

Separation of an adult child who is the age 26

26 세 분리

Membership Join Form

This form is asked to be filled in by the prospective member who is reaching the age of 26.
(26 세 회원본인이 직접 작성해야 합니다.)

Member ID

Primary 주회원	Last Name	First Name	M.I.	Date of Birth MM / DD / YYYY	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Social Security Number
	Phone	Email	Level 레벨	<input type="checkbox"/> Gold Plus <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze		
Spouse 배우자	Last Name	First Name	M.I.	Date of Birth MM / DD / YYYY	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Social Security Number
	Phone	Email	Level 레벨	<input type="checkbox"/> Gold Plus <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze		
Address 주소	Street			City	State	Zip
Church 교회	Attending Church 출석 교회					
Dependent Child(ren) under the Age of 26 (26 세 미만 부양자녀)				<input type="checkbox"/> Gold Plus <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Bronze		
Child 1	Last Name	First Name	M.I.	Date of Birth MM / DD / YYYY	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Social Security Number
Child 2	Last Name	First Name	M.I.	Date of Birth MM / DD / YYYY	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Social Security Number
Child 3	Last Name	First Name	M.I.	Date of Birth MM / DD / YYYY	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Social Security Number
Child 4	Last Name	First Name	M.I.	Date of Birth MM / DD / YYYY	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Social Security Number

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 지병이 있거나 지병 관리를 위해 약을 복용 중이라면 설명을 적어 주시고, 해당 사항이 없다면 '없음'으로 기록하여 주십시오. (예: 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 5년 동안 병원에서 치료나 검사받은 사항을 모두 기록하시고, 해당 사항 없다면 '없음'으로 기록하여 주십시오.

(예-1: 2016년 5월 심한 복통으로 응급실 방문)

(예-2: 매년 건강검진 받음)

※ CMM is not a health insurance company but a health care sharing ministry for Christians.

Disclaimer: Logos Missions Christian Mutual Med-Aid (hereinafter "CMM") is a Christian health care sharing ministry, facilitating the sharing of medical expenses of its members. CMM is NOT an insurance company. Including Guidelines, the plan of CMM operation or any other CMM document must not be considered as an insurance policy. All assistance from CMM for your medical bills is coming from the totally voluntary participation of CMM members. Herein, membership or being a "member" of CMM is a missionary concept and signifies participation in and support a health care sharing ministry. Regardless of medical expenses sharing and operation of CMM, you are solely responsible for payment of your medical bills.



Membership Checklist of Understanding 회원 이해 확인서

Thank you for joining Logos Missions Christian Mutual Med-Aid (CMM).

Your participation is a covenant to share each other's health care expenses as Christians.

로고스선교회 사역에 동참해 주셔서 감사드립니다. 여러분의 참여는 크리스천으로 서로의 의료비를 공동부담 하는데 참여하겠다는 언약입니다.

Please understand that CMM is not a health insurance company, but a health care sharing ministry where Christians voluntarily help each other with medical expenses according to CMM Guidelines, as written in the Bible, "Bear one another's burdens, and thus fulfill the law of Christ" (Galatians 6:2).

CMM 기독교의료상조회의의료보험 회사가 아닙니다. "너희가 짐을 서로 지라. 그리하여 그리스도의 법을 성취하라" (갈라디아서 6:2)는 말씀처럼 CMM 가이드라인에 따라 크리스천으로서 자발적으로 서로의 의료비를 돕는 의료비 나눔 사역임을 이해하시기 바랍니다.

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

1	Initial Here	<p>I understand that CMM is a health care sharing ministry, not a health insurance company, and, as such, that CMM does not guarantee anything 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>
2	Initial Here	<p>I understand that membership qualification is a Christian under 65 years of age with a U.S. address, who does not use illegal drugs, any kind of tobacco, recreational marijuana, or nicotine patches; does not abuse prescription/OTC drugs; and follows Biblical teachings on alcohol and marriage.</p> <p>본인은 회원 자격 조건이 미국에 주소가 있는 65 세 미만의 기독교인 으로서, 불법 약물, 기호용 마리화나 또는 니코틴 패치를 포함한 모든 종류의 담배를 사용하지 않으며, 약을 오남용하지 않으며, 술과 결혼에 관한 성경의 가르침을 따라야 함을 이해합니다.</p>
3	Initial Here	<p>I understand that there is a 3-Month Waiting Period at the beginning of my membership, during which the only qualifying medical bills are for unexpected accidents or acute illnesses requiring surgery or hospitalization up to \$15,000. Extreme sports injuries are not eligible for sharing at any time. I understand that medical expenses for illnesses that occurred after the 3-Month Waiting Period will be eligible for sharing according to CMM Guidelines.</p> <p>본인은 회원 가입 후 3개월의 대기 기간이 있으며, 대기기간 동안은 사고나 갑작스러운 질병으로 입원이나 수술할 경우 최대 \$15,000 까지만 나눔되는 것을 이해하며 엑스트림 스포츠 관련 의료비는 나눔이 되지 않음을 이해합니다. 대기기간 이후부터는 가이드라인에 따라 의료비가 나눔된다는 것을 이해합니다.</p>
4	Initial Here	<p>I understand that I register as a self-pay patient with all medical providers, and that I should request discounts, fee adjustments, or financial assistance, such as Charity Care, from medical providers.</p> <p>본인은 의료 기관을 방문할 때 Self-Pay 로 등록해야 하며, 해당 의료 기관에 병원비 할인, 가격 조정 혹은 Charity Care 와 같은 재정 지원 프로그램을 요청해야 함을 이해합니다.</p>
5	Initial Here	<p>I understand that all members support and contribute toward another member's excess medical bills through CMM-Merciful Share, when the qualifying medical expenses exceed \$150,000.</p> <p>본인은 회원이 요청한 의료비가 \$150,000 을 초과할 경우, 전체회원이 CMM-Merciful Share 를 통해 초과된 의료비를 함께 나눔을 이해합니다.</p>
6	Initial Here	<p>I understand that to be eligible for medical needs sharing, I must maintain the membership with no outstanding Monthly Gifts.</p> <p>본인은 의료비 나눔을 받으려면, 회원 자격을 계속 유지해야 하며, 미납된 월기프트가 없어야 함을 이해합니다.</p>
7	Initial Here	<p>I understand that CMM, a health care sharing ministry, operates under the CMM Guidelines, that it is my responsibility to understand all provisions of the Guidelines in detail before anything, and that CMM is providing me with ample opportunities to understand the terms.</p> <p>본인은 의료비 나눔 사역인 기독교의료상조회가 가이드라인에 따라 운영됨을 이해합니다. 또한 모든 일에 앞서 가이드라인의 모든 조항을 상세히 이해하는 일이 본인의 책임이며, 가이드라인을 잘 이해할 수 있도록 기독교의료상조회가 본인에게 충분한 기회를 제공하고 있음을 이해합니다.</p>
8	Initial Here	<p>I understand that CMM may communicate with me by phone, voice messages, texts, or emails and that my intentions expressed in texts and emails are legally valid.</p> <p>본인은 기독교의료상조회와 전화, 음성 메시지, 문자, 또는 이메일을 통해 소통할 수 있고, 문자와 이메일로 밝힌 본인의 의사가 법적으로 유효함을 이해합니다.</p>

Select a method to receive your Monthly Gift Reminder: Email 이메일 Mail 우편

The Monthly Gift is due on the first day of each month. 회비의 마감일은 매월 1 일입니다.

- Check – I have enclosed my first Monthly Gift of \$_____ . (Please make your check payable to CMM)
 - The automatic withdrawal of the Monthly Gift will occur on the 1st of each month using the payment information provided below.
- 회비는 아래에 기입된 결제 정보로 매달 1 일에 자동이체됩니다.

ACH Checking Account 은행 계좌 이체	Credit Card 신용카드
<p>Name on Account _____</p> <p>Bank Name _____</p> <p>Bank Routing Number _____</p> <p>Account Number _____</p>	<p>Card Type <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 _____</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 양식에 서명함으로써, 기재된 내용에 대한 책임이 본인과 가족에게 있음을 이해하고 인정합니다.

Primary 주회원	Name 이름	Signature 서명	Date 날짜
----------------	------------	-----------------	------------