

## 개인 정보

**법적 이름 (지불금 수령)**

**선호하는 이름**

위의 법적 이름과 다른 경우.

**성별 대명사**

- 쉬 / 허
- 히 / 힘
- 그자 / 그들
- 다른 것:

**제출하는 사람의 이름**

신청자와 다른 경우

**제출자의 이메일 주소**

신청자와 다른 경우

**다음 중 어떤 정체성들이 귀하에게 정확합니까?**

해당 사항을 모두 표시하십시오.

- 여자
- 트랜스 젠더
- 논바이너리
- 저소득층 (\$ 50,000 미만의 개인 연간 소득)
- 백인이 아닌 사람

**신청자의 우편 주소**

**신청자의 거주지**

- 로스 앤젤레스 카운티
- 샌버나디노 카운티
- 리버사이드 카운티
- 오렌지 카운티

**신청자의 전화 번호**

**신청자의 이메일 주소**

**신청자의 웹 사이트**

**아티스트 선언 + 작업 샘플**

**간단한 아티스트 성명 제공**

최대 800 자.

**이력서 / 레쥬메**

최대 2 페이지. PDF 또는 Word 문서로 업로드하십시오.

신청서를 하드 카피로 우편제출하시는 경우, 이력서를 인쇄해 신청서와 포함하여 보내십시오.

**작업 샘플**

10 페이지를 이하 10MB 이하의 단일 PDF로 작업 샘플을 10 개까지 컴파일하십시오. 사운드 / 오디오 / 비디오 파일이실 경우 온라인 콘텐츠 최대 2 개의 링크를 제공하십시오. 총 5 분을 넘지 않아야 합니다.

응용 프로그램의 하드 카피를 우편으로 제출하시는 경우, CD 또는 DVD를 통해 인쇄 된 PDF 또는 사운드 / 오디오 / 비디오 콘텐츠를 포함하십시오.

**건강 관련 요구 사항 요청**

귀하의 의료, 정신 건강, 또는 치아 관련 문제해결 필요성에 대해 설명하십시오. \*

기밀 건강 정보를 밝힐 필요는 없습니다. 이 보조금을 신청하시는 이유를 패널에게 설명해 주십시오. 관련 정보에는 상태에 대한 설명, 이 문제가 얼마나 오래동안 삶에 영향을 주고 있는지, 문제를 해결해야 할 긴급한 이유, 그리고 이 비용이나 치료가 일반적으로 귀하가 접근 할 수 있는 것이 아닌 이유를 포함하시면 됩니다. 최대 1000 자.

**요청 금액**

최대 \$ 3,000, 대부분의 보조금은 2,000 ~ 3,000 달러입니다

**의료, 정신 건강 또는 치과 문제를 다루는 동안 현재 '내 삶의 하루' 가 어떤 모습인지 설명하십시오.**

최대 1000 자.

**건강 관련 문제가 재정적으로 어떻게 영향을 미치는지 설명하십시오.**

관련 정보에는 다음과 같은 것들이 포함될 수 있습니다 : 의료, 정신 건강 또는 치과 관련 문제가 이전에했던 방식으로 생활, 작업 또는 예술 능력에 어떤 영향을 미쳤습니까? 최대 1000 자.

**설명 된 의료, 정신 건강 또는 치과 관련 문제를 해결하는 데 필요한 총액이 \$3,000 달러 이상이면 이 보조금이 어떻게 도움이 될수 있습니까?**

최대 500 자.