



이 신청서를 작성하는 데 도움이 필요하면 저희에게 문의하거나 1-877-423-4746 으로 전화하십시오. 청각장애가 있으시면 조지아 릴레이 1-800-255-0135 로 전화하십시오. 우리 서비스는 무료입니다.

## ‘가족 및 자녀서비스부’ (DFCS)에서는 어떤 서비스를 제공합니까?

DFCS는 다음의 서비스를 제공합니다.



### 음식지원

푸드스탬프는 EBT/Quest 사인이 붙은 어느 가게에서든지 음식을 구매할 수 있는 혜택입니다. 우리는 구매하신 음식가격을 귀하의 푸드 스탬프 계좌에서 뺍니다.



### 현금지원/취업지원 서비스

빈곤가족 임시지원 (TANF)은 제한된 기간동안 부양자녀가 있는 가정에 현금을 지원해 줍니다. 이 지원프로그램의 수혜자인 부모나 보호자는 근로 프로그램 (work program)에 참여 할 의무가 있습니다. 현금지원 프로그램은 또한 TANF 프로그램 혜택자격이 없는 난민 가구에 제공됩니다.



### 의료지원

메디케이드(Medicaid)는 자격이 되는 수혜자의 의료비, 의사 방문비 및 메디케어 (Medicare) 보험료를 지급해 줄 수도 있습니다.



### 커뮤니티 아웃리치 서비스

커뮤니티 아웃리치 서비스에 관한 추가 정보는 다음의 우리 홈페이지를 방문하십시오: <http://www.dfcs.dhr.georgia.gov> 또는 1-877-423-4746으로 전화하십시오.

## 혜택을 받으려면 어떻게 신청하나요?

### 제 1단계. 신청서 작성

질문을 자세히 읽고 정확한 정보를 제공하십시오. 신청서를 싸인하고 날짜를 기재하십시오.

### 제 2단계. 신청서를 제출할 것. 1-3장은 분리하여 자신이 보관할 것.

4-8장은 가족 및 자녀 서비스부 (DFCS) 사무실로 우편으로 보내거나, 팩스로, 또는 가지고 오십시오. 만일 수혜자격이 있으면은 푸드 스탬프나 TANF 혜택이 신청서에 이름, 주소, 및 싸인이 기재되어 접수된 날부터 제공됩니다.

만일 푸드 스탬프 그리고/또는 메디케이드 신청을 하면 단 귀하의 이름, 주소 및 싸인만으로 신청을 접수할 수 있습니다. 그러나 양식을 완전히 기재하시면 우리의 서류처리가 더 빨라질 수 있습니다.

### 제 3단계. 우리와 이야기 함

사건관리인과 인터뷰를 완료해야 하실 수도 있습니다. 그런 경우는 우리가 예약을 해 드립니다. 인터뷰는 통화로 가능합니다.

## 흔히 묻는 말

### 혜택을 받는 데 시간이 얼마나 걸립니까?

푸드 스탬프: 최고 30일까지  
TANF: 최고 45일까지  
메디케이드: 최고 10일에서 60일까지  
만일 자격이 되면 푸드 스탬프를 7일 이내에 받을 수도 있습니다. 5장을 보십시오.

### 얼마를 받을 수 있습니까?

소득, 재정자원, 가구의 식구 수 등이 혜택금액에 영향을 끼칩니다. 귀하의 자격이 판정되면 구체적인 정보를 드릴 수 있습니다.

### 혜택은 어떻게 받습니까?

푸드 스탬프와 TANF는 전자혜택이체 (EBT) 카드로 받을 수 있습니다. 메디케이드 카드는 자격이 있는 식구마다 받게 됩니다.

### 어떤 정보를 제공해야 합니까?

다음의 정보를 제공하는 것이 좋습니다.

- 푸드 스탬프 및/또는 TANF를 신청하는 사람은 자신의 신분증. 메디케이드를 신청하는 모든 사람의 신분증. 예: 신분증이나 (ID) 운전면허증 (DL)
- 혜택을 신청하는 모든 사람의 시민권이나 자격을 입증하는 이민신분증
- 지원을 요청하는 모든 사람의 소셜번호
- 소득 증서. 예를 들어 수표 딱지, 자녀양육비 지급 수표 및 소득을 입증하는 편지
- 자녀양육 관련 영수증, 의료비 청구서, 의료 관련 교통비, 자녀양육 지급 증서 등

모든 정보를 우리 사무실로 제출할 수 있도록 시간을 드립니다. 이런 정보를 확보하는 데 도움이 필요하시면 연락하십시오.

### 신청인의 개인 정보를 어떻게 사용하나요?

단 수혜신청을 하는 사람의 소셜번호 (SSN)와 시민권 또는 이민신분증만 제공하면 됩니다. 이 정보는 귀하의 소득을 개인소득확인시스템을 통해 확인하는데 사용됩니다. 또한 귀하의 정보를 연방, 주, 그리고 지방 관공서의 정보와 대조하여 귀하의 소득과 자격을 확인합니다. 만일 식구 중 자신의 소셜번호, 시민권, 또는 이민신분 관련 정보를 제공하지 원하지 않는 사람이 있다해도 귀하의 나머지 식구들은 혜택을 받을 수 있습니다.

### 다른 사람이 내 대신 신청을 해 줄 수 있나요?

예, 메디케이드와 푸드 스탬프 신청을 다른사람이 대신 신청 해 줄 수 있습니다.

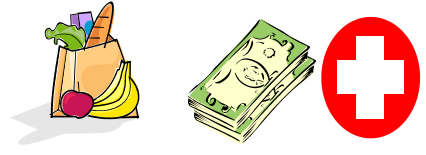
TANF 는 다른사람이 신청 해 줄 수는 있지만 부모나 양육인은 인터뷰를 받아야만 합니다.



# 조지아주 휴먼 서비스 당국

## 혜택 신청서

### (Application for Benefits)



연방법 및 미 농무성(USDA) 그리고 보건 및 휴먼 서비스국 (HHS)의 정책에 의거하여, 본 기관은 인종, 피부색, 출신 국가, 성별, 나이 또는 장애로 인해 차별하는 것을 금지하고 있습니다. **2008 년도 식품 및 영양 법안** 그리고 농무성의 정책 하에 종교 또는 정치적 신념으로 인한 차별도 금지하고 있습니다.

차별에 관한 불만 제기는 농무성 (USDA) 또는 보건 및 휴먼 서비스국 (HHS)으로 연락하십시오.

미 농무성에 연락하시려면 USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9411 로 편지를 쓰시거나 (800) 795-3272 (일반), 또는 (202) 720-6382 (청각장애)로 전화하시기 바랍니다.

휴먼 서비스국에 연락하시려면 HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 509-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201 로 편지하거나 (202) 619-0403 (일반), 또는 (202) 619-3257 (청각장애인)로 전화하시기 바랍니다.

미 농무성과 휴먼 서비스국은 고용의 평등을 실천하는 고용주입니다.

차별 고용에 대한 불만 제기는 DFCS Civil Rights Program, 2 Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303 으로 편지를 쓰시거나 (404) 657-3735 로 전화 또는 (404) 463-3978 로 팩스 하십시오.

지역 보건 부서(DCH) 정책에 의거하여 인종, 나이, 성별, 장애, 출신 국가, 또는 종교적 정치적 신념으로 인해 메디케이드 프로그램에 대한 혜택이나 자격을 거부하지 않습니다. 메디케이드 자격이나 제공에 대한 차별은 조지아주 지역 사회 보건 사무국의 프로그램 인티그리티 부서 (시내전화) 404-463-7590 또는 (수신자 부담) 800-533-0686 번으로 전화하십시오.

## 본 양식에서 사용한 용어들의 뜻은 무엇입니까?

다음 표는 본 양식에서 사용한 용어들을 설명하는 것입니다.

|                               |                                                                                                                                  |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 돌보는 자                         | 돌보고 있는 아동과 함께 TANF 를 신청하여 받고 있는 부모, 친척 또는 법적 보호자                                                                                 |
| 수령자 친척                        | 돌보고 있는 아동을 위하여 본인의 이름으로 TANF 를 신청하여 받고 있는 부모, 친척 또는 법적 보호자                                                                       |
| 실격                            | 진실을 말하지 않아서 받지 말아야 할 혜택 등을 받았기 때문에 푸드 스탬프 또는 TANF 에서 제외된 개인에게 취해지는 조치                                                            |
| 혜택의 전자 이체 (EBT)               | 푸드 스탬프 또는 TANF를 받을 자격이 있는 개인에게 지급하기 위해 조지아주에서 사용하는 시스템. 보조금을 받는 개인들에게는 현금을 출금하고 푸드 스탬프 계좌를 이용하기 위한 목적으로 전자 이체 직불 카드가 지급됩니다.      |
| EPPICard 직불(debit) MasterCard | Xerox 사에서 새로 발급된 직불카드는 조지아 주에서 현금지원을 받는 사람들에게 주어집니다. EPPICard 직불 MasterCard는 MasterCard를 받는 모든 곳에서 구매시 사용할 수 있으며 현금인출도 할 수 있습니다. |
| 가구 구성원                        | 귀하의 집에서 거주하는 개인들. 푸드 스탬프에 관해서는, 같이 식사용 음식을 구매하고 조리하는 사람들.                                                                        |
| 수입                            | 월급, 봉급, 커미션, 보너스, 근로자 상해 보험 지급액, 장애 지급, 연금, 은퇴 혜택, 이자, 아동 양육비 또는 다른 형태로 금전을 받는 것                                                 |
| 농장의 이동 노동자                    | 계절에 따라 농장에서 채용하는 노동자로서 농장 일을 찾으러 여러 곳으로 돌아다니며 거주하는 사람                                                                            |
| 수입 원천                         | 현금, 부동산, 또는 은행 계좌 등의 자산, 차량, 주식, 채권 및 생명보험 등                                                                                     |



## 본 양식에서 사용한 용어들의 뜻은 무엇입니까? (계속)

다음 표는 본 양식에서 사용한 용어들을 설명하는 것입니다.

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 계절적인 농장 노동자        | 연중 주기적으로 일하면서 농산물을 심고, 따고 상자에 채우는 사람. 농장에서 정기적으로 일하는 사람들이 손이 딸릴 때 일손이 더 필요하여 임시로 채용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 밀매                 | 푸드 스탬프 혜택을 이익을 위해 팔거나 매매                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| SNAP/푸드스탬프 프로그램 밀매 | SNAP 혜택의 밀매란:<br>(1) 혼자서나 다른 사람들과 공조 또는 공모하여 직접적이나 간접적으로, 현금이나 그 외 혜택자격이 없는 음식과 교환하려고 EBT 카드, 카드 번호를 겸한 비밀번호, 또는 서명된 푸드스탬프 등으로 발급되어 받은 SNAP 혜택의 매매, 절도, 또는 교환.<br>(2) 무기, 탄약, 폭발물, 또는 통제 물질의 교환. (3) SNAP 혜택으로 구매한 제품의 용기를 반환할 때, 그 용기의 디파짓을 환불받기 위한 목적으로 환불 용기에 담긴 제품을 산 후 내용물을 버리는 것. (4) SNAP 혜택을 현금이나 그 이외의 혜택에 해당되지 않는 제품과 교환하려는 의도로 제품을 구매하여, 차후 그렇게 SNAP 혜택으로 구매한 혜택에 해당되지 않는 제품을 현금이나 이 이외에 혜택에 해당되지 않는 음식으로 교환하는 식의 재판매. (5) 애초에 SNAP 혜택으로 구매할 때, 현금이나 그 이외의 혜택자격이 없는 음식으로 교환하기 위해 한 의도적 구매.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 자격 있는 외국인/이민자      | 자격 있는 외국인/이민자는 합법적으로 미국에 체류하는 개인으로서 다음과 같은 범주에 속하는 사람을 말한다. 즉 이민 및 국적 법안 (INA)에 근거하여 합법적으로 미국에 입국한 개인, 1988년의 외무, 수출, 재정 및 관련 프로그램 도용 법안의 584항에 근거하여 미국인과 아시아인의 혼혈 이민자, INA의 208항에 근거하여 정치적 망명을 받은 개인, INA의 207항에 의거 입국한 피난민, INA의 212(d)(5) 항에 의거하여 미국으로 적어도 1년 동안 가석방 받은 개인, INA의 243(h) 항에 의거하여 1997년 4월 1일 전에 유효하여 추방이 중지된 개인, 또는 INA의 241(b)(3) 항에 의해 수정되어, INA의 203(a)(7) 항에 의거하여 1980년 4월 1일 전에 유효하여 조건부 입국이 허가된 개인, 1980년도의 피난민 교육 보조 법안의 501(e) 항이 정의한 쿠바인 또는 아이티계 이민자, 2000년도의 인신매매 희생자 보호 법안의 107(b)(1) 항에 의거한 인신매매 피해자, 수정된 것처럼, 1996년의 개인 책임 및 근로 기회 조정 법안의 431(c) 항에서 제시한 조건을 충족시키는 구타당하는 이민자, INA의 101(a)(27) 항에 의거하여 (구체적으로 기술된 조건에 따름) 특별 이민 신분을 받은 아프간 또는 이라크 이민자, INA의 289항에 의거하여 캐나다에서 출생하여 미국에 거주하는 아메리칸 인디언 또는 인디언의 자기 결정 및 교육 보조 법안의 4(e) 항에 의거하여 연방 정부에서 인정하는 비시민권자 인디언 그리고 베트남 전쟁 당시 (8/05/1964 – 5/07/1975) 군 작전 또는 구출 작전 등에서 미 연방 관계자들을 도왔던 후몽 또는 하이랜드 라오스인 종족의 구성원 등. |
| 신청인                | 공적 보조금/혜택을 신청하는 개인                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 비 신청인              | 공적 보조금/혜택을 신청하지 않는 개인; 비 신청인은 소셜 번호(SSN)를 제공하거나 시민권/이민 신분을 확인할 필요가 없다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 보조 단위 (AU)         | 보조 단위는 함께 거주하는 수혜 자격이 있는 개인들과 공적 보조금/혜택을 받고 있는 개인들을 포함하는 가구를 말한다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |



## 혜택 신청서



나는 어떤 프로그램을 신청하는가? 해당 사항에 다 체크하십시오:

☐ 푸드 스탬프

푸드 스탬프 프로그램은 자격을 갖춘 가구의 식료품 및 영양이 충족되도록 돕습니다.

☐ 빈곤가족 임시지원 (TANF)

빈곤가족 임시지원 (TANF)은 다달이 현금 지급, 한 번의 현금 지급, 또는 기타 지원서비스를 통해 아동이 있는 가족의 자격을 강화시킵니다. 만일 귀하가 아동의 부모이면, 아니면 돌보는 사람으로서 혜택에 포함되기를 원하면 귀하는 취직프로그램에 참여해야 합니다.

☐ 난민 현금 지원

난민 현금지원 프로그램은 TANF 프로그램의 수혜자격이 안 되는 가구에 제공되는 재정지원입니다. 난민은 쿠바인/아이티인 입국자, 인간밀매의 피해자, 미국인과 아시아인의 혼혈, 그리고 미동반 미성년자 난민을 포함합니다.

☐ 메디케이드

메디케이드는 노인, 맹인이나 장애인 성인, 임산부, 아동, 그리고 가족에게 의료보험을 제공합니다. 신청 시 우리는 모든 메디케이드 프로그램 중 본인이 수혜자격이 있는 프로그램을 선정해 줍니다.

## 신청인의 인적 사항

신청인이나 대신 신청서를 작성하는 사람이 우리와 소통하기 위해 도움이 필요합니까? 그렇다면 적용되는 모든 사항에 체크하십시오.

☐ 문자전화, TTY ☐ 브라유 점자, Braille ☐ 글자가 큰 인쇄지 ☐ 이메일 ☐ 비디오 중계 ☐ 수화 통역사  
☐ 외국어 통역사 (언어를 기재) \_\_\_\_\_ ☐ 기타 \_\_\_\_\_

신청인에 관한 다음 사항을 기재하십시오.

|                     |          |                             |              |
|---------------------|----------|-----------------------------|--------------|
| 이름                  | 중간이름 약자  | 성                           | 서픽스 (Suffix) |
| 거주지 주소              |          |                             | 아파트 번호       |
| 시                   | 주        | 우편번호                        |              |
| 우편주소 (위와 다르면)       |          |                             |              |
| 시                   | 주        | 우편번호                        |              |
| 집 전화번호              | 기타 연락 번호 | 이메일 주소 (선택사항)               |              |
| 서명                  | 날짜       |                             |              |
| 'X'라고되어있으면 증인의 서명   | 날짜       |                             |              |
| For Office Use Only |          | Date Received By The County |              |

# 혜택 신청서



## 푸드 스탬프를 더 빨리 받을 수 있는 자격이 있나요?

신청인과 온 식구에 관한 아래 질문에 답하면 만일 귀하께서 7일 이내로 푸드 스탬프를 받을 수 있는지 확인해 볼 수 있습니다.

1. 귀하나 식구가 이주, 또는 계절적인 농장 노동자입니까? ☐ 예 ☐ 아니오
2. 이달에 받을 총 근로소득: \$ \_\_\_\_\_  
고용주 이름 \_\_\_\_\_  
직장 근무 시작 날짜 \_\_\_\_\_ 직장 근무 끝 날짜 \_\_\_\_\_  
매주/격주/1 달에 2 번/매달 (하나 동그라미 칠 것) 임금 \$ \_\_\_\_\_ 주당 총 근로시간 \_\_\_\_\_ hrs.
3. 이달에 받을 총 불로소득: \$ \_\_\_\_\_  
불로소득 종류 \_\_\_\_\_ 금액 \_\_\_\_\_ 매주/격주/1 달에 2 번/매달 (하나 동그라미 칠 것)  
불로소득 종류 \_\_\_\_\_ 금액 \_\_\_\_\_ 매주/격주/1 달에 2 번/매달 (하나 동그라미 칠 것)
4. 이달의 총 근로 및 불로 소득: \$ \_\_\_\_\_
5. 귀하와 식구가 가지고있는 총 현금, 또는 은행의 잔금은? \$ \_\_\_\_\_
6. 귀하와 식구가 매달 지급하는 렌트나 모기지 비용은? \$ \_\_\_\_\_
7. 귀하와 식구가 매달 지급하는 전기세, 수도세, 가스세 등은? \$ \_\_\_\_\_

## 다른사람을 시켜서 푸드 스탬프나 메디케이드 신청을 부탁해도 되나요?

다른사람이 귀하 대신 푸드 스탬프나 메디케이드 신청양식을 접수 및/또는 인터뷰 및/또는 귀하께서 가게에 갈 수 없을 때 귀하의 혜택 자동이체 카드로 음식을 사러 갈 계획일 때만 이 부분을 기재하십시오. 한 사람 이상 선정해도 됩니다. 만일 메디케이드 신청을 하는 경우, 귀하를 대신하여 의료지원 신청을 할 사람을 한 사람 이상 선정할 수 있습니다.

이름: \_\_\_\_\_ 전화: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_ 아파트: \_\_\_\_\_  
시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_  
이름: \_\_\_\_\_ 전화: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_ 아파트: \_\_\_\_\_  
시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

위 사람이 귀하의 메디케이드 카드를 한 장 갖고있기를 원합니까? ☐ 예 ☐ 아니오



# 혜택 신청서



## 신청인과 그의 온 식구에 관해 적어주십시오

아래의 도표에 본인 또는 신청인과 온 식구에 관한 내용을 기재하십시오. 연방법 및 규정: 2008 년도 식품 및 영양 법안 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, and 42 C.F.R. § 435.920 에 의하면 DFCS 가 본인과 본인의 가구 구성원들의 소셜 번호를 요청하도록 허가하고 있습니다. 만약 본인의 가구 구성원이 시민권, 이민 신분 또는 소셜 번호등의 해당 정보를 주기 원하지 않을 때에는 그 당 사자는 비 신청인 자격이 주어집니다. 즉, 정보를 주지 않은 개인은 신청인이 아니고 혜택을 받을 자격이 없습니다. 그러나 해당 당 사자를 제외하고 나머지 가구 구성원들은 자격이 있다면 혜택을 받을 수 있습니다. 만약 귀하가 귀하의 가구 구성원 중 누군가가 수혜의 자격이 있는지 없는지를 알고 싶은 경우에도 시민권 또는 이민 신분 및 소셜 번호를 저희에게 제출하여야 합니다. 메디케이드 혜택의 오직 수취인만으로서 신청 또는 갱신하는 경우를 제외하고, 가구의 수혜 자격 및 수혜 정도를 결정하기 위해서도 또한 본인의 수입 및 수입 원천을 저희에게 알려주어야 합니다. 시민권 및 이민 신분에 대한 내용을 알려주지 않는다 해도 이민국(USCIS)의 '수혜를 위한 체계적 외국인 확인 (SAVE)' 시스템에 신고하지 않습니다. 단, 이민 신분 정보가 귀하의 신청서에 제출되었을 때에, 그 정보는 SAVE 시스템을 통해서 확인될 수 있으며, 귀 가구의 자격과 혜택수준에 영향을 미칠 수 있습니다.

| 이름<br>이름      중간이름 약자      성 | 귀하와<br>의 관계 | 이 사람도<br>수혜신청자<br>입니까? | 생일<br><br>형식<br>(- / - / - -) | 소셜번호<br><br>(신청인 만) | 성별<br><br>(남/여) | 히스패닉계/<br>라틴계?<br><br>(선택사항)<br>(예/아니오) | 인종 코드<br><br>(선택사항)<br><br>(아래<br>코드를<br>보시오) | 미국시민, 유자격<br>외국인/이민,<br>또는 히/산악지<br>라오스<br>이민입니까?<br><br>(신청인 만)<br>(예/아니오) |
|------------------------------|-------------|------------------------|-------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
|                              | 자신          |                        |                               |                     |                 |                                         |                                               |                                                                             |
|                              |             |                        |                               |                     |                 |                                         |                                               |                                                                             |
|                              |             |                        |                               |                     |                 |                                         |                                               |                                                                             |
|                              |             |                        |                               |                     |                 |                                         |                                               |                                                                             |
|                              |             |                        |                               |                     |                 |                                         |                                               |                                                                             |
|                              |             |                        |                               |                     |                 |                                         |                                               |                                                                             |
|                              |             |                        |                               |                     |                 |                                         |                                               |                                                                             |
|                              |             |                        |                               |                     |                 |                                         |                                               |                                                                             |

인종 코드 (해당 사항 다 선택):

AI - 미국계 인디언/알래스카 원주민

AS - 아시안

BL - 흑인/아프리카계 미국인

HP - 하와이 태생/태평양 군도 주민

WH - 백인

인종/국적 정보를 제공하시면 우리 프로그램이 비차별적으로 운영되는 데 도움이됩니다. 귀하의 가구는 이 정보를 제공해야 할 의무가 없으며 제공하지 않아도 귀하의 자격이나 혜택수준에 영향을 끼치지 않습니다.

## 신청인과 그 가구의 온 식구에 관해 더 적어주십시오.

신청인과 그 가구의 온 구성원에 관한 정보가 더 있어야 수혜자격을 결정할 수 있습니다. 아래 장에 귀하가 받기 원하는 혜택사항에 해당하는 질문에만 답하십시오.

## 혜택 신청서



1. 식구 중 누군가가 다른 카운티나 주에서 어떤 혜택이든지 받는 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

예라고 했으면,

누가: \_\_\_\_\_

어디에서: \_\_\_\_\_

언제: \_\_\_\_\_

2. 1996년 8월 22일 이후로 한 지역 이상의 곳에서 푸드 스탬프 혜택을 받으려고 누군가가 자기의 거주지와 구성원에 관한 거짓정보를 제공하여 유죄판결을 받은사람이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

예라고 했으면,

누가: \_\_\_\_\_

어디에서: \_\_\_\_\_

언제: \_\_\_\_\_

3. 신청서 날짜 이후로 30 일 이내에 식구 중 누군가가 자진하여 직장을 그만두었거나 근무시간을 주당 30 시간 미만으로 줄었습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

예라고 했으면,

누가: \_\_\_\_\_

왜 그만두었습니까? \_\_\_\_\_

4. 누군가가 임신했습니까? \*가능하면 임신한 증거를 제공하십시오

☐ 예 ☐ 아니오

(이 질문은 푸드 스탬프만 신청하는 경우는 해당하지 않습니다.)

누가: \_\_\_\_\_

출산예정일: \_\_\_\_\_

5. 누군가가 지난 3개월 동안 메디케이드 청구서를 지급하지 않은 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

(이 질문은 푸드 스탬프나 TANF만 신청하는 경우는 해당하지 않습니다.)

6. 누군가가 푸드 스탬프나 TANF 프로그램에서 실격된 사람이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

예라고 했으면,

a. 누가: \_\_\_\_\_

b. 어디에서: \_\_\_\_\_

7. 누군가가 감옥이나 중죄처벌을 회피하는 사람이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

(푸드 스탬프와 TANF만) 예라고 했으면,누가: \_\_\_\_\_

## 혜택 신청서



8. 누군가가 집행유예나 가석방의 조건을 위반한 사람이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

(푸드 스탬프와 TANF만) 예라고 했으면, 누가: \_\_\_\_\_

9. 1996년 8월 22일 이후로 누군가가 통제된 마약 물질의 소지, 사용 또는 유통 행위에 대해 중범죄(푸드 스탬프와 TANF만) 또는 폭력 중범죄 (TANF 만) 유죄처벌을 받은사람이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

예라고 했으면,

누가: \_\_\_\_\_

언제: \_\_\_\_\_

10. 1996년 8월 22일 이후로 귀하나 귀 가구의 누군가가 푸드 스탬프 혜택을 매매하여 유죄판결을 받은 사람이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

예라고 했으면,

누가: \_\_\_\_\_

언제: \_\_\_\_\_

11. 1996년 8월 22일 이후로 귀하나 귀 가구의 누군가가 \$500 이상의 푸드 스탬프 혜택을 매매하여 유죄판결을 받은 사람이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

예라고 했으면,

누가: \_\_\_\_\_

언제: \_\_\_\_\_

12. 1996년 8월 22일 이후로 귀하나 귀 가구의 누군가가 푸드 스탬프 혜택으로 총, 탄환, 또는 폭발물을 구매한 사람이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

예라고 했으면,

누가: \_\_\_\_\_

언제: \_\_\_\_\_

13. 누구든지 TANF 기금나 EPPIC 카드를 다음과 같이 금지된 장소에서 사용한 적 있습니까? 리커 스토어, 카지노, 포커룸, 성인오락업소, 보석금보증업체, 나일, 클럽이나 술집, 빙고 홀, 승마장, 총기/무기업소, 크루즈 선박, 점쟁이, 흡연물업소, 문신/피어싱 업소, 스파/마사지 업소 등.

☐ 예 ☐ 아니오

예라고 했으면,

누가: \_\_\_\_\_

언제: \_\_\_\_\_





## 푸드 스탬프 프로그램 처벌

가구 중 누구라도 그 어떤 푸드 스탬프 규율을 의도적으로 어기는 사람은 푸드 스탬프 프로그램으로부터 1 년 내지 영구적으로 실격되거나, 아니면 최고 \$250,000 의 벌금에 처하거나 최고 20 년 징역에 처해지거나, 아니면 두가지 처벌을 다 받을 수 있습니다. 그사람은 적용가능한 연방법과 주 법에 따라 기소될 수도 있으며, 또한 법정 명령이 있을 경우 추가 18 개월 간 푸드스탬프 프로그램으로부터 실격될 수도 있습니다.

가구 중 누구라도 의도적으로 규율을 어기는 사람은 첫 위반시에는 1 년간, 2 번째 위반시에는 2 년간, 그리고 3 번째 위반시에는 영구적으로 푸드스탬프를 받을 수 없습니다.

만일 법정이 귀하나 귀 가구의 누군가가 통제된 물질 관련 거래에 사용하였다고 유죄판결을 받으면, 귀하나 귀 가구의 그 사람은 첫 위반시에는 2 년간, 그리고 두번째 위반시에는 푸드 스탬프 프로그램으로부터 영구적으로 실격됩니다.

만일 법정이 귀하나 귀 가구의 누군가가 수혜혜택을 화기, 탄환, 또는 폭발물 매매에 관련된 거래에 사용하였다고 판결할 경우, 귀하나 귀 가구의 그 사람은 첫 위반시 영구적으로 푸드 스탬프 프로그램으로부터 실격됩니다.

만일 법정이 귀하나 귀 가구의 누군가가 총 \$500 이상의 수혜혜택을 불법거래했다고 유죄판결을 했을 경우에, 귀하나 귀 가구의 그 사람은 첫 위반시 영구적으로 푸드 스탬프 프로그램으로부터 실격됩니다.

만일 법정이 귀하나 귀 가구의 누군가가 총 \$500 이상의 수혜혜택을, 여러 곳에서 푸드 스탬프를 받기 위해 신분 (자기가 누군지를) 이나 거주지 (자기가 사는 곳)를 속이는 허위증서를 제시하거나 말을 했을 때에, 귀하나 귀 가구의 그 사람은 10 년 간 푸드 스탬프 프로그램으로부터 실격됩니다.

모든 메디케이드, 푸드 스탬프와 TANF 신청인 관련:

나는 신청인과 그의 가구에 해당하는 이 양식의 모든 사항을 읽고 이 양식을 기입했습니다. 나는 내가 제공한 모든 정보가 내가 아는 한 사실이며 완전한 정보라고 위증의 처벌 하에 증명합니다. 만일 이내가 거짓을 하면 법에 의해 처벌 받는다는 것을 압니다.

신청인 서명

날짜

위임된 대리인의 서명

날짜

사건 관리인의 이름과 서명  
(Case Manager's Name and Signature)

날짜  
(Date)