

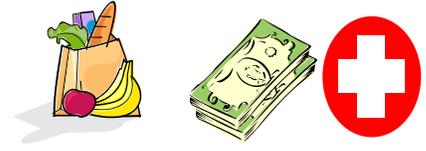


이 신청서를 작성하거나 저희와 소통하는 데 도움이 필요하시면 저희에게 문의하거나 **1-877-423-4746** 으로 전화하십시오. 청각장애가 있거나 잘 듣지 못하실 경우 조지아 릴레이에 **1-800-255-0135** 로 전화하십시오. 저희 서비스는 무료입니다.

<p>'가족이동서비스국' (DFCS)에서는 어떤 서비스를 제공합니까?</p> <p>DFCS는 다음의 서비스를 제공합니다.</p>		<p>자주 묻는 질문들</p> <p>혜택을 받는 데까지 시간이 얼마나 걸립니까?</p> <p>푸드 스탬프: 최대 30일 TANF: 최대 45일 메디케어: 10일에서 60일</p> <p>귀하의 자격이 될 경우, 7일 내에 푸드 스탬프를 받게 됩니다. 7페이지 참조.</p> <p>얼마를 받을 수 있습니까?</p> <p>소득, 소득원, 가구의 식구 수 등이 혜택금액에 영향을 끼칩니다. 자격이 판정되면 구체적인 정보를 드릴 수 있습니다.</p> <p>혜택은 어떻게 받습니까?</p> <p>푸드 스탬프는 '전자 급부 이체'(EBT) 카드로 받을 수 있습니다. TANF의 경우, EPPIC Debit 마스터 카드를 받아서 급부를 받게 됩니다. 메디케어 혜택을 위해 수혜 가능한 가구마다 메디케어 카드가 발급됩니다.</p> <p>어떤 정보를 제공해야 합니까?</p> <p>다음의 정보를 제공하는 것이 좋습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 푸드 스탬프, 또는 TANF를 신청하는 사람의 자신의 신분증. 메디케어를 신청하는 모든 사람의 신분증. 예: 신분증(ID)이나 운전면허증(DL) 급부를 신청하는 모든 사람의 시민권이나 자격을 입증하는 이민신분증. '긴급 의료 서비스'만 신청하실 경우에는, 귀하의 SSN 또는 귀하의 이민 지위에 대한 정보를 제공하실 필요가 없습니다. 지원을 요청하는 모든 사람의 소셜 시큐리티 번호 소득 증명 자료. 예를 들어, 급여명세, 자녀양육비 지급 수표 및 소득을 입증하는 서신 자녀보육 관련 영수증, 의료비 청구서, 의료 관련 교통비, 자녀양육비 지급금 등 <p>모든 정보를 저희 사무실로 제출할 수 있도록 시간을 드립니다. 이런 정보를 확보하는 데 도움이 필요하시면 연락하십시오.</p> <p>신청인의 개인 정보는 어떻게 사용됩니까?</p> <p>급부 신청을 하는 사람의 소셜 시큐리티 번호(SSN)와 시민권 또는 이민신분증만 제공하면 됩니다. 이 정보는 소득과 수혜 자격 확인 시스템(IEVS)을 통해 확인하는 데 사용됩니다. 또한 정보를 연방, 주, 그리고 지방 관공서의 정보와 대조하여 귀하의 소득과 자격을 확인합니다. 만일 식구 중 자신의 소셜 시큐리티 번호, 시민권, 또는 이민신분 관련 정보의 제공을 원치 않는 사람이 있다 해도 나머지 식구들은 여전히 혜택을 받을 수 있습니다. '긴급 의료 서비스'만 신청하실 경우에는, 귀하의 SSN 또는 귀하의 이민 지위에 대한 정보를 제공하실 필요가 없습니다.</p> <p>다른 사람이 내 대신 신청을 해 줄 수 있나요?</p> <p>예, 메디케어와 푸드 스탬프의 경우, 다른 사람에게 대신 신청해 달라고 부탁할 수 있습니다. TANF는 누구나 신청할 수 있지만 부모나 양육인(caretaker)은 인터뷰를 받아야 합니다.</p>
	<p>식료품 지원</p> <p>푸드 스탬프는 EBT/Quest 표시가 붙은 어느 상점에서든지 음식을 구매할 수 있는 급부입니다. 구매하신 식료품의 가격은 귀하의 푸드 스탬프 계좌에서 공제합니다.</p>	
	<p>현금지원/취업지원 서비스</p> <p>빈곤가족 임시지원(TANF)은 제한된 기간 동안 부양자녀가 있는 가정에 현금을 지원해 줍니다. 이 지원프로그램의 수혜자인 부모나 보호자는 근로 프로그램(work program)에 참여할 의무가 있습니다. 현금지원 프로그램은 또한 TANF 프로그램 수혜 자격이 없는 난민 가정에도 제공됩니다.</p>	
	<p>의료지원</p> <p>메디케어(Medicaid)는 자격이 되는 수혜자의 의료비, 의사 진료비 및 메디케어(Medicare) 보험료를 지급해 줄 수도 있습니다.</p>	
	<p>사회 봉사 서비스</p> <p>기타 복지부 서비스에 관한 추가 정보는 저희 홈페이지 http://www.dfcs.dhr.georgia.gov 를 방문하거나 1-877-423-4746으로 전화하십시오.</p> <p>급부 신청을 어떻게 할 수 있습니까?</p> <p>제1단계. 신청서 작성. 질문을 자세히 읽고 정확한 정보를 제공하십시오. 신청서에 서명하고 날짜를 기재하십시오.</p> <p>제2단계. 신청서 제출. 1페이지부터 3페이지까지는 분리하여 보관하십시오. 이 신청서 중 4페이지부터 13페이지까지는 가족 및 아동 서비스부국(DFCS) 사무실로 우편, 팩스로 보내거나, 또는 직접 가지고 오십시오. 귀하나 귀하가 대신해서 신청해 주는 사람에게 수혜 자격이 있다면 신청서에 귀하의 성명, 주소, 서명이 기재되어 접수된 날부터 푸드 스탬프나 TANF 혜택을 제공됩니다. 본인이 푸드 스탬프 또는 메디케어를 신청한다면 귀하의 성명, 주소 및 서명만으로도 신청서를 접수할 수 있습니다. 그러나 신청서 양식을 완전히 작성하시면 저희가 귀하의 신청서를 더 신속히 처리해 드릴 수 있습니다. 본 양식은 푸드 스탬프 프로그램(FS)만을 신청하거나 한가지 이상의 프로그램을 같이 신청하는 데 사용하실 수 있습니다. 귀하의 푸드 스탬프 신청은 귀하가 신청한 다른 프로그램들이 거부된 것만으로 인해 거부되지는 않습니다. 저희는 귀하의 푸드 스탬프 신청서에 대한 수혜 자격을 별도로 결정할 것입니다. 귀하가 어떤 기관에 입소하여 있고 푸드 스탬프와 SSI를 동시에 신청할 경우 신청서의 접수 날짜는 기관에서 퇴소하는 날짜가 됩니다.</p> <p>제 3단계. 직원과의 상담 담당자와 인터뷰를 해야 하는 경우도 있습니다. 그런 경우는 저희가 예약을 해드립니다. 인터뷰는 전화 통화로도 가능합니다.</p>	



조지아주 복지부 급부 신청서



본 기관은, 인종, 피부색, 출신국, 장애, 연령, 성별, 경우에 따라서는 종교 또는 정치적 신념을 이유로 하여 차별을 할 수 없습니다.

미국 농무부(USDA)도, 인종, 피부색, 출신국, 성별, 종교적 신조, 장애, 연령, 정치적 신념을 이유로 하는 차별을 금지하며, 농무부(USDA)가 수행하거나 자금을 제공하는 프로그램이나 활동에서 이전에 있었던 시민의 권리 운동을 이유로 하는 보복이나 응징을 할 수 없습니다.

프로그램 정보를 받는 데 있어서 대체 의사소통 수단(예를 들어, 브라유 점자, 글자가 큰 인쇄물, 음성 테이프, 미국 수화 등)을 필요로 하는 장애인인 경우 급부 신청을 한 기관(주 또는 지방자치단체)에 연락해야 합니다. 청각 장애가 있거나 듣는 데 어려움이 있거나 언어 장애가 있는 분은 연방 릴레이 서비스(Federal Relay Service)((800) 877-8339)를 통해 USDA 에 문의하실 수 있습니다. 또한, 프로그램 정보는 영어 외의 다른 언어로도 제공이 가능합니다.

프로그램 차별 민원을 제기하시려면 다음의 웹사이트에서 온라인으로 또는 어느 USDA 사무소에서라도 [USDA 프로그램 차별 민원서 \(USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027\)](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) 를 작성하십시오 — http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, 또한 USDA 를 수신인으로 하여 서신을 보내실 수 있으며 그 서신에는 이 양식에서 요구하는 모든 정보를 기재하십시오. 민원서 양식이 필요하시면, (866) 632-9992 로 연락하십시오. 아래의 방법을 이용하여 USDA 로 작성한 양식이나 서신을 제출하십시오 —

- (1) 우편: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) 팩스: (202) 690-7442
- (3) 이메일: program.intake@usda.gov.

'보충영양지원프로그램(SNAP)' 문제에 대한 다른 정보에 대해서는, USDA SNAP 핫라인((800) 221-5689)에 연락하셔야 하며(스페인어도 동일 번호), 그렇지 않을 경우 아래 웹사이트에서 찾을 수 있는 주 정보 핫라인 번호 ([State Information/Hotline Numbers](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm)) 로 연락하십시오 (주 별 핫라인 번호 목록 링크) — http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

미국 건강보전부(HHS)를 통해 연방 재정지원을 받는 프로그램과 관련하여 '차별 민원서'를 제출하실 경우 다음 주소 — "HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201"로 보내시거나 (202) 619-0403 (음성) 또는 (800) 537-7697 (TTY)로 연락하십시오.

본 기관은 '동등기회 제공기관'입니다.

또한 차별에 대한 불만 신고를 위해 DFCS 민권 프로그램(Two Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303)으로 서신을 보내거나 (404) 657-3735 로 전화하거나 (404) 463-3978 로 팩스를 보내실 수 있습니다. 영어가 부족하거나 자각 신경 장애가 있다면 DHS 의 영어능력 제한 및 자각 신경 장애 프로그램(Two Peachtree Street, N.W., Suite 29-103 N.W., Atlanta, GA 30303)으로 서신을 보내거나 (404) 657-5244 로 전화하거나 (404) 651-6815 로 팩스를 보내십시오.

지역사회보전부(DCH) 정책에 의거하여 메디케이드는 귀하의 인종, 나이, 성별, 장애, 출신 국가, 또는 종교적 정치적 신념으로 인해 귀하의 혜택이나 자격을 거부하지 않습니다. 메디케이드 자격 문의나 제공자에 의한 차별 신고는 조지아주 지역사회 보전부의 프로그램 무결성관리실(Office of Program Integrity) (지역사무실) 404-463-7590 또는 (수신자 부담) 800-533-0686 번으로 전화하십시오.

이 신청서에서 사용하는 용어들의 뜻은 무엇입니까?

다음의 표는 이 신청서에서 사용하는 용어들을 설명합니다.

양육인(caretaker)	돌보고 있는 아동과 함께 TANF 를 신청하여 받고 있는 부모, 친척 또는 법적 보호자
수혜자 친척	아동을 위하여 자신의 이름으로 TANF 를 신청하여 받고 있는 부모, 친척 또는 법적 보호자
자격 상실	진실을 말하지 않음으로써 받을 수 없었던 혜택을 받았기 때문에 푸드 스탬프 또는 TANF 에서 제외되는 조치
전자 급부 이체(EBT)	푸드 스탬프 또는 TANF 를 받을 자격이 있는 개인에게 급부를 지불하기 위해 조지아 주에서 사용하는 시스템. 보조금을 받는 개인들이 푸드 스탬프 계좌를 이용할 수 있도록 전자이체 직불카드가 지급됩니다.
EPPICard 데빗 마스터 카드	제록스(Xerox)사에서 새로 발급한 데빗카드는 조지아 주에서 현금 지원을 받는 사람들에게 주어집니다. EPPI 데빗 마스터 카드는 마스터 카드를 받는 모든 곳에서 구매나 현금 인출을 위해 사용할 수 있습니다.



이 신청서에서 사용하는 용어들의 뜻은 무엇입니까?

가구 구성원	귀하의 집에서 거주하는 개인들. 푸드 스탬프를 받는 경우, 한집에 함께 거주하며 음식을 사서 같이 만들어 먹는 개인들.
소득	시간당 급여, 봉급, 커미션, 보너스, 산업재해 보험금, 장애 급부, 연금, 퇴직 급여, 이자, 아동 양육비 또는 다른 형태로 받는 금전
총소득	세금 납부나 공제 전의 개인 총소득
농장의 이주 노동자	계절에 따라 농장에서 채용하는 노동자로서 농장 일을 찾으러 여러 곳으로 이주하며 거주하는 사람
수입원	현금, 부동산, 또는 은행 계좌 등의 자산, 차량, 주식, 채권 및 생명보험 등
계절 농장 노동자	연중 특정한 때에 일하면서 농산물을 심고 추수하고 포장하는 사람. 농장에서 정기적으로 일하는 사람들의 일손이 부족할 때 임시로 채용하는 사람들
SNAP/푸드 스탬프 프로그램의 불법거래	<p>SNAP 급여의 불법거래는 아래와 같은 의미를 갖습니다.</p> <p>(1) 현금 또는 수혜 대상 식품 이외의 대가를 얻기 위하여, 단독으로 또는 타인과 같이 공모하여 직, 간접적으로 EBT 카드, 카드 번호, PIN 번호 등을 통해 발급되고 접근되거나, 또는 수기식 바우처(voucher)나 서명에 의해 발급되고 접근되는 SNAP 급여를 사거나 팔거나 훔치거나 다른 방법으로 교환하는 행위,(2) 무기류, 총탄류, 폭발물, 또는 규제 약물의 거래,(3)현금을 획득할 의도로써 반환금을 주게 되어 있는 용기가 결부된 제품을 SNAP 급여로써 구입한 후 반환금을 받기 위해 그 제품을 의도적으로 버리고 용기를 제출하는 행위, (4)되값으로써 현금 또는 수혜 대상 식품 이외의 대가를 취득할 의도로 SNAP 급여로 제품을 구입한 후, 현금 또는 수혜 대상 식품이 아닌 대가와 교환을 위해 SNAP 급여로 구입한 제품을 의도적으로 되파는 행위, (5) 처음부터 현금이나 수혜 대상이 아닌 식품과 교환하기 위해 고의로 SNAP을 이용해서 물건을 구매하는 행위, (6)현금 또는 수혜 대상 식품 이외의 대가를 얻기 위하여, 단독으로 또는 타인과 같이 공모하거나 결탁하여 직, 간접적으로 EBT 카드, 카드 번호, PIN 번호 등을 통해 발급되고 접근되거나, 또는 수기식 바우처(voucher)나 서명에 의해 발급되고 접근되는 SNAP 급여를 사거나 팔거나 훔치거나 또는 다른 방법에 의한 교환에 영향을 미치려고 하는 시도.</p>
자격 있는 외국인/이민자	<p>자격 있는 외국인/이민자는 합법적으로 미국에 체류하는 개인으로서 다음과 같은 범주에 속하는 사람을 말한다. 즉 <이민 및 국적법(INA)에 근거하여 합법적으로 미국에 입국한 개인>, <1988년의 외국 기업, 수출 금융 및 관련 프로그램 전용법(Foreign Operations, Export Financing and Related Program Appropriations Act) 의 584조에 근거한 아시아계 미국인 혼혈 이민자>, <이민 및 국적법(INA) 208조에 근거하여 정치적 망명을 받은 개인>, <INA의 207조에 의거 입국한 피난민>, <INA의 212(d)(5)항에 의거하여 적어도 1년 동안 미국으로 가석방된 개인>, <1997년 4월 1일 전에 적용되었던 INA 243(h)항 또는 개정 INA 241(b)(3) 항에 의거하여 추방이 보류중인 개인>, <1980년 4월 1일 전에 적용되었던 INA의 203(a)(7)항에 의거하여 조건부 입국이 허가된 개인>, <1980년 피난민 교육 보조법 501(e)항이 정의한 쿠바계 또는 아이티계 이민자>, <2000년 인신매매 희생자 보호법 107(b)(1)항에 의거한 인신매매 피해자>, <1996년 개인 책임 및 근로기회 조정법 431(c)항에서 제시한 조건을 충족시키는 구타당한 이민자>, <INA 101(a)(27)항에 의거하여(구체적으로 기술된 조건에 따름) 특별 이민 신분을 받은 아프간 또는 이라크 이민자>, <INA 289조에 의거하여 캐나다에서 출생하여 미국에 거주하는 아메리칸 인디언, 또는 인디언의 자기 결정 및 교육원조법 4(e)항에 의거하여 연방 정부에서 인정하는 인디언 부족의 비시민권자 인디언, 그리고 베트남 전쟁 당시(1964. 8. 5 - 1975. 5. 7) 군사작전 또는 구출작전에 참여하여 미국인을 도왔던 후몽(Hmong) 또는 고산지역 라오스 부족민>.</p>
2012 중산층 세금 완화법	<p>이 법은 현금 보조금이나 TANF 데빗 카드로 현금을 인출하거나 또는 카지노, 주류상, 성인 전용 유흥업소, 포커룸, 보석금 채권, 나이트 클럽/살롱/주점, 빙고홀, 경마장, 게임장, 총기/총탄상, 여행 유람선, 심령술사, 담배상, 문신/피어싱 업소, 그리고 스파/마사지 살롱 등에서 현금 보조금이나 TANF 데빗카드를 사용하는 것을 금하고 있습니다. 현금 보조금이나 TANF 데빗 카드를 이런 업소들에서 사용하는 것은 사용자의 의도적인 프로그램 위반 사항(사기)이 됩니다.</p>

신청인	공적 보조금/혜택을 받고자 신청하는 사람
비 신청인	공적 보조금/혜택을 신청하지 않는 개인. 비 신청인은 소셜 시큐리티 번호(SSN)를 제공하거나 시민권/이민 신분증을 확인할 필요가 없습니다.
지원 단위	지원 단위는 함께 살며 공공 지원/혜택을 받는 수혜 가능한 개인들을 포함합니다.



조지아주 복지부 급부 신청서



어떤 프로그램을 신청하십니까? 해당되는 모든 사항에 표시하십시오.

푸드 스탬프(Food Stamps)

푸드 스탬프 프로그램은 연방정부가 자금을 지원해서 매달 저소득층 가정의 식비 혜택을 제공하는 프로그램입니다. 이 프로그램은 또한 영양교육을 제공하고 수혜 대상 가정들이 음식과 영양을 잘 공급받도록 돕습니다.

빈곤가족 임시지원(TANF)

빈곤가족 임시지원(TANF)은 아동이 있는 가정들을 튼튼하게 하기 위해 매월 임시 현금지급, 단일 현금지급, 또는 기타 지원 서비스를 제공합니다. 만일 귀하가 아동의 부모이거나 돌보는 사람으로서 혜택 받기를 원하신다면 근로 프로그램에 참여해야 합니다.

난민 현금 지원(Refugee Cash Assistance)

난민 현금지원 프로그램은 TANF 프로그램의 수혜 자격이 없는 가정에 제공되는 재정 지원입니다. 난민은 쿠바인/아이티인 입국자, 인신매매 피해자, 미국인과 아시아인의 혼혈, 그리고 보호자가 없는 미성년자 난민을 포함합니다.

메디케이드(Medicaid)

메디케이드는 노인, 시각장애인이거나 성인 장애인, 임산부, 아동, 그리고 가족에게 의료보험을 제공합니다. 귀하가 신청을 하시면 저희는 모든 메디케이드 프로그램들 중 귀하에게 수혜 자격이 되는 프로그램을 선정해 드릴 것 입니다.

신청인의 인적 사항

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

- () TTY () 점자 () 큰 활자 () 이메일 () 비디오 릴레이 () 수화 통역 _____
 () 외국어 통역(언어를 지정하십시오) _____ () 기타 _____

신청인에 관한 다음 사항을 기재하십시오.

성명	중간이름 이니셜	성	Sr. Jr. 등의 호칭
번지와 도로명 주소			아파트 번호
시	주	우편번호	
우편주소 (위와 다를 경우)			
시	주	우편번호	
주로 사용하는 전화번호	기타 연락 번호	이메일 주소 (선택사항)	



조지아주 복지부 급부 신청서



본인은, 본인이 급부 신청을 대신 해주는 사람(들)이 본인이 믿고 아는 한 미국 시민(들)이며 또는 미국에 합법적으로 체류할 수 있는 신분을 가지고 있는 사람임을, 위증시 처벌받을 것을 각오하고 선언합니다. 본인은 또한, 이 신청서에 기재한 모든 내용이 내가 아는 한 사실이며 정확한 것임을 확인합니다. 나는 DHS와 공인된 연방정부 기관이 본인이 이 신청서에 제공한 정보들을 확인할 것이라는 것을 이해하고 그에 동의합니다. 정보는 나의 이전 고용주 또는 현 고용주로부터 받을 수도 있습니다. 본인은 푸드 스탬프/메디케이드와 또는 TANF 프로그램의 요구사항에 따라 나의 형편에 대한 어떠한 변화라도 있으면 보고하겠습니다. 어떤 정보라도 정확하지 않다면 혜택이 줄거나 거부될 수도 있고 고의로 틀린 정보를 제공한 것으로 인해 형사 사건으로 기소되거나 DHS 프로그램의 자격을 상실하게 될 수도 있습니다. 나는 허위정보를 제출하거나 정보를 감출 시에 기소될 수 있음을 이해합니다. 본인이 신청 인터뷰 또는 갱신 인터뷰에서 DHS에게 본인의 비용에 대해 알리지 않은 부분이 있으며/거나 그러한 부분을 입증하지 못한다면 DHS는 그 부분의 비용들을 나의 푸드 스탬프 혜택 금액의 산출 시 포함하지 않는다는 것을 이해합니다.

_____ 서명

_____ 날짜

_____ "X"로 서명된 경우, 증인 서명

_____ 날짜

나를 대신해서 푸드 스탬프나 메디케이드를 신청해 줄 사람을 선택할 수 있습니까?

이 부분은 귀하를 대신하여 다른 사람이 신청서를 작성하고, 인터뷰를 하거나 귀하가 상점에 갈 수 없을 때 귀하의 EBT카드로 식품을 구매해 주기를 원하는 경우에만 작성하십시오. 메디케이드를 신청하는 경우에는 귀하를 대신해서 의료비 지원을 신청해 줄 사람을 한 명 이상 선택할 수 있습니다.

성명: _____ 전화: _____

주소: _____ 아파트: _____

도시: _____ 주: _____ Zip: _____

성명: _____ 전화: _____

주소: _____ 아파트: _____

도시: _____ 주: _____ Zip: _____

메디케이드의 경우, 이 사람이 귀하의 메디케이드 카드 사본을 갖고 있기를 원합니까? 예 아니요

For Office Use Only (사무실 전용)

Date Received _____

조지아주 복지부 혜택 신청서



내가 푸드 스탬프를 더 빨리 받을 수 있는 자격이 됩니까?

귀하가 푸드 스탬프를 7일 이내에 받을 수 있는지 알아보시려면 신청인과 가구 구성원 모두에 관한 다음의 질문에 답하십시오.

1. 귀하나 가구 구성원 중 이주 또는 계절 농장 노동자가 있습니까? 예 아니요
 그렇다면, 누구입니까? _____

2. 이달에 받을 **총 근로 소득:** \$ _____
 고용주 성명 _____
 업무 시작일 _____ 업무 마감일 _____
 임금 단가 _____ 주당 근무 시간 _____ 매주/격주/1 달에 2 번/매달 (하나에 동그라미하십시오)

3. 이달에 받을 **총 불로소득:** \$ _____
 불로소득 종류 _____ 금액 _____ 매주/격주/1 달에 2 번/매달 (하나에 동그라미하십시오)
 불로소득 종류 _____ 금액 _____ 매주/격주/1 달에 2 번/매달 (하나에 동그라미하십시오)

4. 이달의 총 근로 및 불로 소득: \$ _____

5. 귀하와 모든 가구 구성원들이 현금으로 또는 은행에 가지고 있는 금액은 얼마입니까? \$ _____

6. 귀하가 매달 지불하는 렌트, 모기지, 재산세, 또는 주택 보험료는 모두 얼마입니까? \$ _____

7. 귀하가 이달 지불해야 하는 전기, 수도, 가스 또는 기타 공공요금은 모두 얼마입니까? (미지불금과 연체료는 총액에서 제외) \$ _____



조지아주 복지부 혜택 신청서



신청인과 모든 가구 구성원들에 관해 적어주십시오

아래의 도표에 **신청인 및 모든 가구 구성원들에 대한 내용을 기입하십시오.** 다음의 연방법 및 규정, 즉 ‘2008 년 식품 및 영양법’, ‘7 U.S.C. § 2011-2036’, ‘7. C.F.R. § 273.2’, ‘45 C.F.R. § 205.52’, ‘42 C.F.R. § 435.910’, ‘42 C.F.R. § 435.920’에 의하면 **가족아동 서비스국(DFCS)이 귀하와 가구 구성원들의 소셜 시큐리티 번호를 요구할 수 있도록 허용하고 있습니다.** 그 가정에 같이 살면서 혜택을 신청하지 않는 사람은 **비신청자**로 처리됩니다. 비신청자들은 그들의 소셜 시큐리티 번호, 시민권 또는 이민 상황에 대한 정보를 제공할 필요가 없고 혜택을 받을 수 없습니다. 다른 가구 구성원들은 자격이 있다면 혜택을 받을 수 있습니다. 귀하의 가구 구성원 중 누가 수혜의 자격이 있고 없는지를 알고 싶은 경우에도 시민권 또는 이민 신분 및 소셜 시큐리티 번호(SSN)를 저희에게 제출하여야 합니다. 또한 수혜 자격과 가정의 수혜 정도를 결정하기 위해 **그들의 소득과 재원도 제출하여야 합니다.** 저희는 시민권이나 이민 상황을 제출하지 않은 비신청 가구 구성원을 미국 시민권 및 이민 서비스(USCIS)의 복리후생을 위한 체계적인 외국인 조회(SAVE) 시스템에 보고하지 않습니다. 그러나 신청서 상에 이민상황에 대한 정보가 제출된 경우, 이 정보는 SAVE 시스템을 통해 조회되어 그 가정의 수혜 자격과 수혜 정도에 영향을 미치게 될 수도 있습니다. 저희는 귀하의 소득과 수혜 자격을 확인하기 위해 다른 연방, 주, 그리고 해당지역 기관들과 귀하의 정보를 맞추어볼 것입니다. 이 정보는 또한 범망을 피해 도주 중인 사람을 찾는 데 사용하도록 경찰청에 제보될 수도 있습니다. 귀하의 가정이 푸드 스탬프로부터 청구를 받았다면 SSN 을 포함한 본 신청서 상에 제공된 정보는 청구금을 받아내는 데 사용하도록 연방 및 주정부 기관들과 사립 채권추심 업체들에 제공될 수도 있습니다. 저희는 다른 가구 구성원들이 SSN, 시민권 또는 이민 상황 정보를 제출하지 않았다고 해서 신청한 다른 가구 구성원들의 혜택을 거부하지는 않습니다.

성명 이름(first) 중간 약자 성(last)	귀하와 의 관계	이 사람도 급부 신청자입니 까? (예/아니요)	출생일 형식 (- / - / - -)	소셜 시큐리티 번호 (신청인만 필요)	성별 (남/여)	히스패닉계/ 라틴계? (선택사항) (예/아니요)	인종 코드 (선택사항) (아래의 코드를 참조하세요)	미국시민이거나 유자격 외국인/이민자입 니까? (신청인만 필요) (예/아니요)
	본인							

인종 코드(해당 항목에 모두 표시하십시오):

- AI – 미국계 인디언/알래스카 원주민
- HP – 하와이 태생/태평양 군도인

- AS – 아시안
- WH – 백인

- BL – 흑인/아프리카계 미국인

인종/민족 정보를 제공하시면 저희 프로그램이 비차별적으로 운영되는 데 도움이 됩니다. 귀하의 가구는 이 정보를 제공해야 할 의무가 없으며 제공하지 않아도 귀하의 자격이나 혜택 수준에 영향을 끼치지 않습니다.



조지아 주 복지부 급부 신청서



신청인과 모든 가구 구성원들에 관해 적어주십시오.

누가 수혜 자격이 있는지를 결정하기 위해 신청인과 모든 가구 구성원들에 관한 정보가 더 필요합니다. 아래에서는 오로지 귀하가 받기 원하는 혜택에 해당되는 질문에만 답하십시오.

1. 다른 카운티나 주에서 어떤 급부든지 받은 적이 있습니까? 예 아니요

예라고 답한 경우,
누가: _____
어디서: _____
언제: _____

2. 1996년 8월 22일 이후, 다수의 푸드 스탬프를 받기 위해 한군데 이상의 지역에서 사는 곳과 신원에 대해 허위정보를 제공하였다가 유죄선고를 받은 사람이 있습니까? (푸드스탬프만 해당) 예 아니요

예라고 답한 경우,
누가: _____
어디서: _____
언제: _____

3. 신청일로부터 30 일 내에 자발적으로 직장을 그만두거나 자발적으로 근무시간을 일주일에 30 시간 이하로 줄인 사람이 있습니까? (푸드 스탬프 및 TANF에만 해당) 예 아니요

예라고 답한 경우, 누가: _____
왜 그만두었습니까? _____

4. 임신한 사람이 있습니까? *가능하면 임신한 증거를 제공하십시오. (이 질문은 푸드 스탬프만 신청하는 경우는 해당되지 않습니다.) 예 아니요

누가: _____
출산예정일: _____

5. 메디케이드와 관련하여 지난 3개월 동안 지불하지 않은 의료비 청구서를 가지고 있는 사람이 있습니까? (이 질문은 푸드 스탬프나 TANF만 신청하는 경우는 해당되지 않습니다.) 예 아니요

6. 푸드 스탬프나 TANF 프로그램에서 자격을 상실했던 사람이 있습니까? 예 아니요

예라고 답한 경우,
a. 누가: _____
b. 어디에서: _____

7. 중범죄로 인한 기소나 죄책을 피하려는 사람이 있습니까? (푸드 스탬프 및 TANF에만 해당) 예 아니요

예라고 답한 경우, 누가: _____



8. 보호관찰이나 가석방 조건을 위반한 사람이 있습니까? (푸드 스탬프 및 TANF에만 해당)
예라고 답한 경우, 누가: _____ 예 아니요

9. 1996년 8월 22일 이후로 규제대상 약물의 소지, 사용, 또는 판매와 관련된
행위로 인한 중범죄(푸드 스탬프, TANF 해당)나 또는 폭력 중범죄(TANF만 해당)로
유죄선고를 받은 사람이 있습니까? 예 아니요
예라고 답한 경우,
누가: _____
언제: _____

10. 귀하나 가구 구성원 중 1996년 8월 22일 이후, 마약을 사기 위해 푸드 스탬프를
거래하다 유죄선고를 받은 사람이 있습니까? (푸드 스탬프만 해당) 예 아니요
예라고 답한 경우,
누가: _____
언제: _____

11. 귀하나 가구 구성원 중 1996년 8월 22일 이후, 푸드 스탬프를 \$500 이상의
금액으로 사거나 팔다가 유죄선고를 받은 사람이 있습니까? (푸드 스탬프만 해당) 예 아니요
예라고 답한 경우,
누가: _____
언제: _____

12. 귀하나 가구 구성원 중 1996년 8월 22일 이후, 푸드 스탬프를 이용해 총기,
총탄, 폭발물을 거래하다가 유죄선고를 받은 사람이 있습니까? (푸드 스탬프만 해당) 예 아니요
예라고 답한 경우,
누가: _____
언제: _____

13. 다음에 나열한 장소, 즉 주류상, 카지노, 포커룸, 성인전용 유흥업소, 보석 중개업소 (bail bonds), 나이트 클럽/살롱/주점, 빙고홀,
경마장, 총기/총탄상, 여행 유람선, 심령술사, 담배상, 문신/피어싱 업소, 그리고 스파/마사지 살롱에서 TANF 현금 지원금이나 EPPIC
카드를 사용한 사람이 있습니까? (TANF 만 해당) 예 아니요
예라고 답한 경우,
누가: _____
언제: _____



신청인과 모든 가구 구성원들의 수입에 관해 적어주십시오.

신청인 중 누구라도 임금, 팁, 보너스, 사업, 소셜 시큐리티/레일로드 은퇴, 기타 장애 연금, 퇴역 군인, 연금, 실직, 양육비, 위자료, 다른 사람으로부터 받는 돈 등 어떤 종류의든 소득을 갖고 있는 사람이 있습니까?

소득이 있는 가구 구성원의 성명	소득 종류	고용주 성명 / 소득원	월간 금액(공제 전)	빈도(월간, 2 주마다, 주간)	시간당 임금	주당 근무 시간	지급 날짜

신청인과 모든 가구 구성원들의 비용에 관해 적어주십시오.

미성년 자녀나 장애가 있는 성인 가족의 케어를 위해 비용을 지불합니까? 예 아니요 예라고 응답한 경우 아래 표를 채우십시오.

케어가 필요한 사람	케어 비용을 지불하는 사람	케어의 이유	서비스 제공자 성명/번호	서비스 제공자에게 지불하는 금액	지불 빈도

60 세 이상 또는 장애가 있는 사람의 의료 비용을 지불합니까? 예 아니요 예라고 응답한 경우 아래 표를 채우십시오.

비용 지불이 필요한 사람	비용의 종류 (의사 방문, 병원 방문, 처방, 메디케어 또는 건강 보험료, 안경)	지불해야 하는 비용	현재 지불해야 하는 금액이 남아있나요? 예/아니요	지불 날짜	보험에서 커버되나요? 예/아니요

60 세 이상 또는 장애가 있는 사람이 의료 서비스를 받기 위해 이동하는 데 비용이 드나요? 예 아니요

예라고 응답한 경우 다음 표를 채우십시오.

이동 목적 (의사나 병원 방문, 약국 방문)	운전 거리(마일):	택시, 버스, 주차, 숙소 비용:



신청인과 모든 가구 구성원들의 지출에 관해 더 적어주십시오.

가구 구성원 중 귀하의 주거지 외에 거주하는 누군가에게 아동 양육비를 지불하는 사람이 있습니까?

예 아니요 예라고 대답한 경우, 아래의 표를 기입하십시오:

지불 의무가 있는 구성원	양육비가 지불되는 아동의 성명	지불의무 금액	실제 지불된 금액	아동 양육비 수령인?

귀하나 가구 구성원 중 주거비용을 내는 사람이 있다면 다음의 표를 작성하십시오?

예 아니요

예라고 대답한 경우, 다음의 표를 기입하십시오.

비용	액수	얼마나 자주?	누가 지불하는가?
렌트/모기지			
재산세			
주택 보험			
전기요금			
가스요금			
쓰레기 요금			
전화요금			
기타			

함께 거주하는 사람과 매월 주거비용을 나누어 분담하는 것이 있습니까?

예 아니요

예라고 대답한 경우, 누구입니까? _____

설명/서류 _____

누구에게 지불합니까? _____ 지불 액수 \$ _____ 빈도 _____

집주인 성명 _____

집주인 주소: _____

과거 12 개월 동안 에너지 보조금을 받은 적이 있습니까?

예 아니요

예라고 대답한 경우 받은 금액 \$ _____

귀하를 위해 다른 사람이 상기 주거 비용을 지불하는 것이 있습니까? 예 아니요 예라고 대답한 경우, 아래의 표를 채우십시오.

청구서는 누가 지불합니까?	어떤 청구서를 지불합니까?
지불하는 액수는 얼마입니까?	누구에게 청구서를 지불합니까?



푸드 스탬프 프로그램 관련 처벌

고의로 허위정보를 제공하면 혜택을 상실하거나 형사 사건으로 기소될 수 있습니다.

- 귀하의 가정이 받아서는 안될 혜택을 받기 위해 허위정보를 제공하거나 정보를 숨기지 마십시오.
- 타인의 푸드 스탬프 또는 EBT 카드를 사용하지 마십시오. 당신의 것을 타인이 사용하지 못하도록 하십시오.
- 식품 혜택을 음식이 아닌 술 또는 담배 또는 신용카드 지불 등을 위해 사용하지 마십시오.
- 푸드 스탬프나 EBT 카드를 불법적 품목으로 즉, 무기, 총탄 또는 규제대상 약물(불법 마약) 등을 위해 거래하거나 팔지 마십시오.

위의 푸드 스탬프 규정들 중 어느 것이라도 고의적으로 위반하는 모든 개인은 1 년에서 영구적으로 푸드 스탬프 프로그램에서 금지당할 수 있고 최고 \$250,000 의 벌금형, 20 년의 징역형, 또는 둘다의 형을 받을 수 있습니다. 그 사람은 적용 가능한 기타 주정부 및 연방법에 의거 처벌 받을 수도 있습니다. 또한 법정이 명령하면 푸드 스탬프/SNAP 프로그램 혜택을 추가로 18 개월동안 중지당할 수도 있습니다.

귀하의 가구 구성원 중 누구라도 규정을 고의적으로 위반하면 첫 위반시 1 년, 두 번째 위반시 2 년, 세 번째 위반시 영구적으로 푸드 스탬프를 받을 수 없습니다.

귀하나 귀하의 가구 구성원 중 누구라도 규제대상 약물의 판매와 관련된 거래에 급여를 사용했거나 급여를 받은 것으로 법정에서 유죄 판결을 받는다면, 귀하나 그 가구 구성원은 첫 위반시 2 년, 두 번째 위반시 영구적으로 혜택을 받을 수 없습니다.

귀하나 귀하의 가구 구성원 중 누구라도 총기류, 총탄 또는 폭발물의 판매와 관련한 거래에서 급여를 사용했거나 급여를 받은 것으로 법정에서 유죄 판결을 받는다면, 귀하나 그 가구 구성원은 첫 위반시부터 영구적으로 푸드 스탬프 프로그램의 참여자격을 상실하게 됩니다.

귀하나 귀하의 가구 구성원 중 누구라도 급여 받은 것을 총계 \$500 이나 그 이상의 금액을 받기 위해 불법거래한 것으로 법정에서 유죄 판결을 받는다면, 귀하나 그 가구 구성원은 첫 위반시부터 영구적으로 푸드 스탬프 프로그램의 참여자격을 상실하게 됩니다.

귀하나 귀하의 가구 구성원 중 누구라도 푸드 스탬프를 더 많이 받기 위해 신분(그들이 누구인가) 또는 거주지(어디에 사는가)에 대해 사기성 진술이나 제보를 한 것이 발견되면 귀하나 그 가구 구성원은 푸드 스탬프의 참여자격을 10 년의 기간 동안 상실하게 됩니다.

TANF 프로그램 처벌

TANF 프로그램에서, 지원단위(AU)의 자격을 만들거나 유지하기 위해, 혜택을 늘리기 위해, 급여 감소를 방지하기 위해 거짓 또는 오인시키는 정보를 제공하거나, 또는 부정적인 조치를 피하기 위해 정보를 제공하지 않거나, 또는 금지된 장소에서 현금 보조금을 사용하는 의도적 행위는 "고의적 프로그램 위반행위"로 간주됩니다.

- 가구 구성원들 중 누구라도 정보를 감추거나 변경사항을 제때 신고하지 않거나, 진실을 말하지 않거나, 현금을 인출하기 위해, 또는 카지노, 주류상, "스트립 클럽"과 같은 성인전용 유흥시설, 포커룸, 보석 중개업소(bail bonds), 나이트클럽/살롱/주점, 빙고홀, 경마장, 게임장, 총기/총탄상, 여행 유람선, 심령술사, 담배상, 문신/피어싱 업소, 그리고 스파/마사지 살롱에서 거래를 하기 위해 현금지원금이나 TANF 데빗 카드를 사용하는 것은 절대로 용납되지 않으며 정보를 감추고 변경사항을 신고하지 않으면 첫 위반시 6 개월, 두 번째 위반시 12 개월, 세 번째 위반시 영구적으로 TANF 혜택을 잃게 됩니다.
- 귀하나 귀하의 가구 구성원 중 누구라도 정보를 감추거나 변경사항을 제때 신고하지 않거나 진실을 말하지 않은 것이 법정에서 유죄로 밝혀지면 첫 번째 위반시 12 개월, 두 번째 위반시 영구적으로 TANF 를 받지 못하게 됩니다.
- 귀하나 귀하의 가구 구성원 중 누구라도 한 개 주가 넘는 곳에서 혜택을 받기 위해 사는 곳에 대해 거짓 정보를 제공한 것이 법정에서 유죄로 밝혀지면 10 년동안 금지당하게 됩니다.
- 1997 년 1 월 1 일 또는 그 이후 마약과 관련된 규제약물 또는 심각한 폭력적 증범죄에 대하여 유죄선고를 받은 경우, 귀하나 그 가구 구성원은 자격 미달/또는 영구적으로 자격을 상실하게 됩니다.

모든 푸드 스탬프, TANF, 메디케이드 신청자를 대신하여:

본인은, 본인이 급부 신청을 대신 해주는 사람(들)이 본인이 믿고 아는 한 미국 시민(들)이며 또는 미국에 합법적으로 체류할 수 있는 신분을 가지고 있는 사람임을, 위증시 처벌받을 것을 각오하고 선언합니다. 본인은 또한, 이 신청서에 기재한 모든 내용이 내가 아는 한 사실이며 정확한 것임을 확인합니다. 나는 DHS와 공인된 연방정부 기관이 본인이 이 신청서에 제공한 정보들을 확인할 것이라는 것을 이해하고 그에 동의합니다. 정보는 나의 이전 고용주 또는 현 고용주로부터 받을 수도 있습니다. 본인은 푸드 스탬프/메디케이드와 또는 TANF 프로그램의 요구사항에 따라 나의 형편에 대한 어떠한 변화라도 있으면 보고하겠습니다. 어떤 정보라도 정확하지 않다면 혜택이 줄거나 거부될 수도 있고 고의로 틀린 정보를 제공한 것으로 인해 형사 사건으로 기소되거나 DHS 프로그램의 자격을 상실하게 될 수도 있습니다. 나는 허위정보를 제출하거나 정보를 감출 시에 기소될 수 있음을 이해합니다. 본인이 신청 인터뷰 또는 갱신 인터뷰에서 DHS에게 본인의 비용에 대해 알리지 않은 부분이 있으며/거나 그러한 부분을 입증하지 못한다면 DHS는 그 부분의 비용들을 나의 푸드 스탬프 혜택 금액의 산출 시 포함하지 않는다는 것을 이해합니다.

신청인 서명

날짜

위임 받은 대리인의 서명

날짜

Case Manager's Name and Signature
(담당자 성명과 서명)

Date
(날짜)