American Italian Cancer FOUNDATION
No-Cost Breast Cancer Screening

저희 재단의 무료 유방암 진단 프로그램에 참여해주셔서 감사합니다. 이 서류는 Mobile Care Clinic을 방문하시고자 하는 분들께서 어떤 것을 준비하셔야 하는지와 그 외 정보들을 포함하고 있습니다.

유의사항: 본 재단은 임산부나 임신하고 있을 가능성이 있는 분에게 맘모그램 검사를 제공하지 않습니다. 또한 현재 모유수유를 하고 계신 분들과 모유수유를 중단하신지 6개월 미만인 분들에게도 제공하지 않습니다.

맘모그래피 (유방촬영검사) 받으시고자하는 당일에는:

- 투피스 (상하의가 분리된)를 입고 오세요. 그래야 간편하게 상의만 탈의하시고 맘모그램과 임상유방시험 검사를 받으실 수 있습니다.
- 팔 밑부분, 겨드랑이, 혹은 가슴 부위에 데오도런트 (냄새 혹 땀 제거제), 로션, 향수, 파우더를 바르지 마세요. 위에 나열한 제품들엔 특정 금속성의 물질이 함유되어 있을 가능성이 있어 검사 결과물에 같이 나타날 수 있습니다.
- 복용하고 계신 약물을 정상 복용하시고, 평상시처럼 식사하세요.

알아두셔야 할 점:

- 만약 맘모그램 검사를 생리중이나 생리 1주일 전에 받으시려고 하신다면, 염증이나 유방 압통을 겪으실 수 있습니다.
- 이전에 받은 맘모그램 검사 결과(필름) 가(이) 있다면 저희 재단에서 맘모그램 검사를 받으시는 날에 꼭 가져오세요. 만약 다른 시설이나 이전 맘모그램 검사 결과가 불규칙적이었다면 더욱이 꼭 가져오셔야 합니다.
- 저희 이동 Care Clinic에 도착하시면, 저희 측 직원에게 체크인 (접수) 하시고 검사 예약시간을 말씀해주세요.

그 외 알아두셔야 할 점:

- 병원 방문 시, 병원측에서 요구하는 서류를 작성하듯이 저희 Care Clinic에서도 비슷한 종류의 문서를 작성하셔야합니다. 작성하신 서류를 확인 후, 맘모그램 검사를 진행할 것입니다. 맘모그램 검사 진행 시간은 약 10분 정도 소요될 것입니다. 맘모그램 검사가 끝난 후에는 임상유방시험을 진행하게 될 저희 측 간호사를 만나시게 됩니다. 임상유방시험은 유방 신체검사입니다. 임상유방시험이 끝난 후에는, 매달마다 어떻게 자가유방진단을 하는 방법과 그 외 어떤 점을 유의해야하는지에 대해서 알려드립니다.

  검사결과는 검사일로부터 약 2주 안으로 봉투에 동봉되어 문서에 기재하셨던 집주소로 우편을 통해 보내집니다. 검사결과에 대한 궁금하신 점이 있으시다면, 718-454-8556 (Multi-Diagnostics Services)로 전화주세요.

감사합니다!

Multi-Diagnostic Services Inc.

139-16 91st Avenue ~ Jamaica, NY 11435 ~ 718.454.8556 ~Fax 718.454.7950

빠진 곳 없이 꼭 작성해주세요. **검사장소:**_____

이름_____ 생년월일____/____/____ 나이_____ 날짜_____/_____/_____

집주소_____ 아파트#_____ 도시_____ 주_____ 우편번호_____

집전화(___)_____ 직장전화 (___)_____ Social Sec# _____

해당되는 사항을 동그라미표시하세요. 한 문제라도 빠짐없이 답해주세요.

과거나 현재에 복용하는 약 (만약 있다면, 약의 이름과 복용 기간을 작성해주세요.)

경구피임약 없음 있음 _____

호르몬 없음 있음 _____

갑상선 없음 있음 _____

처음 생리를 시작한 나이는? _____

임신 횟수는? _____

첫 임신했을 때 나이는?_____

마지막 생리 날짜는?_____

폐경기가 시작됐나요? 아니다 그렇다 그렇다고 대답하신 분만 대답해주세요: 자연적으로 수술에의해 폐경이 시작된 나이_____

자궁적출술을 받은 적이 있나요? 아니다 그렇다 그렇다고 대답하신 분만 대답해주세요: 자궁적출술을 받은 나이는?____ 난소 제거 여부: 아니다 그렇다 (좌측,우측) 난소제거시 나이는?_____

과거 가슴 수술은 받은 적이 있나요?

			언제?	어느쪽 가슴?	방사선 치료?	
유방절제술	없음	있음	_____	오른쪽 왼쪽 양쪽	없음	있음
유방보존술	없음	있음	_____	오른쪽 왼쪽 양쪽	없음	있음
유방 생체검사	없음	있음	_____	오른쪽 왼쪽 양쪽	없음	있음
낭종 배액술	없음	있음	_____	오른쪽 왼쪽 양쪽	없음	있음
유방확대술	없음	있음	_____	오른쪽 왼쪽 양쪽	없음	있음

기타_____

밑의 보기중에 현재 해당되는 사항이 있나요?

섬유낭종질환	없음	있음	
유방종괴	없음	있음	오른쪽 왼쪽 양쪽
압통	없음	있음	오른쪽 왼쪽 양쪽
유방통	없음	있음	오른쪽 왼쪽 양쪽
피부함몰	없음	있음	오른쪽 왼쪽 양쪽
유두분비	없음	있음	오른쪽 왼쪽 양쪽

만약 유두분비가 있다면, 색은?_____

위 증상들은 생리와 연관이 있나요? 아니다 그렇다 ㅣ

유방암 가족력 (해당사항에 동그라미 쳐주세요.)

어머니	없음	있음		
이모	없음	있음	외가쪽	친가쪽
자매	없음	있음		
할머니	없음	있음	외가쪽	친가쪽
딸	없음	있음		

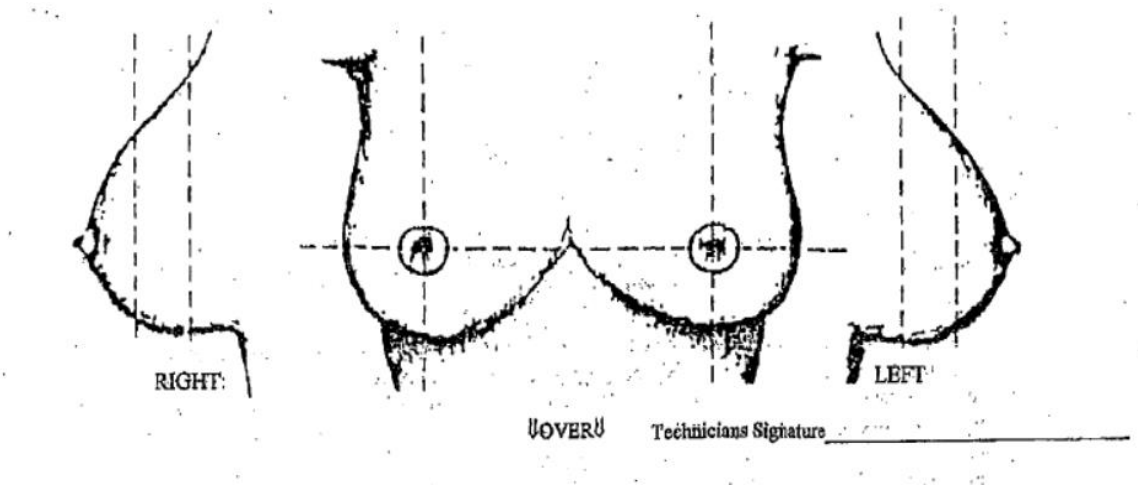
만약 '있음'에 답했다면, 처음 진단받은 나이 (대략적이라도)를 적어주세요. _____.

이전에 맘모그램 검사를 받은 적이 있나요?

언제? _____

어디서? _____

마지막으로 임상유방시험을 받은 적은 언제인가요? _____



반드시 1-4번을 읽고 이해하신 후에 빈 칸을 작성해주세요

1. 나 _____ 는(은) Multi-Diagnostic Services, Inc.의 기술자들과 직원들이 시각적 그리고/또는 손으로 유방검진 그리고/또는 맘모그래피 검사를 하는 것에 대하여 동의하며 허락합니다. 또한 시각적 그리고/또는 수동적으로하는 유방검진 그리고/또는 맘모그래피는 암을 진단할 수 있는 완전한 검사가 아닌 것을 이해하며, Multi-Diagnostic Services, Inc. 에서 받은 검진과 검사 결과가 음성으로 나올시에도 이 결과는 암이 없다는 것에 대해 보장을 하지않는다는 것을 이해합니다.
   검진과 검사 결과에서 악성이 의심되거나 혹은 차후에 문제발생 가능성이 있는 이상이 발견되었을 시에 의사가 추천해주는 추적검사, 진단적 연구, 의학적 평가, 치료 등을 따르는 것에 있어서 독자적인 책임이 있음을 이해합니다.

1. **나는 내 자신이 알고 있는 바로는 현재 임신중이 아니며 그리고/또는 모유수유를 하고 있지 않음을 선언합니다.**

2. 나는 Multi-Diagnostic Services, Inc.가 맘모그래피 검사에 관련된 본인의 모든 의료 진료기록과 진료보고를 받을 수 있는 것을 허락합니다. 관련된 의료 진료기록과 진료보고들은 다음과 같지만, 그 외에도 더 있을 수 있습니다: 초음파; 국소, 확대, 그 외 다른 촬영물; 생체[조직]검사 결과, 이전 맘모그래피 검사결과, 그리고 초음파 사진 등. 이를 통해, Multi-Diagnostic Services, Inc.는 Mammography Quality Standard Act (MQSA/HR6182)에 의거해 본인의 진료 차트를 갱신 (업데이트) 할 수 있습니다.

3. 나는 본인의 검진 및 맘모그래피 검사 결과가 자신의 지정 의사에게 보고된다는 점을 이해합니다. 추후 검사가 필요시에, 나는 Multi-Diagnostic Services, Inc. 가 자신의 맘모그래피 필름을 본인, 자신이 지정한 사람, 혹은 검사를 할 의사나 기관에 배포할 수 있도록 허락합니다. 만약 NY State DOH Breast Health Partnership Program을 통해 검사를 받으신다면 검사결과필름은 제휴 시설에게 추후 관리를 위해서 보내질 것이며 의료기록과 개인정보는 해당 NY State Partnership 사무소와 추후 관리 시설에 보내질 것입니다. 본인의 정보가 유출되길 원하지 않는다고 의사를 밝히시면, 개인관련 정보들이 해당 시설이나 사무소에 보내지지 않을 것입니다.

   정보유출 거절을 원하시는 분들은 반드시 글로 작성해서 제출해주세요.

   만약 원하신다면, 본인 외에도 맘모그램 결과를 받아볼 수 있는 권한을 가진 친척 혹은 친구의 이름과, 주소, 핸드폰 번호를 적어주세요.

   이름 _____ 주소/연락처 _____

   싸인 _____ 날짜_____

   증인 _____

담당 의사정보

이름_____ 연락처 _____

주소_____팩스번호_____

_____ Doctor's UPIN# (for medicare)_____

Medicaid Provider # _____

Medicare 환자

"나는 Multi-Diagnostic Services, Inc.에서 받은 모든 서비스들에 대하여 Medicare의 혜택이 적용되길 요구합니다. 나는 나에 대한 의료정보를 가지고 있는 그 어떠한 소유자라도 the Health Care Financing Administration과 그 대리인들이 혜택을 결정하기 위해서 또는 이와 관련된 서비스에 혜택을 지불할 수 있도록 개인 의료정보를 제공하는 것을 허락합니다.

수익자 사인_____ 날짜_____

CANCER SERVICES PROGRAM CLINICAL BREAST EXAM FORM

Name: _____ DOB: _____ Date: _____
Last First MI MM/DD/YR MM/DD/YR

Review of Patient History

Patient noticed changes in breasts since last visit? Site code ☐☐☐☐☐☐

No ___ Yes ___ Describe _____

Patient has a personal or family history of breast cancer?

No ___ Yes ___ Who? _____ What age? _____

Patient noted spontaneous nipple discharge?

No ___ Yes ___ Describe _____

Visual Exam:

Skin: ☐ Normal/Benign ☐ Scar(s) ☐ Dimpling ☐ Other: _____

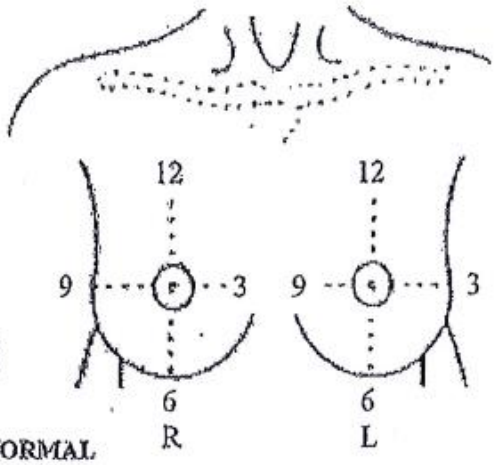
Nipples: ☐ Everted ☐ Inverted ☐ Retraction

Physical Exam:

	Right		Left	
Lymph Nodes (Axillary/Clavicular)	☐ +	☐ -	☐ +	☐ -

Diagram Documentation Codes

Scar +++ Nodularity ≡ Mole *
Fibrocystic Area Node ○ Dimpling ◿
Mass ●



Describe all clinical exam findings, including NORMAL and ABNORMAL (indicate size, shape, mobility, location of palpable findings).

Findings: _____

_____

Plan: _____

Referral: No _____ Yes _____ (explain) _____

Breast Findings: Check one box only

☐ 1. Normal, Benign, Fibrocystic – Rescreen in 1-2 Years
☐ 2. Probably Benign – Repeat Exam in 3-6 months
☐ 3. **Mass or Other Findings – Immediate Testing**

_____
Name of Examiner (please print)

_____
Signature of Examiner Date

This report should be maintained as part of the patient medical record.

05/22/09

American-Italian Cancer Foundation (AICF) HIPAA 의료정보 공개 허가서

빈 칸 없이 모두 작성해주세요

이 문서는 리써치 혹은 마케팅, 모금 혹은 홍보를 위해 쓰일 수 없습니다.

환자 이름/주소	생년월일	환자 SSN
	의료기록번호 (medical record number)	전화번호
정보를 공개하는 의료서비스 제공자	공개될 정보: 요청한 정보_____ 치료 기간 _____부터 _____까지	
정보 받을 자의 이름과 주소	공개되는 정보 (만약 네모박스에 체크가 되어있을 경우, 당신은 그 해당정보 공개에 동의하는 것입니다.) 반드시 알아두세요: 박스가 모두 체크되어있지 않을 시, 저희 측에선 경우에 따라 요청사항을 수행하지 못할 경우가 있습니다. ㅁ 알코올 그리고/또는 약물 프로그램 정보 ㅁ 정신건강 정보 ㅁ 유전자 검사 정보 ㅁ HIV/에이즈 관련 정보	
정보 공개의 이유 ㅁ 법적이유 ㅁ 개인요청 ㅁ 기타 그외 (자세히 적어주세요):_____	허가는 언제까지 유효한가요? (해당사항에 체크해주세요) ㅁ 해당 상황 또는 사건 시: ㅁ 해당 날짜:_____	

나, 혹은 나의 위임대표는, 이 문서에서 작성한 바와 같이 나의 의료정보 및 청구 정보가 사용 및 공개되는 것에 대해 동의합니다.

나는 나의 의료정보 및 청구정보가 재공개될 수 있음을 인지하며 만약 이 문서에 기재된 정보 받는 자가 법적인 규제를 받지 않을 경우 내가 제공한 정보는 더 이상 연방 정부의 건강(의료) 사생활 보호법으로 보호받지 못하는 점을 이해합니다.

나는 자신의 **알코올 및 약물 남용, 유전저 검사, 정신건강, 그리고 HIV/에이즈 관련 된 의료 기록이나 청구기록**이 위의 표에서 해당 빈칸에 표시를 하지 않았을 경우에 정보 받는 자에게 이와 같은 정보는 공개되지 않는 점을 이해했습니다.

나는 자신의 HIV/에이즈 관련 정보가 사용 혹은 공개되는 것에 동의하더라도, 정보 받는 자가 자신의 동의없이 자신의 HIV/에이즈 관련 정보를 사용하거나 재공개하는 것을 금합니다. 또한 나는 자신에게 자신의 HIV/에이즈 관련 정보를 동의없이 받아보거나 사용하는 사람들의 목록을 요청할 수 있는 권리가 있다는 것을 인지하고있습니다. 만약 자신의 HIV/에이즈 관련 정보를 공개함으로 차별을 받는다면 나는 the New York State Division of Human Rights 에 212.480.2493 혹은 the New York City Commission of Human Rights 에 212.306.7450으로 연락할 수 있음을 이해했습니다. 방금 명시된 기관들이 자신의 권리를 지켜줄 책임이 있습니다.

나는 이 의료정보 공개 허가서에 싸인을 하지않아도 되는 권리가 있다는 것을 이해하며 의료비와 의료혜택이 내가 이 허가서에 싸인을 하지 않을시에 적용되지 않을 수 있다는 것을 이해합니다. 또 나는 만약 이 허가서에 싸인을 하지 않을시에, AICF가 본인의 요청에 의한 의료 그리고/또는 청구서 정보 공개를 할 수 없음을 이해합니다.

나는 Request for Access Form을 작성하면 자신이 이 허가서에 작성된 정보의 사본을 받을 수 있음과 검열 할 수 있는 권리가 부여되는 것을 이해합니다. 또한 나는 이 허가서에 싸인을 한 후 사본을 받을 권리가 있다는 것을 숙지하고 있습니다.

의료 및 청구서 정보를 사용 혹은 공개할 목적으로 이 허가서에 사인을 했지만 2가지 경우를 제외하고선 나는 언제라도 이 허가서를 철회할 수 있는 권리가 있다는 것을 이해합니다. 2가지 경우는 다음과 같습니다: 첫째, AICF가 이미 나의 허가서를 사용해 어떠한 조치를 취했을 경우. 둘째, 보험금 관련 일로 허가서가 사용되었을 경우.

이 허가서를 철회하시길 원하신다면, Health Information Management 부서로 연락을 주시기 바랍니다.

나는 이 허가서를 읽었으며 모든 내 질문에 관한 답변을 받았습니다. 아래에 싸인을 함으로써, 나는 위의 모든 것을 이해했으며 승낙합니다.

환자 혹은 개인 대리인의 싸인	환자 본인이 아닐 경우 대리인의 이름, 연락처를 적어주세요
날짜	개인 대리인이 환자를 대신하여 행할 수 있는 권한을 적어주세요

만약 AICF가 이 허가서를 요구했을 경우, 환자 또는 환자를 대표하는 개인 대리인은 반드시 싸인이 작성된 이 허가서의 사본을 제공받아야합니다.

AICF USE ONLY	
Date Received:	Initials of HIM employee processing request:
Date Completed:	Comments:

American Italian Cancer FOUNDATION
Research for Life

Multi-Diagnostic Services, Inc.

139-16 91st Avenue
Jamaica, New York 11435
718 454-8556
Fax: 718 454-7950

MULTI-DIAGNOSTIC 보험 정보
깔끔하게 작성해주세요.-AICF JOBS

환자 이름 (보험카드에 나와 있는 그대로 적어주세요)

_____

의료보험 이름:_____

보험증권번호/회원번호:_____

의료보험 종류 (HMO/PPO):_____

생년월일:_____ 성별: 남 여

마지막 맘모그래피 검사일로부터 일년 (정확히 12개월)이 지나고 검사를 받으시는 건가요?

예 아니오

보험이 자신의 명의로 되어있나요? 예 아니오

만약 위의 질문에 '아니오'라 대답하셨다면, 보험 명의가 어떤 분으로 되어있는지 보험 주계약자의 정보를 아래에 작성하여주세요.

이름 _____

주소 _____

생년월일 _____ 성별 _____

환자와의 관계 _____

경고문

반드시 현재의 보험 정보를 기입해주세요. 정확한 정보가 기입되었는지, 다시 한 번 검토하여주세요. 저희 측에서는 맘모그램검사비 청구를 위하여 이 정보를 사용할 것입니다.

싸인 _____ 날짜_____

A. Notifier:

B. Patient Name: **C. Identification Number:**

보험 미적용 사전고지 (ABN)

공지: 만약 Medicare가 아래 D. _____ 에 해당되는 것에 대한 보험금을 지급하지 않을경우, 환자 본인이 지불하여야 할 수가 있습니다. Medicare가 모든 것에 대한 보험금을 지급하지 않습니다. 저희 측이 생각하는 바로는, Medicare가 아래 D. _____에 해당하는 것에대한 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

D.	E. Medicare가 보험금을 지급하지 않을 수 있는 이유	F. 예상 비용

당장 알아야 할 사항:

- 이 사전고지를 읽으셔야, 심사숙고하여 치료 혹은 검사에대한 결정을하실 수 있습니다.
- 이 사전고지를 읽으신 후, 궁금하신 점이 있으시면 저희 측에 문의해주세요.
- D._____(을)를 받으실 것인지 아래 선택사항에 체크해주세요.

  유의할 점: 만약 선택사항 중 1번 혹인 2번을 고르실 경우, 저희 측에서 환자께서 가입하신 다른 보험이 사용될 수 있는지 도와드릴 수 있지만, Medicare의 경우는 예외입니다.

G. 선택사항: 반드시 선택지 한 개만 체크해주세요. 저희 측에서는 환자 본인을 대신해 선택해드릴 수 없습니다.
ㅁ 선택 1. 나는 D._____ 를 원합니다. Multi-Diagnostic 측에서 바로 계산정산을 요구 해올 수 있지만, 나는 Medicare 측에도 공식적으로 보험금 지급관련에 관한 청구서 지불에 관한 요구를 하고싶습니다. 이는 Medicare Summary Notice(MSN)를 통해 나에게 전달될 것입니다. 나는 만약 Medicare이 보험금 지급을 해주지 않을시에, 나에게 검사비용을 지불해야할 의무가 있는 것을 이해합니다. 하지만 나는 MSN 지침에 따라 **Medicare에 항변할 수 있습니다**. 만약 Medicare이 보험금 지급을 해줄 시, Multi-Diagnostic 측은 내게서 받은 금액을 보험자기부담금액을 제외하고 모두 환불해주어야 합니다. ㅁ 선택 2. 나는 D._____를 원합니다, 하지만 Medicare에 보험금 청구를 하지 않을 것입니다. 내가 지불금액에 대해 책임이 있으므로 Multi-Diagnostic 측은 바로 계산정산을 요구해올 수 있습니다. 하지만 **나는 Medicare측에 보험금 청구가 되지 않았을 경우, 항변할 수 없습니다**. ㅁ 선택 3. 나는 D._____를 원하지 않습니다. 나는 이 선택사항을 선택함으로써 이에 관련되어 발생하는 금액지불에 대한 책임이 없으며, 또한 **Medicare 측에서 보험금 지급을 해줄 수 있는지에 대한 여부도 항변할 수 없습니다**.

H. 기타 정보:

이 사전고지서는 저희 측의 의견이지, 공식적인 Medicare의 결정에 의거한 것이 아닙니다. 만약 이 고지서 혹은 Medicare 청구서에 관한 문의사항이 있으시다면, **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/**TTY**: 1-877-486-2048).로 연락하시기 바랍니다. 밑에 싸인을 하시면 이 고지서를 받아보았으며 이해했다는 뜻입니다. 또한 이 사본을 받아보실 수 있습니다.

I. 싸인:	J. 날짜:

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-0566. The time required to complete this information collection is estimated to average 7 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Patient Privacy Notice
Acknowledgment Form
환자 개인정보 보호 증명서

이 문서의 목적은 Health Information Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)에 의거해 환자에 대한 개인정보가 수집되었음을 기록하는 것에 있습니다. 만약 정보수집을 할 수 없을 경우, 이 문서는 Multi-Diagnostic 측에서 신의성실 원칙을 토대로 필요 정보 수집을 위해 시도를 하였다는 것을 뒷받침합니다.

Part A: 나, _____ 는 the University Physicians Group Privacy
(환자 이름을 기재하여주세요.)

Notice and Practices를 받아보았음을 인정합니다.

싸인:_____ 날짜:_____

Part B: MULTI-DIAGNOSTIC SERVICES, INCORPORATED. Made a good faith attempt to obtain _____ acknowledgement of receipt of Privacy Notice, but was
(insert patient's name)

unable to do so for the following reason(s):

- ☐ Individual refused to sign
- ☐ An emergency situation prevented us from obtaining it
- ☐ Communications barriers prohibited obtaining it
- ☐ Other (please specify) _____
_____

Signed: _____ Position:_____ Date:_____
(Employee)

Part C: The first treatment encounter of the office with _____ was by
(insert patient's name)

telephone on _____ and a copy of the Notice of Privacy Practices of the
(insert date of phone call)

office and a copy of this Acknowledgement Form were mailed to the patient on such date, with a request to the patient to return to the office the completed Part A of this form.

Signed:_____ Position:_____ Date:_____
(Employee)

The completed form is to be placed in the patient's medical record

Research for Life®
American Italian Cancer FOUNDATION

Office Use Only
Date: ___/___/_____
Location:

American – Italian Cancer Foundation

Mobile, No-Cost Breast Cancer Screening Program 이동 무료 유방암 진단 프로그램

Your Age (나이): _____ Zip code (우편번호):_____

Gender (성별)

○ Female (여성) ○ Male (남성) ○ Other (기타):_____

What is your Primary Language? (주로 사용하는 언어는 무엇인가요?)

○ English (영어) ○ Spanish (스페인어) ○ Korean (한국어) ○ Chinese (중국어)

○ Other (기타) :_____

What is your Ethnicity? (본인의 민족성을 구분해주세요.)

○ Hispanic or Latino(a) (히스패닉계 혹 라틴계) ○ Not Hispanic or Latino(a) (그 외)

What is your Race? (check all that apply) (본인이 해당하는 인종을 고르세요. [해당하는 것을 모두 고르세요])

○ American Indian or Alaska Native (미국계 인디언 또는 알래스카 원주민)

○ Asian (아시아인)

○ Black or African American (흑인 또는 아프리카계 미국인)

○ Native Hawaiian or other Pacific Islander (하와이 원주민 또는 그외 태평양 제도민)

○ White (백인)

○ Other (그 외):_____

What is your annual household income? (연간 [1년] 가족 수입을 고르세요.)

○ $5,000 or less ($5,000 혹은 그 이하)

○ $5,001 - $10,000 ($5,001 이상 $10,000 이하)

○ $10,001 - $15,000 ($10,001 이상 $15,000 이하)

○ $15,001 - $25,000 ($15,001 이상 $25,000 이하)

○ $25,001 - $50,000 ($25,001 이상 $50,000 이하)

○ More than $50,000 ($50,000 이상)