이드라인에 따른 전체 의료비가 나눔이 된다는 것을 이해합니다. 3개월 대기기간 동안은 수술이나 입원이 필요한 질병이나 사고 관련 의료비에 한해 최대 \$15,000까지만 나눔이 된다는 것을 이해합니다. 익스트림 스포츠 관련 의료비는 나눔이 되지 않음을 이해합니다.</p>
	Initial Here	
4		<p>I understand that I register as an uninsured patient with all medical providers. I also understand that I should request discounts, fee adjustments, or financial assistance, such as Charity Care, from all medical providers.</p> <p>본인은 의료 기관을 방문할 때 Uninsured로 등록해야 하며, 해당 의료 기관에 병원비 할인, 가격 조정 혹은 Charity Care와 같은 재정 지원 프로그램을 요청해야 함을 이해합니다.</p>
	Initial Here	
5		<p>I understand that all members support and contribute to another member's excess medical bills when their qualifying medical need exceed \$150,000 through CMM-Merciful Share.</p> <p>본인은 타 회원이 요청한 의료비가 \$150,000을 초과할 경우, 전체 회원이 CMM-Merciful Share를 통해 초과된 의료비를 함께 나눔을 이해합니다.</p>
	Initial Here	
6		<p>I understand that to have eligible medical needs shared with other ministry members, my membership is current and in good standing.</p> <p>본인은 의료비 나눔을 받으려면, 회원 자격을 계속 유지해야 하며, 미납된 월기프트가 없어야 함을 이해합니다.</p>
	Initial Here	
7		<p>I understand and acknowledge that Christian Mutual Med-Aid ("CMM") health care sharing ministry is administered in accordance with the Guidelines of CMM, that it is my responsibility to fully understand any and all provisions of CMM Guidelines in a timely manner and that CMM provides me with ample opportunities to fully understand any and all provisions of CMM Guidelines in a timely manner.</p> <p>본인은 의료비 나눔 사역인 기독교의료상조회가 가이드라인에 따라 운영됨을 인정합니다. 또한 모든 일에 앞서 가이드라인의 모든 조항을 상세히 이해하는 일이 본인의 책임이며, 가이드라인을 잘 이해할 수 있도록 기독교의료상조회가 본인에게 충분한 기회를 제공하고 있음을 인정합니다.</p>
	Initial Here	

☐ **CHECK - I have enclosed my first Gift of \$_____.** (Please make your check payable to CMM)

☐ **Recurring Monthly Gift Deduction Method Authorization**

▶ Select a method to receive your monthly Gift Reminder: ☐ mail ☐ email

▶ A monthly Gift will be withdrawn on the first day of each month.

<input type="checkbox"/> ACH (은행 계좌이체)	<input type="checkbox"/> Credit Card (크레딧 카드)
<p>Checking Account</p> <p>Name on Account _____</p> <p>Bank Name _____</p> <p>Bank Routing Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Account Number _____</p>	<p>Credit Card <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Discover</p> <p>Cardholder Name _____</p> <p>Card Number _____</p> <p>Expiration Date _____ CVV Code (3-Digits) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Billing Address _____</p> <p>City, State, Zip _____</p>

By signing this form, my family and I understand and acknowledge the responsibilities of the described content.

본인은 이 양식을 서명함으로써, 기재된 내용에 대한 책임이 본인과 가족에게 있음을 이해하고 인정합니다.

Self	<p>Name 이름</p>	<p>Signature 서명</p>	<p>Date 날짜</p>
-------------	--------------------	-------------------------	--------------------

※ This is not an insurance company.

Last updated 11/2022