조지아주 복지부
SNAP/MEDICAID/TANF 갱신 양식

이 문서를 읽거나 작성하는 데 도움이 필요하거나 당사와 소통하는 데 도움이 필요하면 당사에 문의하거나 (877) 423-4746으로 전화해 주십시오. 통역을 포함한 당국의 서비스는 무료입니다. 청각 장애, 난청, 농인, 맹인 또는 언어 장애가 있는 경우 711(Georgia 자막)번을 누르고 위 번호로 전화해 주십시오.

사무실 전용: 수신 날짜 _____ 고객 ID # _____ 시작 날짜: _____ 시작된 프로그램: ☐ TANF☐ SNAP☐ 메디케이드

푸드 스탬프(SNAP)를 재신청하거나 TANF 또는 메디케이드 혜택을 갱신하는 경우, 이름, 주소, 서명만 있으면 재신청/갱신 양식을 제출할 수 있습니다. **그러나 전체 양식을 작성하고 요청에 따라 정보 확인을 제공하는 것이 신청서, 재인증/갱신을 신속하게 처리하는 데 도움이 됩니다.** 이 양식을 사용하여 SNAP/메디케이드 및/또는 TANF 프로그램에 대한 공동 갱신/신청을 제출하거나 SNAP에만 적용할 수 있습니다. 다른 프로그램에 대한 갱신/신청이 거부/종료되었다는 이유만으로 SNAP 갱신이 종료되지는 않습니다. 귀하의 SNAP 갱신에 대한 자격 여부는 별도로 결정됩니다.

아래 공간에 혜택 재신청자의 이름과 주소를 기입해 주십시오.

고객 이름:	생년월일_____ _____	사회보장번호: (비신청자 선택사항*)_____
노숙자인가요? 예 _____아니요 _		*아래에서 시민권 이민자 신분 및 사회보장번호를 참조하십시오.
거리 주소:		
우편 주소:		
기본 전화 번호:	기타 연락처 번호:	
전자 통신: 이메일: 예 ____또는 아니요 _____(선택 사항) 메시지: 예 _____또는 아니요 _____ _____(선택 사항)	이메일 주소: (선택 사항)	
선호하는 언어는 무엇입니까?	만약 인터뷰를 해야 한다면, 통역이 필요합니까?	예_____또는 아니요 _

미국 장애인법: 합리적인 수정 및 의사소통 지원 요청(해당되는 경우):

합리적인 수정 또는 의사소통 지원이 필요한 장애가 있습니까? 예_____아니요_____
(예인 경우, 요청하는 합리적인 수정 또는 의사소통 지원에 대해 설명하십시오):

수화 통역사_____; TTY____; 큰 글씨_____; 전자 통신 (이메일)_____; 점자____;
비디오 중계____; 큐 음성 통역사_____; 구술 통역사_____; 촉각 통역사_____; 프로그램 마감일 전화 알림_____; 전화 서명(해당되는 경우)___; 대면 인터뷰(자택 방문)_____;
기타:_____

이 합리적 수정 또는 의사소통 지원이 한 번만 또는_____지속적으로 필요하십니까 _____? 가능하면 이러한 수정이나 지원이 필요한 시기와 기간을 간략하게 설명하십시오.

본인은 위증 시 처벌을 받을 수 있음을 전제로 본인이 아는 한 본인이 혜택을 신청하는 사람이 미국 시민권자이거나 미국에 합법적으로 체류 중인 비시민권자라는 것을 진술합니다. 본인은 또한 본 신청서에 제공된 모든 정보가 본인이 아는 한 진실하고 정확하다는 것을 증명합니다. 본인은 DHS-DFCS, DCH 및 권한을 갖춘 연방 기관이 본 신청서에 제공된 정보를 확증할 수 있음을 이해하며 이에 동의합니다. 과거 또는 현재 고용주로부터 정보를 얻을 수 있습니다. 본인은 본인의 정보가 임금 정보와 근로 활동 참여를 추적하는 데 사용될 것이라는 것을 이해합니다.

본인은 SNAP 및/또는 TANF 프로그램 요구사항에 따라 상황 변화를 신고하겠습니다. 본인은 또한 가구원 중 복권이나 도박 당첨금을 총 $4,250달러 이상(세전 또는 기타 금액 원천징수 전) 받는 사람이 있다면 신고하겠습니다. 당첨금을 수령한 달의 말일로부터 10일 이내에 당첨금을 신고하겠습니다. 본인은 정보가 정확하지 않을 경우, 본인의 혜택이 감소되거나 거부될 수 있으며, 고의로 잘못된 정보를 제공할 경우 형사 기소되거나 DHS-DFCS 프로그램 자격이 박탈될 수 있음을 이해합니다. 본인은 허위 정보를 제공하거나 정보를 숨기는 경우 기소될 수 있음을 이해합니다. 본인은 신청 또는 갱신 과정에서 일부 비용에 대해 DHS-DFCS에 알리지 않거나 확인하지 않을 경우, DHS-DFCS가 SNAP 혜택 금액을 계산할 때 해당 비용에 대한 예산을 책정하지 않을 것임을 이해합니다.

조지아주 복지부("DHS")는 혜택 신청 시 이름, 주소, 전화번호, 이메일 주소, 생년월일 등과 같은 개인 식별 정보(PII)를 수집합니다. 당사에 개인 정보를 제출함으로써 귀하는 당사가 DHS 정책, 절차 및 법률 및/또는 규정에서 허용하거나 요구하는 바에 따라 해당 개인 정보를 수집, 사용 및 공개할 수 있다는 데 동의하는 것입니다.

서명: 날짜

'X'가 서명한 경우 증인 서명 날짜

Pathways 의료 지원:

패스웨이 의료 지원은 가구 소득이 연방 빈곤 수준(FPL)의 100% 이하이고 다른 방법으로도 메디케이드 혜택을 받을 수 없으며 자격 요건을 충족하는 19세에서 64세의 개인에게 무료 또는 할인된 비용으로 메디케이드 보험 혜택을 제공하는 프로그램입니다. 패스웨이를 고려하고 싶으시다면 첨부파일 D도 작성하십시오.

승인된 대리인:

개인 또는 단체가 귀하의 신청서/갱신서를 작성하거나 SNAP 또는 TANF에 대한 면담을 완료하거나, 귀하가 상점에 갈 수 없을 때 귀하의 SNAP EBT 카드로 식품을 구매하도록 하려는 경우에만 이 섹션을 작성하십시오. 각각의 프로그램 유형에 따라 승인된 대리인으로 지정하고 싶은 사람을 확인해 주십시오. 해당 개인 또는 조직이 어떤 의무를 수행하기를 원하는지 확인해 주십시오. 메디케이드를 신청하는 경우, 귀하를 대신하여 의료 지원을 신청할 사람을 두 명 이상 선택할 수 있습니다.

승인된 대리인 1 프로그램 유형: SNAP❑ TANF❑ 의료 지원❑
승인된 대리인 1 임무: 신청자 대신 신청서 서명❑ 갱신서 작성 및 제출 ❑ 통지서 및 기타 커뮤니케이션 사본 수령 ❑ 기타 모든 사항에서 신청자 대리 ❑ TANF 혜택 카드(Way2Go) 수령 ❑

사람 이름 1: _____
조직 이름 1(해당하는 경우): _____ 전화번호: _____
주소: _____ 아파트: _____
도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____
전자 통신: 이메일: 예 _____아니요 (선택 사항) 메시지: 예 _____아니요 _____(선택 사항)
이메일 주소(선택 사항) _____
선호 언어: _____ 통역사가 필요합니까? 예 _____또는 아니요 ____

승인된 대리인 2 프로그램 유형: SNAP❑ TANF❑ 의료 지원❑
승인된 대리인 2 임무: 신청자 대신 신청서 서명❑ 갱신서 작성 및 제출 ❑ 통지서 및 기타 커뮤니케이션 사본 수령 ❑ 기타 모든 사항에서 신청자 대리 ❑ TANF 혜택 카드(Way2Go) 수령 ❑

사람 이름 2: _____
조직 이름 2(해당하는 경우): _____ 전화번호: _____
_____ 주소: _____ 아파트: _____
도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____
전자 통신: 이메일: 예 _____아니요 (선택 사항) 메시지: 예 _____아니요 _____(선택 사항)
이메일 주소(선택 사항) _____
선호 언어: _____ 통역사가 필요합니까? 예 _____또는 아니요 ____

미국 장애인법: 승인된 대리인을 위한 합리적인 수정 및 의사소통 지원 요청(해당하는 경우):

승인된 대리인에게 합리적인 수정 또는 의사소통 지원이 필요한 장애가 있습니까? 예____아니요
(예인 경우, 요청하는 합리적인 수정 또는 의사소통 지원에 대해 설명하십시오):
수화 통역사 ; TTY_; 큰 글씨_____; 전자 통신(이메일)_; 점자_____; 비디오 중계_____;
큐드 스피치 통역기_; 구두 통역자_____; 촉각 통역사_____; 프로그램 마감일 전화 알림_____; 전화 서명(해당되는 경우)_____; 대면 인터뷰(자택 방문)_____;
기타:_____

승인된 대리인에게 이 합리적인 수정 또는 의사소통 지원이 한 번만__또는 지속적으로 필요합니까?____?
가능하면 이러한 수정이나 지원이 필요한 시기와 기간을 간략하게 설명하십시오. _____

메디케이드만 해당:

내년에 연방 소득세 신고서를 제출할 예정입니까? (연방 소득세 신고서를 제출하지 않아도 건강보험을 신청할 수 있습니다.)

❑ 예 ❑ 아니요 **예**인 경우, 질문 a, b, c에 답해 주십시오. 아닌 경우, 질문 c에 답해 주십시오.

a. 배우자와 공동으로 신고할 예정입니까? ❑ 예 ❑ 아니요 **예**인경우, 배우자 이름: _____
b. 세금 신고서에 부양가족을 포함시킬 예정인가요? ❑ 예 ❑ 아니요
예인 경우, 부양가족의 이름을 기재하십시오: _____
c. 다른 사람의 세금 신고서에 부양가족으로 청구되는 사람이 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니요
예인 경우, 세금 신고자와 해당 부양가족의 이름을 기재하십시오: _____

해당 부양가족은 세금 신고자와 어떤 관계입니까? _____

의사소통 지원 서비스:
기타 DHS 서비스에 대한 자세한 내용은 웹사이트(www.dfcs.georgia.gov)를 방문하거나 (877) 423 - 4746번으로 문의하시기 바랍니다.
모든 질문에 답변하고 요청에 따라 모든 수입과 지출에 대한 증빙 자료를 제출해 주십시오.

시민권 이민자 신분 및 사회보장번호:

신청자 및 모든 가구원에 대해 아래 표를 작성해 주십시오. 다음과 같은 연방법 및 규정이 적용됩니다. 2008년 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 및 42 C.F.R. § 435.920에 따라 DFCS는 귀하와 가구원에게 사회보장번호를 요청할 수 있는 권한이 있습니다. 귀하의 집에 살고 있으면서 혜택을 신청하지 않는 사람은 **비신청자**로 취급됩니다. **비신청자**는 사회보장번호, 시민권 또는 이민자 신분 정보를 제공하지 않아도 되며 혜택을 받을 수 없습니다. 다른 가구원이 다른 자격이 있는 경우에는 여전히 혜택을 받을 수 있습니다. 가구원이 혜택을 받을 자격이 있는지 여부를 결정하려면, 여전히 그들의 시민권이나 이민자 신분에 대해 알려주시고 그들의 사회보장번호(SSN)를 알려주셔야 합니다. 가구의 자격 및 혜택 수준을 결정하기 위해 해당 가구의 소득 및 자원에 대한 정보를 알려주셔야 합니다. 신청자가 아닌 가구원이 시민권 또는 이민자 신분을 제공하지 않는 경우 미국 시민권 및 이민 서비스국(USCIS)의 자격에 대한 체계적인 외국인 확인(SAVE) 시스템에 신고하지 않습니다. 하지만 신청서에 이민자 신분 정보가 제출된 경우, 이 정보는 SAVE 시스템을 통해 확인될 수 있으며 가구의 자격 및 혜택 수준에 영향을 미칠 수 있습니다. 당사는 귀하의 정보를 다른 연방, 주 및 지역 기관과 대조하여 귀하의 소득과 자격을 검증합니다. 이 정보는 또한 법 집행 공무원에게 제공되어 불법 도주자를 체포하는 데 사용할 수 있습니다. 가구가 SNAP 신청을 한 경우, 연방과 주 각 기관과 민간 청구 수금 회사가 청구 수금에 사용할 수 있도록 SSN을 포함하여 이 신청서의 정보를 사용할 수 있습니다. 다른 가구원이 SSN, 시민권 또는 이민자 신분을 제공하지 않았다는 이유로 신청 가구원에게 지급되는 혜택을 거부하지 않습니다. 응급 의료 서비스만 신청하는 경우, SSN이나 이민자 신분에 대한 정보를 제공할 필요가 없습니다.

이름	중간 이니셜	성	히스패닉인가요, 라틴계인가요? (선택사항)	인종(선택사항)	성별 남/여	생년월일 형식(년/월/일)	본인과의 관계	사회보장번호(비신청자의 경우 선택사항)	미국 시민권자, 미국 국적자, 자격을 갖춘 이민자 또는 만족스러운 이민자 신분입니까? (신청자만 해당)(예/아니요)	이 자녀의 어머니가 집에 거주합니까? (예/아니요)	이 자녀의 아버지가 집에 거주합니까? (예/아니요)	메디케이드를 원하십니까? (예/아니요)
			(예/아니요)				본인		(예/아니요)	(예/아니요)	(예/아니요)	(예/아니요)
			(예/아니요)						(예/아니요)	(예/아니요)	(예/아니요)	(예/아니요)
			(예/아니요)						(예/아니요)	(예/아니요)	(예/아니요)	(예/아니요)
			(예/아니요)						(예/아니요)	(예/아니요)	(예/아니요)	(예/아니요)
			(예/아니요)						(예/아니요)	(예/아니요)	(예/아니요)	(예/아니요)
			(예/아니요)						(예/아니요)	(예/아니요)	(예/아니요)	(예/아니요)
			(예/아니요)						(예/아니요)	(예/아니요)	(예/아니요)	예/아니요

인종 코드(해당 항목 모두 선택):
AI – 미국 인디언 또는 알래스카 원주민 AS – 아시아인 BL – 흑인 또는 아프리카계 미국인
HP – 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민 WH – 백인

인종/민족 정보를 제공함으로써 귀하는 당사가 차별 없는 방식으로 프로그램을 관리하는 데 도움을 주게 됩니다. 귀하의 가구는 이 정보를 제공할 의무가 없으며 자격이나 혜택 수준에 영향을 미치지 않습니다. 그러나 이 정보를 제공하지 않는 경우 첫 번째 대면 면접 시 인종과 민족을 육안으로 식별합니다.

본인 또는 다른 가구 신청자가 귀화 시민권자 또는 자격을 갖춘 외국인/이민자인 경우 다음 표를 작성하십시오.
(필요에 따라 페이지를 추가하십시오)

이름 첫 번째 중간 이니셜 성	이민 서류 유형	외국인/증명서/문서 ID 번호	1996년 이후부터 미국에 사셨습니까? (예/아니요)	귀화 일 / 미국 입국 또는 입국 허가일(해당되는 경우) 형식(년/월/일)	본인, 배우자 또는 부모가 퇴역 군인 또는 미군 현역 군인입니까? (예/아니요)

메디케이드만 해당:
귀하의 가족 중에18세 때 위탁보호를 받은 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
함께 거주하지 않는 납세 부양가족이 있는 경우 아래에 기재하십시오.

이름: _____ 사회 보장 번호 _ 성별: 남 여 (하나에 동그라미를 치십시오)
생년월일_____ _____ 시민권: _____

_____

본인과의 관계: _____(필요에 따라 페이지를 추가하십시오)

신청자 및 모든 가구원에 대해 자세히 알려 주십시오

혜택 자격을 결정하기 위해서는 신청자와 모든 가구원에 대한 자세한 정보가 필요합니다. 아래 페이지에서 받고자 하는 혜택에 관한 질문에만 답변해 주십시오.

1. 다른 카운티나 주에서 혜택을 받은 사람이 있습니까? (SNAP 및 TANF에만 해당)
   ❑ 예 ❑ 아니요

   예인 **경우**:
   이름: _____
   지역: _____
   날짜: _____

2. 1996년 8월 22일 이후 두 개 이상의 지역에서 SNAP 혜택을 여러 개 받기 위해 자신이 사는 곳과 신원에 대한 허위 정보를 제공한 혐의로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? (SNAP에만 해당) ❑ 예 ❑ 아니요

   예인 **경우**:
   이름: _____
   지역: _____
   날짜: _____

3. 가구원 중 신청일로부터 30일 이내에 자발적으로 직장을 그만두거나 근로시간을 주당 30시간 이하로 줄인 사람이 있습니까? (SNAP 및 TANF에 한함)❑ 예❑ 아니요

   예인 경우, 누가 그만두었습니까? _____
   왜 그만두었습니까?_____

4. 임신한 사람이 있습니까? (이 질문은 SNAP 신청자에게는 적용되지 않습니다.) ❑ 예 ❑ 아니요

   예인 경우, 임산부의 이름: _____
   예상 출산 예정일은 언제인가요? _____; 그리고 몇 명의 아기를 기대하시나요? _____

   만약 아니라면, 가구원 중 지난 12개월 이내에 출산했거나 유산한 사람이 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니요

   예인 경우, 임산부의 이름: _____
   배송/종료일은 언제였나요? _____; 그리고 얼마나 많은 아기가 태어났거나 출산될 예정이었나요? _

   *TANF 신청자만 다음 정보를 제공해 주십시오:
   아기의 아버지 이름: _____아버지의 주소:_____

5. 메디케이드 신청자의 경우, 지난 3개월 동안 미납된 의료비가 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니요
   예인 경우, 메디케이드 케이스가 있는 경우 미지급된 청구서를 보내주십시오.

6. SNAP 또는 TANF 프로그램에서 제외된 사람이 있습니까? (SNAP 및 TANF에만 해당) ❑ 예 ❑ 아니요

예인 **경우**:
이름: _____
지역: _____

7. 중범죄로 기소되거나 수감을 피하기 위해 도주 중인 사람이 있습니까? (SNAP 및 TANF에 한함)❑ 예❑ 아니요
예인 경우, 그 사람이 누구입니까: _____

8. 보호관찰 또는 가석방 조건을 위반한 사람이 있습니까? (SNAP 및 TANF에 한함)❑ 예❑ 아니요
예인 경우, 그 사람이 누구입니까: _____

9. 1996년 8월 22일 이후 통제 약물 물질의 소지, 사용 또는 유통과 관련된 행위(즉, 마약 중범죄)로 인해 중범죄 유죄 판결을 받은 적이 있습니까(SNAP 및 TANF만 해당) 또는 폭력 중범죄(TANF만 해당)로 인해 중범죄 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니요

예인 **경우**:
이름: _____날짜: _____

a. 마약 중범죄 유죄판결로 선고된 형과 관련된 보호관찰 조건을 준수하고 있습니까? (SNAP에만 해당)❑ 예 ❑ 아니요

b. 마약 중범죄 유죄판결로 선고된 형과 관련된 가석방 조건을 준수하고 있습니까? (SNAP에만 해당)❑ 예 ❑ 아니요

c. 마약 관련 유죄 판결과 관련된 **모든** 보호관찰 또는 가석방 기간을 모두 성공적으로 마쳤습니까? (SNAP에만 해당)❑ 예 ❑ 아니요

10. 귀하 또는 가족 구성원 중 1996년 8월 22일 이후 SNAP 혜택을 약물로 거래한 혐의로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? (SNAP에만 해당)❑ 예 ❑ 아니요

예인 **경우**:
이름: _____날짜: _____

11. 귀하 또는 가족 구성원 중 1996년 8월 22일 이후 SNAP 혜택을 500달러 이상 사고 파는 혐의로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? (SNAP에만 해당)❑ 예 ❑ 아니요

예인 **경우**:
이름: _____
날짜: _____

12. 귀하 또는 가족 구성원 중 누구라도 1996년 8월 22일 이후 SNAP 혜택을 총기, 탄약 또는 폭발물로 거래한 혐의로 유죄 판결을 받은 적이 있습니까 ? (SNAP에만 해당)❑ 예 ❑ 아니요

예인 **경우**:
이름: _____
날짜: _____

13. 2014년 2월 7일 이후 본인 또는 가구원이 성인으로서 가중 성적 학대, 살인, 성적 착취, 기타 아동 학대, 성폭행과 관련된 연방법 또는 주법 위반, 또는 법무부 장관이 그러한 범죄와 실질적으로 유사하다고 판단한 주법 위반으로 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? (SNAP에만 해당)❑ 예 ❑ 아니요

예인 **경우**:
이름: _____
날짜: _____

a. 중범죄 유죄판결로 선고된 형과 관련된 보호관찰 조건을 준수하고 있습니까? (SNAP에만 해당)❑ 예 ❑ 아니요

b. 중범죄 유죄판결로 선고된 형과 관련된 가석방 조건을 준수하고 있습니까? (SNAP에만 해당)❑ 예 ❑ 아니요

c. 중범죄 관련 유죄판결과 관련된 **보호관찰 또는 가석방 조건을 모두** 성공적으로 마쳤습니까? (SNAP에만 해당)❑ 예 ❑ 아니요

14. 당신이나 가족 중에 복권이나 도박에서 당첨금을 받은 사람이 있나요? ❑ 예 ❑ 아니요

예인 경우:
이름: _____날짜: _____수령 금액: _____

15. 다음 업소, 주류 판매점, 카지노, 포커룸, 성인 대상 오락 업소, 보석금 채권, 나이트 클럽, 살롱/주점, 빙고장, 경마장, 총기/탄약 판매점, 유람선, 심령술사, 흡연 상점, 문신/피어싱 상점, 스파/마사지 살롱에서 TANF 기금 또는 EPPIC 카드를 사용한 사람이 있으십니까? (TANF만 해당) ❑ 예 ❑ 아니요

예인 **경우**:
이름: _____날짜: _____

16. 급여 신청하는 사람 중에 현재 위자료를 받고 있는 사람이 있나요? ❑ 예 ❑ 아니요

예인 경우:
이름: _____
월 수령 금액: _____
위자료 약정이 확정되었거나 마지막으로 수정된 날짜: _____

SNAP 및 TANF 에만 해당:

고등교육을 받고 있는 학생: 가구원 중 대학, 대학교, 직업학교 또는 기술학교에 하프타임 이상 재학 중인 사람이 있습니까? ❑ 예❑ 아니요 **예인 경우**, 누구: _____
학교 이름:_____학년/상태:_____졸업 날짜:_____
학생은 취업했나요? ❑ 예 ❑ 아니요 일하면서 공부하는 프로그램에 등록하셨나요? ❑ 예 ❑ 아니요
예인 경우, 주당 근무 시간_____(아래 고용 섹션도 작성해 주십시오.)

SNAP에만 해당:

60세 이상 또는 장애가 있는 사람이 의료 비용을 부담합니까? ❑ 예 ❑ 아니요

메디케어 보험료, 처방 약값, 병원비 등 의료비가 변동되었나요? ❑예 ❑ 아니요

그렇다면 아래표 에 비용을 나열하고 가장 최근 달의 청구서를 첨부해 주세요.

청구된 가구원	비용 유형(의사, 병원, 처방전)	미납 금액	청구일	보험 급여가 됩니까? 예/아니요

60세 이상 또는 장애가 있는 사람이 교통비 의료비를 부담합니까? ❑예 ❑ 아니오

예인 경우, 아래의 정보를 제공해 주십시오. 메디케이드를 받는 경우 다음 증거 자료를 제출해 주십시오.

교통편 이용 목적(의사 또는 병원 방문, 약국 픽업)	총 주행 거리:	택시, 버스, 주차 또는 하숙 비용:

다른 사람이 당신의 의료비를 대신 지불해 주나요 ? ❑예 ❑ 아니오

예인 경우 아래에 정보를 제공해 주십시오.

어떤 비용이 지불됩니까?	누가 비용을 지불합니까?
이 사람은 누구에게 청구서를 지불합니까?	주소:

메디케이드만 해당:

기타 건강보험

다음과 같은 건강보험에 가입되어 있는 사람이 있습니까?

☐ 조지아 **복지부** 메디케이드 ☐ 피치케어 포 키즈® ☐ 메디케어

☐ VA 의료 프로그램 ☐ TRICARE(직접 진료 또는 Lineof Duty 가 있는지 확인하지 마십시오)

☐ 고용주 보험: 보험명_____보험 번호_____

☐ 기타: 보험명_____보험 번호_____

메디케이드 **말고** 다른 건강보험이 있습니까? ❑예 ❑ 아니오

예인 경우, 보험 카드 사본을 보내주십시오.

자원:

(MAGI 메디케이드에는 필요하지 않습니다): 가구원 중에 다음 자원 중 하나를 가지고 있는 사람이 있습니까?

❑ 예 ❑ 아니요 (예인 경우 아래 정보를 제공해 주십시오. 노인, 시각장애인 또는 장애인 메디케이드(QMB, SLMB 또는 QI-1과 같은 메디케어 저축 플랜 제외)를 받는 경우 증거를 제공해 주십시오.

자원 유형	소유자	계정/정책 # (계정/정책 #이 (당신의SSN와 동일한 경우 완료하지 마십시오)	가치	은행, 보험회사 등의 명칭
현금				
당좌 예금/보통 예금				
신용 조합				
연금				
주식 또는 채권				
안전 금고				
은퇴 계좌 (MAGI가 아닌 경우)				
교통 수단 (MAGI가 아닌 경우)				
CD/연금 (MAGI가 아닌 경우)				
선불 장례 계획				
묘지 구획 (MAGI가 아닌 경우)				
신탁 기금 (MAGI가 아닌 경우)				
집이 아닌 장소 자산				
홈 장소 자산 (MAGI가 아닌 경우)				
생명 보험 (MAGI가 아닌 경우)				
기타				

노인, 맹인 또는 장애인 메디케이드만 해당:

지난 60개월 동안 귀하, 귀하의 배우자 또는 귀하가 신청하는 사람이 자원을 판매, 거래 또는 양도한 적이 있습니까? ❑예 ❑아니요

예인 경우, 어떤 자원입니까? _____ 언제? _____

SNAP, TANF 및 메디케이드의 경우 :

고용: 가구원 중 직장에 다니는 사람이 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니요

예인 경우, 임금, 상여금, 팁과 같은 고용된 사람의 급여 정보를 나열하고 지난 4주 동안 받은 모든 총소득에 대한 증거를 첨부하십시오.

일하는 사람	고용주	지불당 시간	시간당 주	빈도 지불	지불 날짜	상여금 지불	팁

현재 파업 중인 사람이 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니요

메디케이드만 해당:

세전 비용:

☐ 건강보험 $_____ 빈도_____ ☐ 시력 보험 $ _____ 빈도_____
☐ 치과 보험 $_____빈도_____ ☐ 기타 공제 유형 $_____빈도_____
☐ 기타 공제 유형 $_____빈도_____ ☐ 기타 공제 유형 $_____빈도_____
☐ 기타 공제 유형 $_____빈도_____
더? 별도의 용지에 첨부해 주십시오.

세전 비용은 세금이 적용되기 전에 소득에서 공제되는 비용입니다. 모든 공제가 세전 공제인 것은 아닙니다.

세금 신고 공제:
해당되는 항목을 모두 확인하고 금액과 납부 빈도를 알려주십시오.

참고: 자영업의 답변에 이미 고려한 비용을 포함해서는 안 됩니다.
☐ 위자료 지급액 $_____ 빈도_____ ☐ 학자금 대출 이자 $_____ 빈도 _____
☐ 기타 공제 유형 $_____ 빈도_____ ☐ 기타 공제 유형 $_____ 빈도_____

SNAP, TANF 및 메디케이드의 경우 :

일을 멈춘 사람이 있나요? ❑예 ❑ 아니오 **그렇다면 다음을 작성하고 증거를 제시하십시오.**

어떤 일을 그만두었습니까?	일을 그만둔 가구원 이름:	
근무지:		
지불이 중지된 날짜:	최종 확인 날짜:	최종 급여 금액(총액):

일을 시작한 사람이 있나요? ❑예 ❑ 아니오 **그렇다면 다음을 작성하고 증거를 제시하십시오.**

일을 시작한 사람 이름:	시작 날짜:	전화 번호:
고용주/사업자 이름:	급여율: $	첫 번째 수표 수령/수령 예정 날짜:
지불 빈도(하나를 선택하십시오): ☐ 주간 ☐ 2주에 한 번 ☐ 한달 에두 번 ☐ 월간 ☐ 기타		

자영업:

자영업을 하는 사람이 있나요? ❑예 ❑ 아니요 (**예**인경우, 누구입니까?) _____

세금 파일, 사업 기록, 영수증, 청구서 또는 기존 사업체의 고객 명세서 등과 같은 자영업 소득 증빙 자료를 제공해 주십시오.

이 사업은 법인인가요? ❑예 ❑ 아니오

이 사람은 자영업에 드는 비용이 있나요? ❑예 ❑ 아니오

예인 경우, 이 사람은 어떤 유형의 비용을 가지고 있습니까? _____

메디케이드 및 TANF에만 해당: 자영업 비용에 대한 증빙 자료를 제공해 주십시오.

불로소득:

가구원 중 기부금, 사회보장, SSI, VA, 자녀 양육비, 실업, 퇴직금 또는 기타 소득으로 돈을 받는 사람이 있습니까? ❑예 ❑ 아니오

예인 경우, 아래 정보를 작성하고 최근 4주 동안 받은 모든 소득에 대한 증빙 서류 또는 가장 최근의 시상서를 제출해 주십시오.

이름	원천	액수	빈도

MAGI 메디케이드의 경우: 자녀 양육비, 재향군인 수당, 생활보조금(SSI) 또는 산재 보상 혜택으로 인한 소득은 계산에 포함되지 않습니다.

부양 가족 부양비:

부양 자녀 양육비 또는 장애인 성인 가구원의 간병비를 부담하십니까? ❑예 ❑ 아니오

예인 경우, 아래 질문을 완료하십시오.

부양이 필요한 사람:		부양비를 지불하는 사람:	
제공자 이름:		제공자에게 지급되는 금액:	지급 빈도:
제공자 전화번호:	케어를 받는 이유:		

부양 자녀 또는 성인 장애인 가구원의 교통비를 부담하십니까? ❑예 ❑ 아니요
이 비용들이 부양가족 부양비에 포함되어 있나요? ❑예 ❑ 아니오
아니요인 경우, 이 질문에 답해 주십시오. **주간 총 주행 거리:** _____

쉼터 비용:
귀하 또는 가구원 중 쉼터 비용을 지불하기 시작했거나 쉼터 비용이 변경되었습니까? ❑예 ❑아니요
예인 경우, 아래 표를 작성하십시오.

비용	액수	빈도	지불한 사람?
임대/저당권			
재산세			
재산 보험			
전기			
가스			
연료유/목재/등유			
우물/화장실 탱크/물/하수			
쓰레기			
전화			
기타			

집의 주요 난방 또는 냉방원은 무엇입니까? (전기, 가스 또는 둘 다)
다른 사람이 귀하를 대신하여 이러한 가계비를 지불하나요? ❑예 ❑아니요 **예인 경우, 아래 표를 작성하십시오***:*

청구서는 누가 지불합니까?	어떤 청구서를 지불합니까?
얼마를 지불합니까?	이 사람은 누구에게 청구서를 지불합니까?

지난 12개월 동안 에너지 지원(LIHEAP)을 받으셨습니까? ❑예 ❑아니요
예인 경우, 수령 금액 $ _____
집안 식구와 매달 가계비를 같이 부담합니까? ❑예
❑아니요
예인 경우, 누구? _____
의견/문서_____
지불 받는 사람_____지급 금액 $_____당 _____
집주인 이름_____집주인 주소 _____

양육비 지급:
귀하 또는 가구원 중 집 밖에 사는 사람에게 양육비를 지불하는 사람이 있습니까? ❑예 ❑아니요
예인 경우, 아래 표를 작성하십시오:

누구에게 지급 의무가 있습니까?	의무 금액은 얼마입니까?
자녀 양육비는 누구를 위해 지급됩니까?	실제 지급되는 금액은 얼마입니까?
자녀 양육비는 누구에게 지급됩니까?	자녀 양육비는 얼마나 자주 지급됩니까?

SNAP에만 해당: **지난 3개월 동안 지불한금액 과 법적으로 지불 의무가 있는 금액을증빙하는 서류를 제출해 주세요.**

이 섹션은 TANF 수혜자 전용입니다 – 다음을 작성해야 합니다.

접종 기록:
아직 학교에 등록하지 않은 만 7세 미만의 자녀가 있습니까? (유아원은 "학교"로 간주하지 않습니다.)
❑예 ❑아니요
예인 경우, 만 7세 미만의 각 아동에 대해 양식 3231- 육아 예방접종 양식을 제출하십시오.

학교 요구 사항:
모든 어린이(6~18세)가 학교에 다니고 있나요? ❑예 ❑아니요
예인 경우, 자녀의 이름 _____
학교명 _____
학년 _____
학교에 다니지 **않는** 16세 이상의 자녀가 있습니까? ❑예 ❑아니요
예인 경우, 자녀의 이름 _____
_____

자녀가 **고용**되어 있는 경우 현재 수표 명세서 사본을, **기타 업무 관련 활동에** 종사하고 있는 경우 제공자의 진술서를 제출해 주십시오.

가정 폭력:
본인 또는 가족 중 가정 폭력, 성희롱, 성폭행 또는 스토킹의 피해자가 있습니까? ❑예 ❑ 아니오
예인 경우, 피해자 이름을 알려주십시오 _____
평가 후 귀하의 가구가 적격한 경우 작업 활동 참여 또는 아동 지원 서비스 부서 추천과 같은 특정 프로그램 요구 사항을 면제할 수 있습니다.

자동 비용:

귀하는 아동(또는 자녀)의 부모 또는 친척이며 아동(또는 자녀)과 함께 TANF AU에 포함됩니까?

❑예 ❑아니요

예인 경우, 다음 질문에 답해 주십시오:
본인 또는 다른 성인 AU 회원이 자동차를 소유하고 있거나 구매 중입니까? ❑예 ❑아니요
예인 경우, 누구? (소유주의 이름) _____

_____

차량의 연식, 제조사 및 모델: _____

자동차 할부금, 보험, 유지보수 및 기타 관련 비용을 기재하십시오:

_____ _____ _____ _____

현재 지불하고 있는 기타 반복적인 비용(예: 신용카드 청구서)이 있습니까? ❑예 ❑아니요
예인 경우, 기재해 주십시오: _____

익스프레스 레인 자격:

익스프레스 레인 자격(ELE)은 19세 미만의 자격 있는 아동 중 보충 영양 지원 프로그램(SNAP), 빈곤 가족을 위한 임시 지원(TANF), 난민 현금 지원(RCA), 육아 및 부모 서비스(CAPS), 여성, 유아 및 아동(WIC)을 받고 있는 아동을 의료 지원 프로그램에 등록하거나 갱신하기 위한 자동 프로세스입니다.

가족 및 아동 서비스 부서(DFCS)는 SNAP, TANF, RCA, CAPS 또는 WIC에서 제공한 가구 규모, 거주지, 소득 정보를 활용하지만, DFCS는 의료 지원 규정을 사용하여 시민권 또는 이민 상태를 검증하여 메디케이드 또는 PeachCare for Kids®에 아동을 자동으로 등록하거나 갱신하기 위한 ELE 결정을 내립니다. DFCS는 완료되면 결정 통지를 보내고, 회원들이 변경 사항을 적용할 수 있도록 하며, 언제든지 ELE 절차에서 탈퇴하거나 의료 지원 사례를 종료할 수 있도록 합니다.

모든 프로그램에 대한 권리 및 책임

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다:

- 영어를 읽거나, 쓰거나, 말하거나, 이해하는 데 어려움이 있는 경우 **이 양식을 작성하는 데 도움을 요청하고 무료 언어 지원 서비스**(통역사, 번역 자료 또는 직접 언어 서비스)**를 요청할 수 있습니다**.
- 귀하나 귀하의 집에서 누군가가 장애가 있다면 **보조 기구 및 서비스와 합리적인 수정을 요청할 수 있습니다.**

청문회 통지: 모든 프로그램에서 귀하는 서면 또는 직접 방문하여 공정한 청문회를 요청할 권리가 있습니다. 1-877-423-4746으로 전화하여 청문회를 요청하거나 해당 결정에 동의하지 않는 경우 주 청문회 담당관에게 청문회를 요청할 수 있습니다. 변호사, 친척, 친구 또는 당신이 선택한 사람이 청문회에서 귀하를 대리할 수 있습니다. 청문회를 원할 경우, 다음 기간 안에 서면 또는 기관에 연락하여 청문회를 요청해야 합니다.

- **SNAP 의 경우**이 통지일로부터 **90일**
- **메디케이드 및 TANF의 경우** 해당 통지일로부터 **30일**

귀하는 다음에 대한 책임이 있습니다:

- 해당 직원에게 정확한 정보를 제공하고 수당 수령에 필요한 진술 증빙 자료를 제공해야 합니다. 이 양식에 서명하는 것은 귀하가 정확한 수당을 받고 있는지 확인하기 위해 고용주, 은행, 이웃 또는 다른 사람들로부터 정보를 얻을 수 있도록 해당 직원에게 권한을 부여하는 것입니다.
- 항상 진실을 말해야 합니다. 귀하 또는 귀하를 대신하여 신청하는 대리인이 잘못된 정보를 제공하면 범죄를 저지른 것으로 간주되어 감옥에 갈 수 있습니다.
- 본인 또는 혜택을 신청하는 가구원이 미국 시민권자 또는 적격 이민자임을 증명하는 서류를 제출해야 합니다.
- 사기 방지 또는 수사 서비스 사무소에서 근무하며 특별 사례 검토를 담당하는 주 및 연방 직원과 협력해야 합니다. 귀하가 협조하지 않아 당사가 아직도 SNAP 수혜 자격이 있는지 확인할 수 없는 경우, 귀하의 케이스는 거부되거나 종결될 수 있습니다.
- 사회복지사에게 제공한 정보에 대한 면담을 위해 품질 관리 검토자가 전화 또는 가정 방문을 할 때 협조해야 합니다. 협조하지 않으면 귀하의 사례가 거부되거나 종결될 수 있습니다.
- (SNAP 및 TANF의 경우) 받아서는 안 될 혜택을 상환하는 것입니다.
- (메디케이드의 경우) 사회복지사에게 제공한 정보에 대한 면담을 위해 메디케이드 자격 품질 관리 또는 프로그램 무결성 담당자가 전화 또는 가정을 방문할 때 협조해야 합니다.
- (메디케이드의 경우) 요양원, 중간 요양 시설, 지역사회 기반 서비스에 있거나 면제 프로그램에 등록되어 서비스를 받고 있는 가입자는 부동산 회복에 협조해야 합니다.

SNAP을 받는 경우 가구의 총 월 총소득이 가구 규모에 따른 연방 빈곤 수준의 130%를 넘을 경우 신고해야 합니다. 소득 변동 사항은 변동이 발생한 달의 말일로부터 늦어도 10일 이내에 신고해야 합니다.

자녀가 없는 직장인인 경우, 근무 시간이 주당 20시간 또는 월 80시간 미만일 때 신고해야 합니다. 이러한 변경 사항은 변경 사항이 발생한 달의 말일로부터 늦어도 10일 이내에 신고해야 합니다.

또한 상당한 복권 및 도박 당첨금을 받았을 때도 신고해야 합니다. 이는 단일 게임에서 딴 현금 상금을 포함합니다. 귀하 또는 가구원이 복권 또는 도박금을 수령한 경우 총 금액이 $4,500 이상 (세전 또는 기타 금액이 원천징수되기 전)이면 상금을 수령 한 달 의 말일 로부터 10일 이내에 신고 해야 합니다.

TANF **또는 메디케이드**를 받는 경우, 상황 변경이 발생한 날로부터 10일 이내에 **모든 변경** 사항을 신고해야 합니다.

본인은 메디케이드 사례에 속한 사람이 받는 일시금 또는 "횡재금"은 자격 여부를 결정하기 위해 다른 소득과 함께 예산이 책정되어야 한다는 것을 이해합니다.

메디케이드 프로그램에서 귀하에게는 다음의 권리가 있습니다:

- 다른 건강보험에 가입되어 있어도 메디케이드를 받을 수 있습니다.
- 메디케이드 의사 또는 제공자를 선택할 수 있습니다.
- 메디케이드 유형에 따라 신청일로부터 10일, 45일 또는 90일 이내에 메디케이드 신청을 승인 또는 거부할 수 있습니다.

메디케이드 자격 조건으로:

- 본인은 의료 지원 및 제3자로부터의 의료비 지불(병원 및 의료 혜택)에 대한 모든 권리를 주정부에

양도하는 데 동의합니다.

- 본인은 주정부가 치료 및 서비스 비용을 지불할 책임이 있는 제3자를 추적하는 데 도움이 되는 정보를 식별하고 제공하는 데 주정부와 협력하기로 동의합니다. 본인은 의료 서비스에 대해 받은 모든 지불금을 수령한 경우 10일 이내에 신고해야 함을 이해합니다. (다른 개인을 대신하여 이 양식을 작성하는 경우 해당 개인을 위해 양도를 실행할 권한이 없는 경우, 해당 개인은 메디케이드 자격의 조건으로 위에 설명된 권리 양도를 실행해야 합니다).
- 본인은 가능한 경우 부재 중인 부모에게 의료 보험 제공을 요구할 수 있는 권리를 주정부에 부여하는 데 동의합니다. 본인은 부재 부모로부터 의료 지원이 가능한 경우 이를 받아야 하며, 이러한 지원을 받기 위해 아동 지원 서비스국과 협조해야 함을 이해합니다. 본인은 협조하지 **않을** 경우, 정당한 사유가 입증되지 않는 한 본인의 메디케이드 혜택이 상실되고 자녀에게만 혜택이 제공될 수 있음을 이해합니다.

SNAP 페널티 경고: 고의로 허위 정보를 제공한 경우 혜택을 받지 못하거나 형사 처벌을 받을 수 있습니다.

- 가구가 받지 말아야 할 혜택을 받기 위해 허위 정보를 제공하거나 정보를 숨기지 마십시오.
- 본인 소유가 아닌 SNAP 또는 EBT 카드를 사용하지 말고, 다른 사람이본인의 카드를 사용하도록 하지 마세요.
- SNAP 혜택을 술, 담배 등 식품이 아닌 품목을 구입하거나 신용카드로 지불하는 데 사용하지 마세요.
- SNAP 또는 EBT 카드를 총기, 탄약, 통제물질(불법 약물) 등 불법 품목과 교환하거나 판매하지 마세요.

이러한 규칙을 고의로 위반하는 가구원은 1년에서 영구적으로 푸드 스탬프(SNAP) 프로그램 참여가 금지되거나 최대 25만 달러의 벌금, 20년 징역형 또는 둘 다 받을 수 있습니다. 해당자는 다른 해당 연방 및 주법에 따라 기소될 수 있으며, 법원 명령이 있을 경우 추가로 18개월 동안 SNAP이 금지될 수 있습니다.

고의로 규칙을 위반한 가구원은 첫 번째 위반 시 1년, 두 번째 위반 시 2년, 세 번째 위반 시 영구적으로 SNAP를 받을 수 없습니다.

법원에서 통제 약물 판매와 관련된 거래에서 혜택을 사용하거나 받은 혐의로 귀하 또는 가구원이 유죄 판결을 받은 경우, 본인 또는 해당 가구원은 첫 번째 위반 시 2년, 두 번째 위반 시 영구적으로 혜택을 받을 수 없습니다.

법원에서 귀하 또는 가족 구성원이 총기, 탄약 또는 폭발물 판매 거래에서 혜택을 사용하거나 받은 혐의로 유죄 판결을 받은 경우, 귀하 또는 해당 가족 구성원은 이러한 위반 사항을 처음 위반한 시점부터 영구적으로 SNAP에 참여할 자격이 박탈됩니다.

법원에서 귀하 또는 가족 구성원이 500달러 이상의 혜택을 불법으로 거래한 혐의로 유죄 판결을 받을 경우, 귀하 또는 해당 가족 구성원은 위반 사항이 처음 적발되는 순간 영구적으로 SNAP에 참여할 자격이 박탈됩니다.

귀하 또는 가구 구성원이 여러 SNAP 혜택을 받기 위해 신원(자신의 신원) 또는 거주지(사는 곳)와 관련하여 사기성 진술이나 표현을 한 것으로 밝혀진 경우, 귀하 또는 해당 가구 구성원은 10년 동안 SNAP에 참여할 자격이 없습니다.

본인은 허위 정보를 제공하거나 정보를 보류할 경우 사기죄로 기소될 수 있음을 이해합니다.

TANF 프로그램 처벌 경고: TANF 프로그램에서 AU의 자격을 설정 또는 유지하거나, 혜택을 늘리거나, 혜택 감소를 방지하거나, 부정적인 조치를 피하기 위해 정보를 보류하거나, 금지된 장소에서 현금 지원을 사용하기 위해 허위 또는 오해의 소지가 있는 정보를 제공하는 고의적인 행위는 고의적인 프로그램 위반으로 간주됩니다.

다음의 경우 위반의 심각성에 따라 처벌을 결정하기 위해 감사관실에 회부될 수 있습니다:

- 변경 사항을 제때 보고하지 않거나 진실을 말하지 않거나 현금 지원금 또는 TANF 직불 카드를 사용하여 현금을 인출하거나, 카지노, 주류 판매점, 성인 대상 오락 시설인 "스트립 클럽", 포커룸, 보석금 채권, 나이트 클럽/살롱/주점, 빙고장, 경마장, 게임 시설, 총기/탄약 판매점, 유람선, 심령술사, 흡연 상점, 문신/피어싱 상점, 스파/마사지 살롱에서 거래를 하거나, 둘 이상의 주에서 혜택을 받을 수 있도록 거주지에 대한 허위 정보를 제공하거나 97년 1월 1일 이후에 마약 관련 혐의 또는 심각한 폭력 중범죄로 유죄 판결을 받은 경우.

이러한 규칙을 고의로 위반하는 가구원은 6개월에서 영구적으로 TANF 프로그램 이용이 금지될 수 있습니다.

메디케이드의 경우 사기나 남용을 저지르는 것은 법에 위배됩니다. 메디케이드 및 PeachCare for Kids® 프로그램 무결성 부서로 의뢰될 수 있습니다. 위반자는 한 곳의 제공자만 이용하도록 제한되거나, 프로그램에서 해지되거나, 제공된 의료 서비스에 대해 지역 보건부에 상환을 요청받을 수 있습니다.
사기는 고의로 행해지는 부정직한 행위입니다. 남용은 모범 사례를 따르지 않는 행위입니다.

참가자 사기 및 남용의 예는 다음과 같습니다:

- 다른 사람이 귀하의 메디케이드, PeachCare for Kids® 또는 CMO 건강보험 카드를 사용하도록 허용하는 행위
- 약물을 남용하거나 판매할 목적으로 처방전을 받는 행위
- 위조된 문서를 사용하여 서비스를 받는 행위
- 메디케이드 또는 PeachCare for Kids ®에서 제공하는 장비를 오용 또는 남용하는 행위
- 메디케이드 또는 PeachCare for Kids ®자격을 얻기 위해 잘못된 정보를 제공하거나 타인이 그렇게 하도록 허용하는 행위
- 소득, 거주지 또는 자원에 발생한 변경 사항을 신고하지 않는 행위

수혜자 또는 제공자에 대한 메디케이드 사기 의심 사례를 신고하려면 조지아주 지역사회 보건부-감찰관실(Georgia Department of Community Health-Office of Inspector General)에 (지역) (404) 463-7590 또는 (무료) (800) 533-0686으로 전화하거나, 이메일(oiganonymous@dch.ga.gov), 우편(주소: Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334)으로 연락하거나 SE, 19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334 또는 https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud을 방문하십시오.

유권자 등록 정보

현재 거주지에 유권자 등록이 되어 있지 않다면 오늘 이곳에서 유권자 등록을 신청하시겠습니까?

___예

___아니요

___유권자 등록 질문에 답하고 싶지 않습니다

유권자 등록을 신청하거나 거부하는 것은 본 기관이 제공하는 지원 금액에 영향을 미치지 않습니다.

유권자 등록 신청서 작성에 도움이 필요하시면 저희가 도와드리겠습니다. 도움을 청할지 받을지는 본인이 결정합니다. 신청서는 개인적으로 작성할 수 있습니다.

누군가가 귀하의 유권자 등록 또는 유권자 등록 거부 권리, 유권자 등록 여부 결정 또는 유권자 등록 신청에 대한 귀하의 사생활 보호 권리, 또는 정당 또는 기타 정치적 선호를 선택할 권리를 방해했다고 생각하는 경우, 주 국무장관에게 주소
2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 또는 (404) 656-2871로 전화하여 불만을 제기할 수 있습니다.

두 상자 중 하나도 선택하지 않은 경우, 현재 투표 등록을 하지 않기로 결정한 것으로 간주됩니다.

조지아 유권자 등록 신청서 사본은 DFCS 신청서, 갱신 및 주소 변경 양식에 포함되어 있습니다. 또한 담당 사회복지사에게 유권자 등록 신청서를 요청할 수 있습니다. 유권자 등록 신청서를 작성한 경우, 유권자 등록 신청서에 제공된 지침에 따라 조지아 주 국무장관실에 제출하십시오.

귀하가 MEDICAID와 SNAP 또는 TANF를 갱신하는 경우귀하의 상황에 가장 적합한 상자에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.

갱신 절차를 시작하려면 인증 종료일 전에 이 양식을 반환하십시오.

- **메디케이드만 해당 – 신청자/회원/법적 보호자가 작성하는 경우 여기에 서명하십시오.**

본인이 직접 메디케이드를 신청하거나 갱신하는 경우, 본인은 위증 시 처벌을 받을 수 있다는 조건 하에 미국 시민권자, 미국 국적자 및/또는 미국에 거주하는 적격 이민자임을 선언합니다. 본인이 부모 또는 법적 보호자인 경우, 신청자가 미국 시민권자, 미국 미국 국적자 및/또는 미국 내 적격 이민자임을 선언합니다. 본인은 또한 본 신청서에 제공된 모든 정보가 본인이 아는 한 진실하고 정확하다는 것을 증명합니다.

_____ _____

(서명) (날짜)

- **메이케이드만 해당 – 신청자/회원/부모/법적 보호자 외의 사람이 다음을 작성하는 경우 여기에 서명하세요:**

본인은 본인이 아는 한 본인이 메디케이드를 신청/갱신하는 사람이 미국 시민권자, 미국 국적자 및/또는 적격 이민자이거나 합법적으로 미국에 체류하고 있음을 증명합니다. 본인은 또한 본 신청서에 제공된 모든 정보가 본인이 아는 한 진실하고 정확하다는 것을 증명합니다.

_____ _____

(서명) (날짜)

연락 가능한 전화 _____

신청자/회원/부모/법적 보호자가 이 사람을 개인 대리인으로 지정하려면 여기에 확인하시고 아래에 서명해야 합니다 ☐ 예 ☐ 아니요

_____ _____

(신청자/회원/부모/법적 보호자) (날짜)

- **SNAP 및/또는 TANF의 경우 신청자/수혜자/법적 보호자가 다음을 작성하는 경우:**

본인은 위증 시 처벌을 받을 수 있음을 전제로 본인이 아는 한 본인이 혜택을 신청하는 사람이 미국 시민권자이거나 미국에 합법적으로 체류 중인 비시민권자라는 것을 진술합니다. 본인은 또한 본 신청서에 제공된 모든 정보가 본인이 아는 한 진실하고 정확함을 증명합니다. 본인은 DHS-DFCS, DCH 및 승인된 연방 기관이 본 신청서에 제공한 정보를 검증할 수 있다는 것을 이해하고 이에 동의합니다. 과거 또는 현재 고용주로부터 정보를 얻을 수 있습니다. 본인은 본인의 정보가 임금 정보와 근로 활동 참여를 추적하는 데 사용될 것이라는 것을 이해합니다.

SNAP 및/또는 TANF 프로그램 요건에 따라 상황에 변화가 있으면 보고하겠습니다. 본인은 또한 가구원 중 복권이나 도박 당첨금을총 $4,500달러 이상(세전 또는 기타 금액 원천징수 전) 받는 사람이 있다면 신고하겠습니다. 당첨금을 수령한 달의 말일로부터 10일 이내에 당첨금을 신고하겠습니다. 본인은 정보가 정확하지 않을 경우, 본인의 혜택이 감소되거나 거부될 수 있으며, 고의로 잘못된 정보를 제공할 경우 형사 기소되거나 DHS-DFCS 프로그램 자격이 박탈될 수 있음을 이해합니다. 본인은 허위 정보를 제공하거나 정보를 숨기는 경우 기소될 수 있음을 이해합니다. 본인은 신청 또는 갱신 과정에서 일부 비용에 대해 DHS-DFCS에 알리지 않거나 확인하지 않을 경우, DHS-DFCS가 SNAP 혜택 금액을 계산할 때 해당 비용에 대한 예산을 책정하지 않을 것임을 이해합니다.

조지아주 복지부("DHS")는 혜택 신청 시 이름, 주소, 전화번호, 이메일 주소, 생년월일 등과 같은 개인 식별 정보(PII)를 수집합니다. 당사에 개인 정보를 제출함으로써 귀하는 당사가 DHS 정책, 절차 및 법률 및/또는 규정에서 허용하거나 요구하는 바에 따라 해당 개인 정보를 수집, 사용 및 공개할 수 있다는 데 동의하는 것입니다.

_____ _____

(서명) (날짜)

(정보를 위해 이 문서를 보관하십시오)

이 표는 이 양식에서 사용되는 몇 가지 용어를 설명합니다.

신청자	공공 지원이나 혜택을 받기 위해 신청하는 개인입니다.
지원 대상(AU)	지원 대상에는 임산부와 태아를 포함하여 함께 거주하며 공공 지원/혜택을 받는 적격 개인이 포함됩니다.
보호자	부모, 임산부, 친척 또는 법적 후견인으로서 태아를 포함하여 자신이 돌보는 자녀와 함께 TANF를 신청하고 수령하는 사람입니다.
고객 ID	공공 지원/혜택을 받는 개인에게 할당된 고유 번호입니다.
자격 박탈	개인이 진실을 말하지 않았고 받아서는 안 될 혜택을 받았다는 이유로 SNAP 또는 TANF 사례에서 해당 개인을 제외하기 위해 취하는 조치입니다.
가정 폭력:	가정 폭력은 배우자, 남자친구, 파트너 또는 "전 애인"이 치거나, 걷어차거나, 때리거나, 강간하거나, 목을 조르거나, 위협하거나, 통제하거나, 또는 생활에 필요한 것(음식, 의약품, 또는 집)을 얻지 못하게 하는 행위를 포함합니다.
전자 혜택 이전(EBT)	SNAP 수혜 자격이 있는 개인에게 혜택을 지급하기 위해 조지아에서 사용되는 시스템입니다. 지원을 받는 개인에게는 EBT 직불 카드가 발급되며, 이 카드는 SNAP 계좌에 접속하는 데 사용됩니다.
전자 통신	정보에 대한 알림을 받는 방법을 선택할 수 있습니다. 이메일 또는 문자 알림을 받도록 선택하면 GA 게이트웨이 고객 포털에 있는 내 알림(My Notice)에 알림이 있음을 알리는 메시지가 표시됩니다. 이메일 통신의 경우, 계정을 생성한 후 이메일 주소를 저희에게 제공하고 GA 게이트웨이 고객 포털에 있는 종이 없는 통지에 대한 약관에 동의해야 합니다. 알림 설정을 업데이트하려면 GA 게이트웨이 고객 포털 웹 사이트(www.gateway.ga.gov)를 방문하십시오. 문자 메시지를 보내려면, 저희에게 귀하의 전화번호를 제공해야 합니다. 표준 메시지 및 데이터 요금이 적용될 수 있습니다. 이는 통신사에 따라 다를 수 있으므로 제공업체에 확인하십시오.
수혜자 친척	태아를 포함하여 자녀를 대신하여 자신의 이름으로 TANF를 신청하고 수령하는 부모, 임산부, 친척 또는 법적 후견인입니다.
총소득	세금 또는 기타 공제액을 고려하기 전 개인의 총 소득입니다.
노숙자 개인	고정적이고 정기적인 야간 거주지가 없는 개인 또는 주요 야간 거주지가 다음과 같은 개인입니다: • 임시 숙소를 제공하도록 설계된 감독 대상 보호소(예: 복지 호텔 또는 집단 보호소) • 시설 입소 대상자에게 임시 거주지를 제공하는 중간 기숙사 또는 이와 유사한 기관 • 다른 개인의 거주지에서 90일을 넘지 않는 임시 숙소, 또는 사람이 정기적으로 잠을 자는 숙소로 설계되지 않았거나 통상적으로 사용되지 않는 장소(복도, 버스 정류장, 로비 또는 이와 유사한 장소)
가구원	집에 거주하는 사람입니다. SNAP의 경우, 함께 살면서 함께 식품을 구입하고 준비하는 개인입니다.
소득	임금, 급여, 수수료, 상여금, 산재 보상, 장애, 연금, 퇴직금, 이자, 양육비 또는 기타 수령한 모든 형태의 자금입니다.
2012년 중산층 세금 감면법	본 법은 카지노, 주류 판매점, 성인 대상 오락 시설, 포커룸, 보석금 채권, 나이트 클럽/살롱/주점, 빙고장, 경마장 , 게임 시설, 총기/탄약 판매점, 유람선, 심령술사, 흡연 상점, 문신/피어싱 상점, 스파/마사지 살롱에서 현금을 인출하거나 거래를 수행하는 데 현금 지원금 또는 TANF 직불 카드를 사용하는 것을 금지하고 있습니다. 이러한 사업체에서 현금 지원금 또는 TANF 직불카드를 사용하는 것은 수혜자의 고의적인 프로그램 위반(사기)으로 간주됩니다.
비신청자	공공 지원/혜택을 신청하지 않거나 받지 않는 개인입니다. 비신청자는 사회보장번호, 시민권, 이민자 신분 등을 제공할 필요가 없습니다.
수취인	수취인은 현금 지원금을 수령하고 AU를 대신하여 자금을 지출할 책임을 지는 개인입니다. 수취인은 AU 회원일 수도 있고 아닐 수도 있습니다.
세전 비용	**세전 비용은 세금이 적용되기 전에 소득에서 공제되는 비용입니다.** 모든 공제가 세전 공제인 것은 아닙니다. 가장 일반적인 세전 공제 항목은 건강보험, 치과 보험, 시력 보험 등입니다(http://www.irs.gov).

자격을 갖춘 외국인/이민자	적격 *외국인/이민자*는 미국에 합법적으로 거주하고 있는 사람으로서 다음 범주 중 하나에 해당하는 사람을 말합니다. • 이민 및 국적법(INA)에 따라 *합법적으로 영주권(LPR)을 취득한* 사람 • 1988년 해외 운영, 수출 금융 및 관련 프로그램 세출법 제584조에 따른 *아시아계* 이민자 • INA 제208조에 따라 *망명을 허가받은* 사람; • INA 제207조에 따라 인정된 *난민*; • INA 제212조 (d)(5)에 따라 난민 또는 망명자로 *가석방된* 사람; • 1997년 4월 1일 이전에 발효된 INA 제243조 (h) 또는 개정된 INA 제241조 (b)(3)에 따라 *추방*이 보류 중인 사람 • 1980년 4월 1일 이전에 발효된 INA 제203조 (a)(7)에 따라 *조건부 입국이 허가된* 사람 • 1980년 난민 교육 지원법 제501조 (e)에 정의된 *쿠바 또는 아이티* 이민자 • 2000년 인신매매 피해자 보호법 제107조 (b)(1)에 따른 *인신매매 피해자* • 1996년 개정된 개인 책임 및 근로 기회 조정법 제431조 (c)에 명시된 조건을 충족하는 *피해 이민자* • INA 제101조 (a)(27)에 따라 특별한 이민자 지위를 부여받은 *아프가니스탄 또는 이라크* 이민자(특정 조건에 따라) • INA 제289조에 따라 캐나다에서 태어나 미국에 거주하는 *아메리칸 인디언* 또는 인디언 자기 결정 및 교육지원법 제4조(e)에 따라 연방에서 인정받은 인디언 부족의 비시민권자 • 베트남 시대(1964년 8월 5일~1975년 5월 7일) 동안 군사 또는 구조 작전에 참여하여 미군을 지원한 *몽족 또는 라오스 고원 부족 구성원* 의료 지원 신청자들에 한해 자유연합협정(COFA)에 따라 미크로네시아 연방, 마셜 제도 공화국 및 팔라우 공화국의 시민입니다. COFA 이민자들은 5년 제한 규정을 준수할 필요가 없습니다.
자원	현금, 재산 또는 은행 계좌, 차량, 주식, 채권 및 생명 보험과 같은 자산입니다.
성폭행	연방법, 부족법 또는 주법에 의해 금지된 비합의적 성적 행위(피해자가 동의할 능력이 없는 경우 포함)입니다.
성희롱	불쾌한 업무 환경을 조성하는 성에 기반한 적대적, 협박적 또는 억압적 행동입니다.
스토킹	특히 명시적 또는 묵시적 위협으로 인해 합리적인 사람이 상해 또는 사망을 두려워할 만한 상황에서 고의적으로 반복적으로 다른 사람을 미행하거나 괴롭히는 행위 또는 범죄입니다.
과세 소득	임금, 급여, 수수료, 상여금, 장애 수당, 연금, 퇴직 수당, 이자 또는 기타 수령한 모든 형태의 금전입니다.
세금 부양자	세금 신고자의 세금 신고서에 청구될 것으로 예상되는 개인입니다. http://www.irs.gov
세금 신고자	세금 신고서를 제출할 것으로 예상되는 개인입니다. http://www.irs.gov
세금 신고 공제	세금 신고 공제는 세금 신고서 양식 1040의 23행에서 35행까지 허용되는 IRS 공제입니다. 여기에는 다음이 포함됩니다. 교육자 비용; 양식 2106; 건강 저축 양식 8889; 이사 비용 양식 3909; 벌금/저축 조기 인출; 지급된 위자료; IRA 공제; 학자금 대출 이자; 등록금 및 수수료 양식 8917, 국내 생산 활동 양식 8903입니다. http://www.irs.gov
SNAP 에서의 불법 거래	SNAP 혜택 불법 거래란 다음을 의미합니다. (1) EBT 카드, 카드 번호 및 PIN 번호 또는 수동 바우처 및 서명을 통해 발급 및 접근되는 SNAP 혜택을 현금이나 적격 식품 외의 대가로 직접 또는 간접적으로, 타인과 공모 또는 공모하여 또는 단독으로 매수, 판매, 도용 또는 기타 방식으로 교환하는 행위. (2) 총기, 탄약, 폭발물 또는 통제물질의 교환; (3) 보증금 반환이 필요한 용기가 있는 SNAP 혜택을 통해 제품을 구매하고, 제품을 폐기하고 보증금을 위해 용기를 반환하거나, 의도적으로 제품을 폐기하고 보증금을 위해 의도적으로 용기를 반환하는 것; (4) 현금이나 적격 식품 이외의 대가를 얻을 의도로 SNAP 혜택을 통해 제품을 구매하고, 제품을 재판매한 후 현금이나 적격 식품 이외의 대가와 교환하여 SNAP 혜택으로 구매한 제품을 의도적으로 재판매하는 것; (5) 원래 SNAP 혜택을 통해 구매한 제품을 현금이나 적격 식품 이외의 대가와 교환하여 의도적으로 구매하는 것. (6) 직접 또는 간접적으로, 다른 사람과 공모 결탁하여, 또는 단독으로 전자 혜택 이전(EBT) 카드, 카드 번호 및 개인 식별 번호(PIN) 또는 수동 바우처 및 서명을 통해 발행되고 액세스한 SNAP 혜택을 적격 식품 이외의 현금 또는 대가를 위해 구매, 판매, 도용 또는 기타 방식으로 교환하려고 시도하는 행위.
Way2Go 직불 마스터카드	조지아주는 Way2Go 직불 마스터 카드라고 불리는 TANF 수혜자를 위한 편리한 "전자" 지불 옵션을 구현했습니다. 이 지불 옵션에 따라, 돈은 매달 1일에 수혜자의 계좌로 입금됩니다. 1일이 주말 또는 공휴일인 경우, 이전 달의 마지막 영업일에 혜택이 제공됩니다. 자금이 직불 마스터카드에 전자적으로 충전되기 때문에 수혜자는 즉시 지원금에 액세스할 수 있습니다.

ADA/제504조 권리 고지

장애인을 위한 지원

조지아주 복지부 및 조지아주 지역사회 보건부(이하 "해당 부서")는 연방법*에 따라 장애인에게 해당 부서의 프로그램, 서비스 또는 활동에 참여하고 자격을 얻을 수 있는 동등한 기회를 제공하도록 규정하고 있습니다. 여여기에는 SNAP, TANF 및 의료 지원과 같은 프로그램이 포함됩니다.

장애를 이유로 한 차별을 피하기 위해 수정이 필요한 경우 해당 부서는 합리적인 수정을 제공합니다. 예를 들어, 당사는 정책, 관행 또는 절차를 변경하여 동등한 접근을 제공할 수 있습니다. 당사는 동등하게 효과적인 의사소통을 보장하기 위해 장애인 또는 동반자에게 수화 통역사와 같은 장애인 의사소통 지원을 제공합니다. 본 지원은 무료입니다. 해당 부서는 서비스, 프로그램 또는 활동의 본질에 근본적인 변경을 초래하거나 과도한 재정적 및 관리적 부담을 초래하는 어떠한 수정도 요구하지 않습니다.

합리적인 수정 또는 의사소통 지원 요청 방법

장애가 있어 합리적인 수정, 의사소통 지원 또는 추가 도움이 필요한 경우 사회복지사에게 문의하십시오. 예를 들어, 수화 통역사와 같이 효과적인 의사소통을 위한 지원이나 서비스가 필요한 경우 요청하십시오. 사회복지사에게 연락하거나 DFCS (877) 423-4746 또는 DCH Katie Beckett (KB) 팀(678-248-7449)으로 전화하여 요청할 수 있습니다. 또한 지역 DFCS 사무소 또는 온라인(https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights)에서 제공되는 DFCS ADA 합리적 수정 요청 양식을 사용하여 요청할 수도 있으며, KB 사무소 또는 온라인(https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett)에서 구하거나 수정 요청을 이메일(DCH.ADAassistance@dch.ga.gov)로 보내실 수도 있습니다.

불만 제기 방법

장애를 이유로 해당 부서가 귀하를 차별한 경우 불만을 제기할 권리가 있습니다. 예를 들어, 합리적인 수정 또는 수화 통역을 요청했지만 거부당했거나 합리적인 시간 내에 조치가 취해지지 않은 경우 차별 불만을 제기할 수 있습니다. 사회복지사, 지역 DFCS 사무소 또는 DFCS 민권, ADA/제504조 코디네이터(주소: 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746)에게 구두 또는 서면으로 불만을 제기하실 수 있습니다. DCH의 경우 KB 팀 ADA/제504조 코디네이터(2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 또는 사서함 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449)로 문의하시기 바랍니다. DCH 이메일 주소는 dch.adarequests@dch.ga.gov입니다.

담당 사회복지사에게 DFCS 민권 불만 양식 사본을 요청할 수 있습니다. 불만 양식은 https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights에서도 제공됩니다. 차별 불만을 제기하는 데 도움이 필요하면 위에 나열된 DFCS 직원에게 연락할 수 있습니다. 청각 장애가 있거나 언어 장애가 있는 사람은 711번으로 전화하면 교환원이 연결해 드립니다. DCH 민권 불만 접수 이메일은 dch.civilrights@dch.ga.gov입니다. DCH 민권 절차 및 양식 링크는 https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights에서 제공됩니다.

또한 적절한 연방 기관에 차별 불만을 제기할 수도 있습니다. 미국 농무부(USDA) 및 미국 보건복지부(HHS)의 연락처 정보는 "차별 금지 정책"에 포함되어 있습니다.

**1973년 재활법 제504조, 1990년 미국 장애인법, 2008년 미국 장애인법 개정법에서는 장애인이 불법적인 차별을 받지 않도록 보장하고 있습니다.*

지역 보건부(DCH) 정책에 따라 의료 지원 프로그램은 인종, 연령, 성별, 장애, 출신 국가 또는 종교를 이유로 자격이나 혜택을 거부할 수 없습니다.

USDA 또는 HHS에 신청서를 보내지 마십시오

차별 금지 선언문

연방 민권법 및 미국 농무부(USDA) 민권 규정 및 정책에 따라 USDA, 그 기관, 사무소 및 직원, USDA 프로그램에

참여하거나 행정을 담당하는 기관은 인종, 피부색, 출신 국가, 성별(성 정체성 및 성적 지향 포함), 종교적 신념, 장애, 연령, 정치적 신념 또는 USDA가 수행하거나 자금을 지원하는 모든 프로그램이나 활동에서 이전 민권 활동에 대한 보복이나 복수를 이유로 차별하는 행위는 금지됩니다. 미국 보건복지부(HHS)에서 연방 재정 지원을 받는 프로그램, 예를 들어 빈곤 가정 임시 지원(TANF) 및 HHS가 직접 운영하는 프로그램에서도 연방 민권법 및 HHS 규정에 따라 차별이 금지됩니다.

프로그램 정보를 얻기 위해 대체 의사소통 수단(예: 점자, 큰 활자, 오디오 테이프, 미국 수화)이 필요한 장애인은 혜택을 신청한 기관(주 또는 현지)에 연락하십시오.
청각 장애, 난청 또는 언어 장애가 있는 개인은 (800) 877-8339번의 연방 중계 서비스를 통해 USDA에 연락할 수 있습니다. 또한 프로그램 정보는 영어 이외의 언어로 제공될 수 있습니다.

USDA 프로그램과 관련된 민권 불만 사항
USDA는 보충 영양 지원 프로그램(SNAP), 인디언 보호구역에 대한 식품 배급 프로그램(FDPIR) 등과 같은 다양한 식량 안보 및 기아 감축 프로그램에 대한 연방 재정 지원을 제공합니다. 프로그램 차별에 대한 민원을 제기하시려면 온라인으로 https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf 및 USDA 사무실에서 제공되는 프로그램 차별 민원 양식(AD-3027)을 작성하시거나 USDA에 서신을 작성하여 양식에 요청된 모든 정보를 서신에 기재하십시오. 민원 양식 사본을 요청하시려면 (866) 632-9992로 전화하십시오. 작성된 양식 또는 서신을 다음 주소로 USDA에 제출하십시오.

1. **우편:** Food and Nutrition Service, USDA
   1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314 또는
2. **팩스:** (833) 256-1665 또는 (202) 690-7442 또는
3. **전화번호:** (833) 620-1071 또는
4. **이메일:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

SNAP 문제와 관련된 기타 정보는 스페인어로도 제공되는 USDA SNAP 문의전화 번호 (800) 221-5689로 연락하시거나 주 정보/문의전화 번호(주별 문의전화 번호 목록을 보려면 링크를 클릭)로 전화하십시오. SNAP 핫라인.

HHS 프로그램과 관련된 민권 불만
HHS는 건강과 복지를 향상시키기 위한 여러 프로그램에 연방 재정 지원을 제공하며, 여기에는 TANF, 헤드스타트, 저소득 가정 에너지 지원 프로그램(LIHEAP) 등이 포함됩니다. HHS가 직접 운영하거나 HHS가 연방 재정 지원을 제공하는 프로그램 또는 활동에서 인종, 피부색, 출신 국가, 장애, 나이, 성별(임신, 성적 지향, 성 정체성 포함) 또는 종교를 이유로 차별을 받았다고 생각되시는 경우, 본인 또는 다른 사람을 대신하여 민권 사무소(OCR)에 불만을 제기하실 수 있습니다.

HHS를 통해 연방 재정 지원을 받는 프로그램과 관련하여 본인 또는 다른 사람의 차별에 대한 불만을 제기하려면 OCR의 불만 포털(https://ocrportal.hhs.gov/ocr/)을 통해 온라인으로 양식을 작성하십시오. 또한 다음 주소로 우편을 통해 OCR에 문의할 수도 있습니다. Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, 팩스: (202) 619-3818 또는 이메일: OCRmail@hhs.gov. 신속한 처리를 위해 우편으로 민원을 접수하기 보다는 OCR 온라인 포털을 사용한 민원 접수를 장려합니다. 민권 불만 제기에 도움이 필요한 사람은 OCR에 OCRMail@hhs.gov로 이메일을 보내거나 OCR 무료전화 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697로 전화해 문의하세요. 청각 장애, 난청 또는 언어 장애가 있는 사람은 7-1-1번으로 전화하여 통신 중계 서비스를 이용하십시오. 또한 민원 제기를 위한 대체 형식(점자 및 큰 활자 등), 보조 도구 및 언어 지원 서비스를 무료로 제공합니다.

이 기관은 평등한 기회 제공자입니다.

또한 미국 복지부(DHS)에 따라 현지 DFCS 사무소 또는 조지아주 복지부, 법률고문실(47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746)의 DFCS 민권, ADA/제504조 코디네이터에게 연락하여 기타 차별 불만을 제기할 수도 있습니다. 제한된 영어 능력으로 인한 차별을 주장하는 불만은 조지아주 복지부 법률고문실(47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746)의 DHS 제한된 영어 능력 및 감각 장애 프로그램에 문의하시기 바랍니다.
USDA 또는 HHS에 신청서를 보내지 마십시오