



제가 혜택을 신청하는 사람이 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 존재하는 비시민이라는 것을 제가 아는 한 위증죄의 처벌을 받고 있음을 선언합니다. 본인은 또한 본 신청서에 제공된 모든 정보가 제가 아는 한 진실하고 정확하다는 것을 증명합니다. 저는 DHS-DFCS, DCH 및 공인 연방 기관이 이 신청서에 대해 제가 제공하는 정보를 검증할 수 있다는 것을 이해하고 동의합니다. 정보는 과거 또는 현재 고용주로부터 얻을 수 있습니다. 저는 제 정보가 임금 정보와 업무 활동 참여를 추적하는 데 사용될 것이라는 것을 알고 있습니다.

푸드 스탬프(SNAP) 및/또는 TANF 프로그램 요구사항에 따라 상황 변화를 보고합니다. 저는 또한 제 가족 중 복권이나 도박 당첨금을 받는 사람이 있다면 총 4250 달러 이상(세금이나 다른 금액이 원천징수되기 전)을 신고할 것입니다.

이 당첨금들은 우리 가족이 당첨금을 받는 월말부터 10 일 이내에 신고하겠습니다. 잘못된 정보가 있을 경우, 제 혜택이 축소되거나 거부될 수 있으며, 잘못된 정보를 고의로 제공한 혐의로 형사 기소되거나 DHS-DFCS 프로그램에서 실격될 수 있습니다. 제가 허위 정보를 제공하거나 정보를 숨긴다면 기소될 수 있다는 것을 알고 있습니다. 신청 또는 갱신 과정에서 DHS-DFCS 에 일부 비용을 알리지 못하거나 확인하지 못한 경우, DHS-DFCS 는 푸드 스탬프(SNAP) 혜택 금액을 계산할 때 해당 비용을 예산하지 않는다는 것을 알고 있습니다.

조지아주 인적 서비스부(DHS)는 급여 신청 시 이름, 주소, 전화번호, 이메일 주소 및 생년월일 등과 같은 개인 식별 정보(PII)를 수집합니다. 귀하의 개인 정보를 당사에 제출함으로써 이러한 개인 정보를 DHS 정책, 절차 및 법률 및/또는 규정에 의해 허용되거나 요구되는 대로 수집, 사용 및 공개할 수 있다는 데 동의합니다.

서명:

날짜

---

위트니스 서명 만약 "X" 날짜에 의해 서명

날짜

### 급행 차선 자격

급행 차선 자격(ELE)은 추가 영양 지원 프로그램(SNAP) 또는 TANF(Temporary Assistance for Need Family)를 받고 있는 19 세 미만의 유자격 어린이를 의료 지원 프로그램에 등록하거나 갱신하는 자동 프로세스입니다. 귀하의 자녀가 SNAP 또는 TANF 수혜 자격이 있는 경우 가족 및 아동 서비스국(DFCS)은 SNAP 또는 TANF 의 가구 규모, 거주지 및 소득 정보를 사용하지만 DFCS 는 MA 규칙을 사용하여 시민권 또는 이민 신분을 확인하여 Medicaid 또는 PeachCare for Kids®에 자녀를 등록하거나 갱신하기로 한 ELE 결정. 자녀가 PeachCare for Kids®를 받을 수 있는 경우, 보험료가 부과될 수 있습니다. DFCS 는 결정 통지서를 보내어 사용자가 변경 사항을 적용하고 언제든지 탈퇴할 수 있도록 할 것입니다.

DFCS 가 SNAP 또는 TANF 의 정보를 사용하여 Medicaid 또는 PeachCare for Kids®에 자녀를 등록하거나 갱신하는 ELE 결정을 내리도록 허용하는 데 동의하십니까?

예 아니요

**승인된 대표자:**

지원서/갱신 신청서/갱신서를 작성하기를 원하는 사람이나 단체에서 원하는 경우에만 이 섹션을 완료하고, 식품 스탬프(SNAP) 또는 TANF 인터뷰를 완료하거나, 가게에 갈 수 없을 때 식품 스탬프(SNAP) EBT 카드를 사용하여 식품을 구입하십시오. 승인된 대표자로 지정하고 싶은 각각의 프로그램 형식으로 해 주십시오를 확인해요. 개인 또는 조직이 어떤 직무를 수행하기를 원하는지 체크해 주십시오. 만약 메디케이드 지원하는 두개 이상 법인 또는 조직 당신의 편에서 행동해야 할 선택할 수 있어요.

승인된 대표자 1 프로그램 유형: 가 나머지 빈곤 가족  의료 지원 .

수권 대리인 1 임무: 신청자 대신 서명신청  갱신서 작성 및 제출  통지서 사본 수령 및 기타 커뮤니케이션  기타 모든 사항은 신청자 대리행동  TANF 혜택카드(EPPIC) 수령

사람 이름 1: \_\_\_\_\_  
조직 이름 1(해당하는 경우): \_\_\_\_\_ 전화: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_ 아파트: \_\_\_\_\_  
시타: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 집: \_\_\_\_\_  
전자 통신: 이메일: 예\_\_\_ 또는 아니오\_\_\_(선택 사항) 메시지: 예\_\_\_ 또는 아니오\_\_\_(선택 사항)  
이메일 주소 (선택 사항) \_\_\_\_\_  
선호하는 언어: \_\_\_\_\_ 통역이 필요합니까? 예\_\_\_ 또는 아니오\_\_\_

승인된 대표자 1 프로그램 유형: 가 나머지 빈곤 가족  의료 지원

수권 대리인 2 임무: 신청자 대신 서명신청  갱신서 작성 및 제출  통지서 사본 수령 및 기타 커뮤니케이션  기타 모든 사항은 신청자 대리행동  TANF 혜택카드(EPPIC) 수령

사람 이름 2: \_\_\_\_\_  
조직 이름 2(해당하는 경우): \_\_\_\_\_ 전화: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_ 아파트: \_\_\_\_\_  
시타: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 집: \_\_\_\_\_  
전자 통신: 이메일: 예\_\_\_ 또는 아니오\_\_\_(선택 사항) 메시지: 예\_\_\_ 또는 아니오\_\_\_(선택 사항)  
이메일 주소 (선택 사항) \_\_\_\_\_  
선호하는 언어: \_\_\_\_\_ 통역이 필요합니까? 예\_\_\_ 또는 아니오\_\_\_

**미국 장애인법: 공인 대리점에 대한 합리적인 수정 및 커뮤니케이션 지원을 요청합니다 (해당하는 경우):**

공인 대리인에게 합리적인 수정 또는 의사소통 지원이 필요한 장애가 있습니까? 예\_\_\_ 아니요\_\_\_(예인 경우, 요청하신 합리적인 수정 사항 또는 커뮤니케이션 지원에 대해 설명하십시오):

수화통역기\_\_\_; TTY\_\_\_; Large Print\_\_\_; 전자통신(이메일)입니다. \_\_\_; 점자입니다 \_\_\_\_\_; 비디오 릴레이\_\_\_; 큐드 음성 통역기 \_\_\_\_\_; 구두 통역 \_\_\_; 촉각 통역 \_\_\_; 프로그램 마감일을 알리는 전화 통화 \_\_\_; 전화 서명(해당되는 경우) \_\_\_; 대면 인터뷰(홈 방문) \_\_\_; 기타: \_\_\_\_\_

공인 대리점에 이 합리적인 수정 또는 커뮤니케이션 지원이 필요합니까?

한 번 \_\_\_\_\_ 또는 진행중인 \_\_\_? 가능한 경우 이 수정 또는 지원이 필요한 시기와 기간을 간략하게 설명하십시오? \_\_\_\_\_

**메디케이드만 위해:**

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

예  아니요 예인 경우 질문 a, b, c 에 답하십시오. 아니오인 경우 질문 c 에 답하십시오.

- a. 배우자와 공동으로 소송을 제기할 것입니까?  예  아니요 예인 경우 배우자 이름: \_\_\_\_\_
- b. 세금 신고서에 부양가족을 청구할 건가요?  예  아니요  
 예인 경우 종속 항목의 이름을 나열하세요: \_\_\_\_\_
- c. 타인의 반환에 따라 세금으로 청구되는 사람이 있습니까?  네  아니요  
 예인 경우 세금 신고자의 이름과 세금 종속자를 나열하세요. \_\_\_\_\_  
 세금 신고자와 세금 부양 가족은 어떻게 관련되어 있습니까? \_\_\_\_\_

**커뮤니티 아웃리치 서비스**

기타 DHS 서비스에 대한 자세한 내용은 당사 웹 사이트 <http://dfcs.georgia.gov> 를 방문하거나 (877) 423-4746 으로 전화하십시오.  
 모든 질문에 답변하고 요청하신 모든 수입과 비용에 대한 증거를 제시해 주십시오.

**시민권 이민 현황 및 사회 보장 번호:**

**신청자와 모든 가구원에 대한 아래 표를 작성해주세요. 다음과 같은 연방 법률 및 규정이 있습니다: 2008 년 식품 및 영양법에 따라, 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. § 435.920 은 DFCS 가 귀하와 귀하의 가구 구성원에게 사회보장번호를 요청할 수 있도록 권한을 부여합니다. 귀하의 가정에 살고 있으면서 혜택을 신청하지 않는 사람은 누구나 비신청자로 취급될 수 있습니다. 비신청자는 사회보장번호, 시민권, 출입국자 정보를 알려주지 않아도 되며 혜택을 받을 수 없습니다. 다른 가구원이 다른 자격이 있는 경우에도 여전히 혜택을 받을 수 있습니다. 가족 구성원이 혜택을 받을 수 있는지 여부를 결정하려면, 여전히 그들의 시민권이나 이민 상태에 대해 우리에게 말하고 그들의 사회 보장 번호(SSN)를 알려주어야 합니다. 아직도 자기들의 수입과 자원에 대해 가정의 자격과 이익 수준을 결정할 필요가 있을 것이요. 신청자가 아닌 가족 구성원이 시민권 또는 이민 신분을 제공하지 않는 경우 미국 시민권 및 이민 서비스(USCIS) SAVE(Systematic Alien Verification for Entitlements) 시스템에 보고하지 않습니다. 만약 이민 상태 정보 응용 프로그램에 제출되었다 하지만, 이 정보는 저장 시스템을 통해 검증하고 가계의 자격과 이익 수준에 영향을 준다고 받을 수 있어요. 우리는 다른 연방, 주 및 지역 기관과 당신의 수입과 자격을 검증 당신의 정보와 일치할 것이요. 이 정보는 또한 법 집행 기관에 이 법에서 실행 중인 사람들 잡기할 수 있어요. 만약 당신의 가구가 푸드 스탬프(SNAP)주장한다면, 이 응용 프로그램에 핵추진 잠수함을 포함한 정보가 연방과 주 각 기관과 민간 채권 추심 전문 회사에 요구 수집에 사용할 줄 수 있어요. 다른 가구원이 SSN, 시민권 또는 이민 자격을 제공하지 못하기 때문에 신청 가구원에 대한 혜택을 거부하지 않습니다. 응급 의료 서비스만 신청하는 경우, SSN 이나 이민 상태에 대한 정보를 제공할 필요가 없습니다.

이름	MI	성	히스패닉계인가요, 라틴계인가요? (선택사항)	인종 (선택 사항)	성별 남/여	출생년월일 체제 (mm/dd/yy)	당신과의 관계	사회 보장 번호 (비신청자 선택사항)	미국 시민입니까. 국가, 자격을 갖춘 이민자 또는 만류스러운 이민 지위에 있습니까? (신청자만 해당)(예/아니요)	이 아이의 엄마가 집에 살고 있나요? (예/아니요)	이 아이의 아버지가 집에 살고 있나요? (예/아니요)	메디케이드를 원하십니까? (예/아니요)
			(예/아니요)				SELF		(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)
			(예/아니요)						(예/아니요)	(예/아니요)	(예/아니요)	(예/아니요)

**레이스 코드(해당 항목 모두 선택):**

- AI** - 미국 인디언 또는 알래스카 원주민입니다.      **AS** - 아시아인      **BL** - 흑인 또는 아프리카계 미국인
- HP** - 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민      **WH** - 흰색

인종/민족 정보를 제공함으로써 귀사는 차별 없는 방식으로 프로그램을 관리할 수 있도록 지원할 것입니다. 귀하의 가구는 이러한 정보를 제공할 필요가 없으며 귀하의 자격이나 혜택 수준에 영향을 미치지 않습니다. 그러나 이 정보를 제공하지 않으면 첫 대면 인터뷰 동안 인종과 민족에 대한 시각적 식별이 이루어집니다.

귀하 또는 기타 가구 신청자가 귀화 시민이거나 자격을 갖춘 외국인/이민자일 경우 다음 표를 작성하십시오:  
 필요에 따라 추가 페이지를 추가하십시오.)

이름 이름 중간 이니셜 성	출입국 관리 서류 유형	계인/인증서/문서 ID 번호	1996 년부터 미국에 사셨나요?  (예/아니요)	귀화 날짜/미국 입국 또는 입국 날짜 (해당하는 경우)  체재 (mm/dd/yy)	배우자 또는 부모가 참전용사입니까? 아니면 현역 미군입니까?  (예/아니요)

**메디케이드만 위해서:**

**18 살 때 포스터 케어에 있는 가족 중에 누구라도 있었나요?**  네  아니요  
 만약 당신과 함께 살고 있지 않은 세금 부양가족이 있다면, 아래에 열거해 주세요.

이름 : \_\_\_\_\_ 사회보장번호 \_\_\_\_\_ 성별: 남 여 (하나에 동그라미를 치십시오)  
 생년월일: \_\_\_\_\_ 시민권: \_\_\_\_\_  
 귀하와의 관계: \_\_\_\_\_ (필요에 따라 페이지를 추가해 주십시오)

**신청자 및 모든 가구원에 대해 자세히 알려 주십시오.**

우리는 누가 혜택을 받을 자격이 있는지 결정하기 위해 신청자와 모든 가구원에 대한 더 많은 정보가 필요합니다. 아래  
 페이지에서 받고 싶은 혜택에 대한 질문에만 답변해 주십시오.

1. 다른 카운티나 주에서 혜택을 받은 사람이 있습니까? (푸드 스탬프(SNAP) 및 TANF 만 해당)  예  아니요

예인 경우:  
 누구: \_\_\_\_\_  
 어디: \_\_\_\_\_  
 언제: \_\_\_\_\_

2. 1996 년 8 월 22 일 이후 두 개 이상의 영역에서 여러 FS 혜택을 받기 위해 자신이 사는 곳과 누구인지 허위 정보를  
 제공한 혐의로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? (식품 스탬프(SNAP)만 해당)  예  아니요

예인 경우:  
 누구: \_\_\_\_\_  
 어디: \_\_\_\_\_  
 언제: \_\_\_\_\_

3. 신청일로부터 30 일 이내에 자발적으로 직장을 그만두거나 근로시간을 주당 30 시간 이하로 줄인 사람이 있습니까?  
 (푸드 스탬프(SNAP) 및 TANF 전용)  예  아니요.

만약 그렇다면, 누가 그만두나요? \_\_\_\_\_  
 그/그녀는 왜 그만두었나요? \_\_\_\_\_

4. 임신한 사람 있어요? (이 질문은 푸드 스탬프(SNAP) 신청자에게는 적용되지 않습니다)  예  아니요

그렇다면 예상 낳기는 언제입니까? \_\_\_\_\_; 그리고 얼마나 많은 아기가 예상됩니까? \_\_\_\_\_  
 만약 아니라면, 지난 12 개월 이내에 출산했거나 임신이 종료된 사람이 있습니까?  예  아니요

그렇다면 아기 출산/중단 날짜는 언제였습니까? \_\_\_\_\_; 얼마나 많은 아기가 출산/예상되었습니까? \_\_\_\_\_  
 임신부 이름: \_\_\_\_\_ 태아 아빠 이름: \_\_\_\_\_

아버지의 주소: \_\_\_\_\_

5. 메디케이드 신청자의 경우, 지난 3 개월 동안 미납된 의료비가 있나요?  예  아니요  
만약 그렇다면, 메디케이드 케이스가 있다면 미지급된 청구서를 보내주세요.
6. 푸드 스탬프(SNAP) 또는 TANF 프로그램에서 자격을 박탈당한 사람이 있습니까? (푸드 스탬프(SNAP) 및 TANF 전용)  
 예  아니요

예인 경우:

누구: \_\_\_\_\_

어디: \_\_\_\_\_

7. 중범죄로 기소되거나 감옥에 갇히는 것을 피하기 위해 도망치는 사람이 있습니까? (식권(SNAP) 및 TANF 만 해당)  
 예  아니요 예  예  예 그렇다면 누구: \_\_\_\_\_

8. 보호관찰이나 가석방 조건을 위반한 사람이 있습니까? (푸드 스탬프(SNAP) 및 TANF 전용)  예  아니요

예인 경우, 누구: \_\_\_\_\_

9. 1996 년 8 월 22 일(SNAP 및 TANF 만 해당) 이후 통제된 약물(즉, 마약 중범죄자)의 소지, 사용 또는 유통과 관련된 행동 또는 폭력 중범죄(TANF 만 해당)와 관련된 중범죄 유죄판결을 받은 사람이 있습니까?  예  아니요

예인 경우:

누구: \_\_\_\_\_ 언제: \_\_\_\_\_

- a. 마약 중범죄 유죄판결로 선고된 형과 관련된 보호관찰 조건을 준수하고 있습니까? (푸드 스탬프(SNAP)만)  
 예  아니요
- b. 마약 관련 유죄 판결과 관련된 모든 보호관찰 또는 가석방 기간을 성공적으로 마쳤습니까?  
(푸드 스탬프(SNAP)만)  예  아니요
- c. 마약 관련 유죄 판결과 관련된 모든 보호관찰 또는 가석방 기간을 성공적으로 마쳤습니까? (푸드 스탬프(SNAP)만)  예  아니요
10. 1996 년 8 월 22 일 이후 식품 스탬프(SNAP) 혜택을 마약과 거래한 혐의로 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? (푸드 스탬프(SNAP)만)  예  아니요

예인 경우:

누구: \_\_\_\_\_ 언제: \_\_\_\_\_

11. 1996 년 8 월 22 일 이후 500 달러 이상의 푸드 스탬프(SNAP) 혜택을 구매하거나 판매한 혐의로 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? (푸드 스탬프(SNAP)만)  예  아니요

예인 경우:

누구: \_\_\_\_\_

언제: \_\_\_\_\_

12. 1996 년 8 월 22 일 이후에 총, 탄약 또는 폭발물과 푸드 스탬프(SNAP) 혜택을 거래한 혐의로 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? (푸드 스탬프(SNAP)만)  예  아니요

예인 경우:

누구: \_\_\_\_\_

언제: \_\_\_\_\_

13. 2014 년 2 월 7 일 이후, 당신이나 당신 가족의 구성원이 아동에 대한 가중 성적 학대, 살인, 성적 착취 및 기타 학대, 성폭행과 관련된 연방 또는 주법상의 범죄 또는 법무장관이 그러한 범죄와 실질적으로 유사한 것으로 결정한 주법에 따른 범죄로 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? (푸드 스탬프(SNAP)만)  예  아니요

예인 경우:

누구: \_\_\_\_\_

언제: \_\_\_\_\_

- a. 마약 중범죄 유죄판결로 선고된 형과 관련된 보호관찰 조건을 준수하고 있습니까? (푸드 스탬프(SNAP)만)  예  아니요
- b. 중범죄 유죄판결로 선고된 형과 관련된 가석방 조건을 준수하고 있습니까? (푸드 스탬프(SNAP)만)  예  아니요
- c. 중범죄 관련 유죄 판결과 관련된 모든 보호관찰 또는 가석방 기간을 성공적으로 마쳤습니까? (푸드 스탬프(SNAP)만)  예  아니요

14. 가족 구성원이 복권이나 도박 당첨금을 받은 적이 있습니까?  예  아니요

예인 경우:

누구: \_\_\_\_\_ 언제: \_\_\_\_\_ 받은 금액: \_\_\_\_\_

15. 주류 판매점, 카지노, 포커룸, 유흥업소, 보석 채권, 나이트 클럽, 살롱/주점, 빙고 홀, 경주 트랙, 총기/탄약 판매점, 유람선, 심령술사, 흡연 가게, 문신/피싱 가게, 스파/마사지 살롱에서 TANF 펀드 또는 EPPIC 카드를 사용한 사람이 있습니까? (TANF 만)  예  아니요

예인 경우:

누구: \_\_\_\_\_ 언제: \_\_\_\_\_

16. 현재 위자료를 받고 있는 혜택을 신청하고 있는 사람이 있습니까?  예  아니요  아니요

예인 경우:

누구: \_\_\_\_\_

월수입금액: \_\_\_\_\_

위자료 약정이 확정되었거나 마지막으로 수정된 날짜입니다: \_\_\_\_\_

**(푸드 스탬프(SNAP) 및 TANF 만)**

고등교육을 받고 있는 학생: 귀하의 가족 중 대학, 전문대학, 직업 또는 기술 학교에 반년 이상 등록한 사람이 있습니까?

예  아니요 예 경우, 누구: \_\_\_\_\_

학교 이름: \_\_\_\_\_ 학년/상태\_ 졸업일: \_\_\_\_\_ 그 학생은 고용되었습니까?  예  아니요

업무 연구에 등록하셨습니까?  예  아니요

예인 경우 주당 근무 시간 \_\_\_\_\_ (아래 고용 섹션도 작성해주세요.)

**식품 스탬프(SNAP)만:**

60 세 이상이나 장애인이 의료비를 가지고 계신가요?  예  아니요

메디케어 보험료, 처방약값, 병원비 등 의료비가 변동되었나요?  예  아니요

예인 경우 아래 표에 비용을 기재하십시오. 청구서, 최근 한 달 동안의 처방전을 첨부합니다.

청구된 가구 구성원	비용 유형(의사, 병원, 처방)	빚진 금액	청구일	보험이 보상되나요? 예/아니요

60 세 이상이나 장애인이 교통비 의료비를 가지고 계신가요?  예  아니요

만약 네, 주세요 아래의 정보를 제공해요. 메디케이드를 받는 경우 다음 증거를 제시하십시오:

여행의 목적(의사 또는 병원 방문, 약국 픽업)	주행 총 마일 수:	택시비, 버스비, 주차비 또는 하숙
----------------------------	------------	---------------------

다른 사람이 이 의료비를 지불합니까?  예  아니요

**예인 경우 아래에 정보를 제공하십시오:**

어떤 비용이 지불됩니까?	계산은 누가 하나요?
이 사람은 누구에게 요금을 지불하나요?	주소:

**메디케이드만 위해서:**

**기타 건강 보험**

다음 중 건강보험에 가입한 사람이 있습니까?

- 조지아부 인적 서비스부 메디케이드 PeachCare for Kids® · Medicare
- VA 의료 프로그램  TRICARE(직접 진료 또는 Line of Duty)가 있는지 확인하지 마십시오)
- 고용주 보험: 보험명 \_\_\_\_\_ 정책 번호 \_\_\_\_\_
- 기타: 보험명 \_\_\_\_\_ 정책 번호 \_\_\_\_\_

메디케이드 말고 다른 건강보험이 있나요?  예  아니요

그렇다면 보험증 사본을 보내 주십시오.

**자원:**

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

예  아니요 예인 경우 아래 정보를 제공합니다. 고령, 시각장애인 또는 장애인 의료급여를 받는 경우(QMB, SLMB 또는 QI-1 과 같은 의료보험 저축 플랜 제외) 증거를 제시하십시오.

자원 유형	주인	계정/정책 번호(계정/정책 번호가 SSN 과 동일한 경우 완료하지 마십시오)	가치	은행, 보험회사 등의 명칭
현금				
확인/저축				
신용 조합				
연간				
주식 또는 채권				
금고				
은퇴 계정 (비 MAGI 메디케이드/TANF 전용)				
교통 수단 (비 MAGI 메디케이드/TANF 전용)				
CD's/연간 (비 MAGI Medicaid/TANF 전용)				
선불 장래 계획 (비 MAGI 메디케이드/TANF 전용)				
묘지 구획 (비 MAGI 메디케이드/TANF 전용)				
신탁 기금 (비 MAGI 메디케이드/TANF 전용)				
집이 아닌 장소 속성 (비 MAGI 메디케이드/TANF 전용)				
홈 장소 속성 (비 MAGI 메디케이드/TANF 전용)				
생명 보험 (비 MAGI 메디케이드/TANF 전용)				

기타				
----	--	--	--	--

**노인, 맹인 또는 장애인 메디케이드만 해당:**

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

만약 그렇다면, 뭐예요? \_\_\_\_\_

언제? \_\_\_\_\_

**푸드 스탬프(SNAP), TANF 및 메디케이드의 경우:**

**고용:** 당신 집에 일하는 사람이 있나요?  예  아니요

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

일하는 사람	고용주	시간당 지불	주당 시간	지불 빈도	지불 날짜	보너스 지불	팁

**메디케이드만 위해서:**

**세전 비용:**

건강보험 \$ \_\_\_\_\_ 얼마나 자주? \_\_\_\_\_  비전 보험 \$ \_\_\_\_\_ 얼마나 자주? \_\_\_\_\_

• 초과 보험 \$ \_\_\_\_\_ 얼마나 자주? \_\_\_\_\_ • 기타 공제 유형 \$ \_\_\_\_\_ 얼마나 자주? \_\_\_\_\_

• 기타 공제 유형 \$ \_\_\_\_\_ 얼마나 자주? \_\_\_\_\_ • 기타 공제 유형 \$ \_\_\_\_\_ 얼마나 자주? \_\_\_\_\_

• 기타 공제 유형 \$ \_\_\_\_\_ 얼마나 자주? \_\_\_\_\_

• 더? 별도의 용지에 첨부해 주세요.

세전 지출은 세금이 적용되기 전에 소득에서 공제되는 비용입니다. 모든 공제가 세전이 아닙니다.

**세금 환급 공제:**

적용되는 것을 모두 확인하고 금액과 얼마나 자주 지불하는지 알려주세요.

**노트:** 자영업의 답변에 이미 고려했던 비용을 포함해서는 안 됩니다.

• 위자료는 얼마나 자주 지불됩니까? \_\_\_\_\_ 학자금 대출 이자 \$ \_\_\_\_\_ 얼마나 자주? \_\_\_\_\_

• 기타 공제 유형 \$ \_\_\_\_\_ 얼마나 자주? \_\_\_\_\_ 기타 공제 유형 \$ \_\_\_\_\_ 얼마나 자주? \_\_\_\_\_

**푸드 스탬프(SNAP), TANF 및 메디케이드의 경우:**

**일을 그만둔 사람이 있나요?**  예  아니요. 예인 경우 다음을 완료하고 증거를 제시합니다.

어떤 작업이 중단되었습니까?	작업을 중지한 가구원의 이름입니다.	
고용 장소:		
지불이 중지된 날짜:	최종 확인 날짜:	최종 급여(총액):

**일 시작한 사람 있어요?**  예  아니요. 예인 경우 다음을 완료하고 증거를 제시합니다:

작업을 시작한 사람의 이름:	시작 날짜:	전화 번호:
고용주/사업자 이름:	지불 요율: \$	첫 번째 수표가 수신/수신되는 날짜:

지불 빈도(하나를 확인하십시오):

주간       격주       월 2회       월간       기타

**자기 고용:**

자영업자 있나요?  네  아니요 (있다면 누구입니까?) \_\_\_\_\_

세금 파일, 사업 기록, 영수증, 청구서 또는 기성 기업 고객의 진술을 통해 자영업 소득의 증거를 제공하십시오.

이 사업은 법인 설립인가요?  예  아니요

이 사람은 자영업 비용이 있나요?  예  아니요

만약 그렇다면, 이 사람은 어떤 종류의 비용을 가지고 있습니까?

**메디케이드 및 TANF의 경우: 자영업 비용에 대한 증거를 제시하십시오.**

**블로소득:**

가족 중 기부금, 사회 보장, SSI, VA, 자녀 지원, 실업, 은퇴 또는 기타 소득에서 돈을 받는 사람이 있습니까?

예  아니요

만약 그렇다면, 아래 정보를 작성하고 지난 4주 동안 받은 모든 수입이나 가장 최근의 수상 서한에 대한 증거를 제공하세요.

이름	원천	액수	얼마나 자주?

**MAGI Medicaid**의 경우: 자녀 양육비, 참전용사 급여, SSI(추가 보안 소득) 또는 근로자 보상 혜택은 계산되지 않습니다.

**종속 케어 비용:**

부양 자녀와 장애인 성인 가구원의 양육비를 부담하십니까?  예  아니요

예인 경우 아래 질문에 답하십시오.

케어 필요한 사람:		케어하는 사람:	
공급자의 이름		제공자에게 지급되는 금액:	얼마나 자주 지불
제공자의 전화 번호#:	케어의 이유:		

부양 자녀와 장애인 성인 가구원의 교통비를 부담하십니까?  예  아니요

이 비용들이 부양가족 관리비에 포함되어 있나요?  예  아니요

아니려면 경우 다음 질문에 답하십시오. 매주 주행하는 총 주행 마일: \_\_\_\_\_

**수용 시설 비용:**

가족 구성원이 대피소 비용을 지불하기 시작했거나 대피소 비용이 변경되었습니까?  예  아니오

예인 경우 아래 표를 완성하십시오.

비용	액수	얼마나 자주?	누가 냈어요?
임대/저당권			
재산세			
재산 보험			
전기			
가스			
연료 오일/목재/등유			
우물/세균 탱크/물/하수도			
쓰레기			
전화			
기타			

가정의 주요 난방 또는 냉방 공급원은 무엇입니까? (전기, 가스, 에어컨)

다른 사람이 당신을 위해 이 가계비를 지불하나요?  예  아니오 예인 경우 아래 차트를 작성합니다:

계산은 누가 하나요?	어떤 청구서가 지불됩니까?
얼마가 지불되었습니까?	이 사람은 누구에게 요금을 지불하나요?

지난 12 개월 동안 에너지 지원을 받은 적이 있습니까?  예  아니오

언제: \_\_\_\_\_ 받은 금액: \_\_\_\_\_

집에 있는 누구와 매달 가계비를 같이 쓰나요?  예  아니오

예인 경우, 누구? \_\_\_\_\_

주석/문서 \_\_\_\_\_

누구에게 지불했는지 \_\_\_\_\_ 지급 금액 \$ \_\_\_\_\_ 당 \_\_\_\_\_

집주인 이름 \_\_\_\_\_ 집주인의 주소 \_\_\_\_\_

**자녀 양육비 지급:**

당신 가족의 누군가가 집 밖에서 사는 누군가에게 양육비를 지불하나요?  예  아니오

예인 경우 아래 표를 완성하십시오:

누가 지불할 의무가 있나요?	의무 금액은 얼마인가요?
양육비는 누구를 위해 지급되나요?	실제 지불된 금액은 얼마입니까?
양육비는 누구에게 지급되나요?	양육비는 얼마나 자주 지급되나요?

**푸드 스탬프(SNAP)의 경우에만 지난 3 개월 동안 지불한 금액과 법적 지불 의무를 증명해 주십시오.**

**이 섹션은 TANF 수신자 전용입니다. 다음 항목을 완료해야 합니다. 접종 기록**

아직 학교에 등록하지 않은 7 세 미만의 아이가 있나요? (Pre-K 는 "학교"로 간주되지 않습니다.)

예  아니오

예인 경우, 7 세 미만의 각 아동에 대한 3231-육아 예방접종 양식을 보내십시오.

**학교 요구 사항:**

모든 아이들(6-18 세)이 학교에 다니고 있나요?  예  아니오

예인 경우 하위(하위)의 이름을 입력합니다. \_\_\_\_\_

학교명 \_\_\_\_\_

등급 \_\_\_\_\_

학교에 다니지 않는 16 세 이상의 아이가 있나요?  예  아니오

예인 경우 자녀/자녀의 이름은 무엇입니까? \_\_\_\_\_

이 자녀가 고용된 경우 현재 수표 스틱 사본을 제공하거나 기타 업무 관련 활동에 종사하는 경우 제공업체의 명세서를 제공하십시오.

**가정 폭력:**

당신이나 당신의 집에 있는 사람 중 가정 폭력, 성희롱, 성폭력 폭행죄 또는 스토킹의 희생자?  예  아니오

만약 그렇다면 희생자의 이름 알려 주세요. \_\_\_\_\_

평가 후, 귀하의 가구가 자격이 있는 경우, 당사는 근로 활동 참여 또는 아동 지원 서비스 부서로의 의뢰와 같은 특정 프로그램 요구 사항을 면제할 수 있습니다.

**자동 경비:**

당신은 부모님이나 아이가(또는 아이들)의 친척 그리고 당신은 나머지 빈곤 가족 AU 에 어린이(를 아이들)에 포함되어 있어요?  예  아니오

만약 그렇다면요: 아래 질문에 답하세요:

당신이나 다른 성인 AU 멤버나 자동차 구매는 자신의나요?  예  아니오

예인 경우, 누구? (이름 주인의) \_\_\_\_\_

차량의 연도, 제조사 및 모델: \_\_\_\_\_

자동차 어음 지급, 보험, 유지 관리 및 기타 관련 비용을 나열하십시오.

당신이 지불하고 있는 다른 반복적인 비용(예: 신용카드 청구서)이 있습니까?  예  아니오

예인 경우 다음을 나열하십시오: \_\_\_\_\_

## 모든 프로그램에 대한 권리와 책임

귀하는 다음과 같은 권리가 있습니다:

- 이 양식을 작성하는 데 도움을 요청하고 무료 언어 지원 서비스를 요청, 영어 읽기, 쓰기, 말하기 또는 이해에 문제가 있는 경우(번역자, 번역된 자료 또는 직접 언어 서비스)를 참조하십시오.
- 보조 및 서비스와 합리적인 수정을 요청, 당신이나 당신 집에 장애가 있는 사람이 있다면요.

청문회 공지사항: 모든 프로그램에서 귀하는 서면 또는 직접 공정한 청문회를 요청할 권리가 있습니다. 1-877-423-4746 으로 전화를 걸어 청문회를 요청할 수도 있고, 이 결정에 동의하지 않을 경우 주 청문관에게 청문회를 요청할 수도 있습니다. 당신은 변호사, 친척, 친구 또는 당신이 선택한 사람에 의해 청문회에 대리될 수 있습니다. 청문회를 원할 경우 서면 또는 다음 범위 내의 기관에 연락하여 청문회를 요청해야 합니다:

- 푸드 스탬프(SNAP)는 본 공지일로부터 90 일 후에 제공됩니다.
- 메디케이드 및 TANF 의 경우 본 통지일로부터 30 일

귀하는 다음에 대한 책임이 있습니다:

- 직원에게 정확한 정보를 제공하고 혜택을 받는 데 필요한 진술의 증거를 제공합니다. 이 양식에 서명할 때, 당신은 당신의 직원에게 당신의 고용주, 은행, 이웃 또는 다른 사람으로부터 정보를 얻을 수 있는 허가를 주는 것입니다. 그러면 우리는 당신이 정확한 양의 혜택을 받고 있는지 확인할 수 있습니다.
- 항상 진실을 말한다. 만약 여러분이나 여러분을 지원하는 누군가가 잘못된 정보를 제공한다면, 여러분은 범죄를 저지르고 감옥에 갈 수도 있습니다.
- 귀하 또는 귀하의 가정에 혜택을 신청하는 모든 사람이 미국 시민권자 또는 자격이 있는 이민자라는 증거를 제공합니다.
- 사기 방지 또는 수사 서비스 사무소에서 일하고 특별 사례 검토를 수행하는 주 및 연방 직원들과 협력합니다. 귀하가 협조하지 않고 귀하가 여전히 푸드 스탬프(SNAP)를 받을 자격이 있다고 판단할 수 없는 경우, 귀하의 소송이 거부되거나 종결될 수 있습니다.
- (SNAP(Food Stamp)의 경우) 품질 관리 검토자가 전화를 걸거나 귀하의 집에 와서 사례 관리자에게 제공한 정보를 인터뷰할 때 협조합니다. 만약 당신이 그들과 협력하지 않는다면, 당신의 사건은 기각되거나 종결될 수 있습니다.
- (SNAP(Food Stamp) 및 TANF) 혜택을 받지 말았어야 했습니다.
- 고객이 귀하의 사례 관리자에게 제공한 정보에 대해 귀하와 인터뷰하기 위해 귀하의 집에 전화하거나 방문했을 때 메디케이드 자격 품질 관리부와 협력하십시오.
- (메디케이드의 경우) 고객이 귀하의 사례 관리자에게 제공한 정보에 대해 귀하에게 전화하거나 인터뷰하기 위해 귀하의 집에 올 때 메디케이드 적격성 품질 관리 또는 프로그램 무결성과 협력합니다.

푸드 스탬프(SNAP)를 받은 경우, 총 월 총소득이 가구 규모의 소득 한도를 초과할 때 반드시 보고해야 합니다. 자녀가 없는 직장인 성인일 경우 근무시간이 주 20 시간 미만 또는 월 80 시간 미만일 때 신고해야 합니다. 이러한 변경 사항은 증가 또는 변경이 발생한 월말부터 10 일 이내에 보고해야 합니다.

또한 당신의 가정이 상당한 복권과 도박 당첨금을 받았을 때 보고해야 합니다. 이것은 한 경기에서 이긴 상금입니다. 본인 또는 가구원이 복권 또는 도박 당첨금을 수령한 경우 총 4250 달러 이상(세금 또는 기타 금액이 원천징수되기 전)에는 가구원이 당첨금을 수령한 월말부터 10 일 이내에 이러한 당첨금을 신고해야 합니다.

TANF 또는 메디케이드를 받은 경우 변경 후 10 일 이내에 상황의 모든 변경 사항을 보고해야 합니다.

저는 제 메디케이드 사례에서 어떤 사람이든 받는 일시금이나 "폭풍" 지급은 우리가 가질 수 있는 다른 수입과 함께 자격을 결정하기 위해 예산으로 책정되어야 한다는 것을 이해합니다.

메디케이드 프로그램에서 귀하는 다음과 같은 권한을 가집니다:

- 다른 건강보험이 있더라도 메디케이드를 받을 수 있습니다.
- 의료 보조 의사나 의료 제공자를 선택할 수 있습니다.
- 메디케이드의 종류에 따라, 당신이 신청한 날짜로부터 10 일, 45 일 또는 60 일 이내에 메디케이드 신청이 승인 또는 거부되도록 하십시오.

**메디케이드 자격 조건으로서 다음을 수행합니다:**

- 저는 제 3 자의 의료 지원과 의료비 지급에 대한 모든 권리를 국가에 양도하는 것에 동의합니다(병원 및 의료 혜택).
- 저는 국가가 돌봄과 서비스에 대한 비용을 부담할 수 있는 제 3 자를 추적하는 데 도움을 줄 수 있는 정보를 식별하고 제공하는 데 있어 국가와 협력하는 데 동의합니다. 10 일 이내에 의료비 지급을 신고해야 하는 것으로 알고 있습니다. (다른 개인 대신 본 양식을 작성하고 해당 개인에 대한 할당을 실행할 권한이 없는 경우, 해당 개인은 메디케이드 자격이 있는 조건으로 위에서 설명한 권한의 할당을 수행해야 합니다.)
- 저는 가능한 경우 부재중인 부모가 의료 보험을 제공하도록 요구할 권리를 주 정부에 부여하는 데 동의합니다. 부재중인 부모로부터 의료 지원을 받아야 하며, 이러한 지원을 받으려면 아동 지원 서비스 부서와 협력해야 한다는 것을 이해합니다. 만약 제가 협조하지 않는다면, 저는 메디케이드 혜택을 잃을 수 있고 정당한 이유가 확립되지 않는 한 제 아이들만 혜택을 받을 수 있다는 것을 이해합니다.

**푸드 스탬프(SNAP) 프로그램의 벌칙** 고의로 허위정보를 제공한 경우 혜택을 상실하거나 형사처벌을 받을 수 있습니다.

- 푸드 스탬프(SNAP) 가구는 가족이 받지 말아야 할 혜택을 얻기 위해 허위 정보를 제공하거나 정보를 숨길 수 없습니다.
- 여러분의 것이 아닌 푸드 스탬프(SNAP)나 EBT 카드를 사용하지 말고 다른 사람이 여러분의 것을 사용하도록 하지 마세요.
- 설치되면 신용 카드 지불하기 위해 술이나 담배와 같은 nonfood 것을 사는 것 식품 도장(SNAP)이익을 이용하지 마세요.
- 총기, 탄약 또는 통제 물질(불법 마약)과 같은 불법 품목과 푸드 스탬프(SNAP) 또는 EBT 카드를 교환하거나 판매하지 마십시오.

고의로 식품 스탬프(SNAP) 규칙을 위반한 가구는 1 년 동안 식품 스탬프(SNAP) 프로그램에서 영구히 금지되거나 최대 25 만 달러의 벌금, 최대 20 년 징역 또는 둘 다 받을 수 있습니다. 다른 해당 연방 및 주 법률에 따라 기소될 수 있으며 법원의 명령이 있을 경우 추가로 18 개월 동안 푸드 스탬프(SNAP) 프로그램에서 금지될 수도 있습니다.

고의로 규칙을 어긴 가구는 첫 번째 위반 시 1 년, 두 번째 위반 시 2 년, 세 번째 위반 시 영구히 푸드 스탬프(SNAP)를 받을 수 없습니다.

법원이 통제된 물질의 판매와 관련된 거래에서 푸드 스탬프(SNAP) 혜택을 사용하거나 받은 혐의로 귀하 또는 가구원에게 유죄 판결을 내린 경우, 귀하 또는 해당 가구원은 첫 번째 범죄에 대해 2 년 동안 그리고 두 번째 범죄에 대해 영구적으로 혜택을 받을 수 없습니다.

법원이 총기, 탄약 또는 폭발물 판매와 관련된 거래에서 귀하 또는 가구원이 사용 또는 혜택을 받은 것에 대해 유죄 판결을 내리면 귀하 또는 해당 가구원은 이 위반의 첫 번째 범죄로 식품 스탬프(SNAP) 프로그램에 영구적으로 참여할 수 없습니다.

법원에서 귀하 또는 가구 구성원이 총 \$500 이상의 혜택을 거래한 혐의로 유죄판결을 받은 경우, 귀하 또는 해당 가구원은 이 위반의 첫 번째 범죄로 식품 스탬프(SNAP) 프로그램에 영구적으로 참여할 수 없습니다.

본인 또는 가구원이 여러 개의 식품 스탬프(SNAP) 혜택을 받기 위해 신분(신분) 또는 거주지(거주지)와 관련하여 허위 진술이나 진술을 한 것으로 밝혀진 경우, 본인 또는 해당 가구원은 일정 기간 동안 식품 스탬프(SNAP) 프로그램에 참여할 수 없습니다.

**10 년 정도요**

거짓 정보를 주거나 정보를 숨긴다면 사기죄로 기소될 수 있다는 것을 알고 있습니다.

**TANF 프로그램 패널티 경고:** TANF 프로그램에서, AU의 자격을 설정 또는 유지하기 위해 거짓 또는 오해의 소지가 있는 정보를 제공하고, 혜택을 증가시키며, 혜택의 감소를 방지하고, 부정적인 조치를 피하기 위해 정보를 보유하거나 금지된 장소에서 현금 지원을 사용하는 것은 의도적인 프로그램 위반으로 간주됩니다.

다음과 같은 경우 범죄의 심각성에 따라 처벌 여부를 결정하기 위해 감사관실에 문의할 수 있습니다.

- 변경 사항을 제때 보고하지 않거나 사실을 말하지 않거나 현금 보조 기금 또는 TANF 직불 카드를 사용하여 현금을 인출하거나 카지노, 주류 판매점, 성인용 엔터테인먼트 시설 "스트립 클럽", 포커룸, 보석금, 나이트 클럽/살롱/선술집, 빙고장, 경마장, 게임 시설, 총기/탄약 판매점, 유람선, 심령술사, 흡연 상점, 문신/피어싱 상점, 스파/마사지 살롱은 엄격히 금지됩니다. 1997년 1월 1일 또는 그 이후에 두 개 이상의 주에서 혜택을 받을 수 있고 마약 관련 혐의 또는 심각한 폭력 중범죄로 유죄 판결을 받을 수 있도록 살고 있습니다.

가족 중 고의로 이러한 규칙을 어긴 사람은 6 개월에서 영구적으로 TANF 프로그램에서 제외될 수 있습니다.

사기나 학대를 저지르는 것은 법에 위배됩니다. Medicaid and PeachCare for Childs® 프로그램 무결성 검사팀에 문의할 수 있습니다. 위반자는 한 제공자를 사용하는 것으로 제한되거나, 프로그램에서 종료되거나, 제공된 의료 서비스에 대해 지역사회 보건부에 변상하도록 요청될 수 있습니다.

사기는 고의로 행해진 부정직한 행위입니다. 학대는 좋은 관행을 따르지 않는 행위입니다.

**가자 사기 및 학대의 예는 다음과 같습니다:**

- 다른 사람이 Medicaid, PeachCare for Kids® 또는 CMO 건강보험 카드를 사용하도록 합니다.
- 약물 남용 또는 판매 목적으로 처방전 받기
- 위조 문서를 사용하여 서비스 받기
- Medicaid 또는 PeachCare for Childs®에서 제공하는 장비를 잘못 사용하거나 남용
- Medicaid 또는 PeachCare for Childs® 자격을 얻기 위해 잘못된 정보를 제공하거나 다른 사람이 그렇게 하도록 허용
- 소득, 생활 방식 또는 자원에서 발생하는 변경 사항을 보고하지 않음.

수혜자 또는 제공자에 대한 의심되는 메디케이드 사기를 보고하려면 조지아주 지역사회 보건국-감찰관실에 (지역) (404) 463-7590 또는 (수신자 부담) (800) 533-0686 으로 전화하십시오. 이메일: [oganonymous@dch.ga.gov](mailto:oganonymous@dch.ga.gov) ; 우편: Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Peachtree Street NW, 5th Floor, Atlanta, GA 30303; 또는 <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud> 를 방문하십시오.

**유권자 등록 정보**

만약 지금 살고 있는 곳에서 투표에 등록되지 않았다면, 오늘 여기서 투표에 등록하기를 신청하시겠습니까?

\_\_\_\_\_예

\_\_\_\_\_아니요

\_\_\_\_\_유권자 등록 질문에 대답하고 싶지 않습니다

등록을 신청하거나 투표 등록을 거부하는 것은 이 기관이 제공할 지원 금액에 영향을 미치지 않습니다.

유권자 등록 신청서 작성에 도움이 필요하시면 도와드리겠습니다. 도움을 청할지 받을지는 당신의 결정입니다. 개인적으로 지원서를 작성할 수 있습니다.

만약 당신이 누군가가 당신의 등록권, 투표에 대한 등록을 거절하는 것, 등록 여부를 결정하거나 투표에 대한 등록을 신청할 때의 사생활권, 또는 당신의 정당을 선택할 권리 또는 다른 정치적 선호도를 방해했다고 생각한다면, 당신은 국무장관에게 불만을 제기할 수 있습니다.

2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 or by calling (404) 656-2871.

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

조지아 유권자 등록 응용프로그램의 사본은 DFCS 응용프로그램, 갱신 및 주소 양식 변경과 함께 포함되어 있습니다. 또한 사례 담당자에게 유권자 등록 신청서를 요청할 수 있습니다. 유권자 등록 신청서를 작성한 경우, 유권자 등록 신청서에 제공된 지침에 따라 조지아 주 국무장관실에 제출하십시오.

**의료 보조 식품 및 식품 스탬프(SNAP) 또는 TANF 를 갱신하려면 자신의 상황에 가장 적합한 상자에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.**

**갱신 절차를 시작하려면 인증 종료일 전에 이 양식을 반환하십시오.**

**· 메디케이드만 해당 - 신청자/회원/법률 보호자가 다음을 완료하면 여기에 서명하십시오:**  
 제가 직접 메디케이드를 신청하거나 갱신하는 경우 위증죄를 적용받으며 미국 시민임을 선언합니다. 미국에 거주하는 국가 및/또는 자격 있는 이민자. 제가 부모 또는 법적 보호자인 경우, 신청자는 미국 시민권자, 미국 시민임을 선언합니다. 미국 국적 및/또는 자격을 갖춘 이민자. 본인은 또한 본 신청서에 제공된 모든 정보가 제가 아는 한 진실하고 정확하다는 것을 증명합니다.

\_\_\_\_\_ (서명) \_\_\_\_\_ (날짜)

**· 메디케이드만 해당 - 신청자/회원/법률 보호자가 다음을 완료하면 여기에 서명하십시오. 완료 중:**  
 저는 제가 메디케이드를 신청/갱신하는 사람이 미국 시민권자인 미국 시민임을 제가 아는 한, 그리고 믿는 한에서 증명합니다. 국적 및/또는 자격을 갖춘 이민자 또는 합법적으로 미국에 거주하고 있습니다. 본인은 또한 본 신청서에 제공된 모든 정보가 제가 아는 한 진실하고 정확하다는 것을 증명합니다.

\_\_\_\_\_ (서명) \_\_\_\_\_ (날짜)

**연락 가능한 전화** \_\_\_\_\_

신청인/회원/부모/법률가대언이 이 사람을 개인대리인으로 원하시면 여기에 확인하시고 아래에 서명하셔야 합니다  예  아니오

\_\_\_\_\_ (신청인/회원/부모/법적 보호자) \_\_\_\_\_ (날짜)

**푸드 스탬프(SNAP) 및/또는 TANF 의 경우 - 신청자/수령자/법적 보호자가 다음을 완료할 때:** 제가 혜택을 신청하는 사람이 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 존재하는 비시민이라는 것을 제가 아는 한 위증죄의 처벌을 받고 있음을 선언합니다. 본인은 또한 본 신청서에 제공된 모든 정보가 제가 아는 한 진실하고 정확하다는 것을 증명합니다. 저는 DHS-DFCS, DCH 및 공인 연방 기관이 이 신청서에 대해 제가 제공하는 정보를 검증할 수 있다는 것을 이해하고 동의합니다. 정보는 과거 또는 현재 고용주로부터 얻을 수 있습니다. 저는 제 정보가 임금 정보와 업무 활동 참여를 추적하는 데 사용될 것이라는 것을 알고 있습니다.

푸드 스탬프(SNAP) 및/또는 TANF 프로그램 요구사항에 따라 상황 변화를 보고합니다. 저는 또한 제 가족 중 복권이나 도박 당첨금을 받는 사람이 있다면 총 4250 달러 이상(세금이나 다른 금액이 원천징수되기 전)을 신고할 것입니다. 이 당첨금들은 우리 가족이 당첨금을 받는 월말부터 10 일 이내에 신고하겠습니다. 잘못된 정보가 있을 경우, 제 혜택이 축소되거나 거부될 수 있으며, 잘못된 정보를 고의로 제공한 혐의로 형사 기소되거나 DHS-DFCS 프로그램에서 실격될 수 있습니다. 제가 허위 정보를 제공하거나 정보를 숨긴다면 기소될 수 있다는 것을 알고 있습니다. 신청 또는 갱신 과정에서 DHS-DFCS 에 일부 비용을 알리지 않거나 확인하지 못한 경우, DHS-DFCS 는 SNAP 혜택 금액을 계산할 때 해당 비용을 예산하지 않는다는 것을 알고 있습니다.

조지아주 인적 서비스부(DHS)는 급여 신청 시 이름, 주소, 전화번호, 이메일 주소 및 생년월일 등과 같은 개인 식별 정보(PII)를 수집합니다. 귀하는 개인 정보를 당사에 제출함으로써 이러한 개인 정보를 DHS 정책, 절차 및 법률 및/또는 규정에 의해 허용되거나 요구되는 대로 수집, 사용 및 공개할 수 있다는 데 동의합니다.

\_\_\_\_\_ (서명) \_\_\_\_\_ (날짜)

## (참고로 이 문서를 보관하십시오.)

이 차트는 이 양식에 사용된 몇 가지 용어를 설명합니다.

신청자	공적 지원이나 혜택을 받기 위해 신청하는 개인입니다.
보조 장치(AU)	지원 유닛에는 함께 살면서 공공 지원/혜택을 받는 자격이 있는 개인이 포함됩니다.
돌보는 사람	자녀와 함께 TANF 를 신청하고 받는 부모, 친척 또는 법적 보호자입니다.
클라이언트 ID	공적 지원/혜택을 받는 개인에게 할당된 고유 번호입니다.
실적	사실을 말하지 않고 받지 말았어야 할 혜택을 받았기 때문에 푸드 스탬프(SNAP) 또는 TANF 사례에서 개인들을 제거하기 위해 취한 조치입니다.
가정 폭력:	<b>가정 폭력</b> 은 배우자, 남자친구, 파트너 또는 "전"에게 맞거나, 걷어차이고, 때리고, 때리고, 강간하고, 질식하고, 위협하고, 통제하거나, 당신이 사는 데 필요한 것(음식, 약, 또는 집과 같은)을 얻지 못하게 하는 것을 포함할 수 있습니다.
전자 혜택 이전(Electronic Benefit Transfer, EBT)	조지아에서 푸드 스탬프(SNAP)를 받을 자격이 있는 개인에게 혜택을 지급하는 데 사용되는 시스템입니다. 도움을 받는 개인에게는 식품 스탬프(SNAP) 계정에 액세스하는 데 사용되는 EBT 직불 카드가 발급됩니다.
전자 통신	정보에 대한 알림을 받을 방법을 선택할 수 있습니다. 이메일 또는 문자 알림을 받도록 선택하면 GA 게이트웨이 고객 포털에 있는 My Notice 에 알림이 있음을 알리는 메시지가 표시됩니다.  전자 메일 통신을 위해서는 계정을 생성한 후 귀하의 전자 메일 주소를 저희에게 제공하고 GA 게이트웨이 고객 포털에 있는 종이 없는 통지에 대한 약관에 동의해야 합니다. 알림 설정을 업데이트하려면 GA 게이트웨이 고객 포털 웹 사이트( <a href="http://www.gateway.ga.gov">www.gateway.ga.gov</a> )를 방문하십시오.  문자 메시지를 보내려면, 우리에게 당신의 전화번호를 제공해야 합니다. 표준 메시지 및 데이터 요금이 적용될 수 있습니다. 이는 통신사에 따라 다를 수 있으므로 제공업체에 확인하세요.
EPPICard debit MasterCard	조지아 주는 EPPICard debit MasterCard 라고 불리는 TANF 수취인을 위한 편리한 "전자" 지불 옵션을 구현했습니다. 이 지불 옵션에 따라, 돈은 그 달의 첫 번째 달력 날에 수취인의 계좌로 입금됩니다. 첫 번째가 주말 또는 공휴일인 경우, 혜택은 이전 달의 마지막 영업일에 제공됩니다. 자금이 차변 마스터카드에 전자적으로 로드되기 때문에 수취인은 즉시 자신의 자금을 액세스할 수 있습니다.
수혜자 친척	자녀를 대신하여 자신의 이름으로 TANF 를 신청하고 받는 부모, 친척 또는 법적 보호자입니다.
총소득	세금 또는 기타 공제를 고려하기 전의 개인의 총 소득입니다.
가족 구성원	집에 사는 사람 푸드 스탬프(SNAP)의 경우, 함께 살면서 함께 식사를 구입하고 준비하는 개인입니다.
소득	임금, 급여, 수수료, 상여금, 근로자 보상, 장애, 연금, 퇴직금, 이자, 양육비 또는 기타 모든 형태의 돈을 받습니다.
2012 년 중산층 조세감면법	이 법은 카지노, 주류 판매점, 성인용 오락 시설, 포커룸, 보석 채권, 나이트 클럽/살롱/주점, 빙고 홀, 경주 트랙, 게임 시설, 총기/탄약 판매점, 크루즈에서 현금을 인출하거나 거래를 수행하기 위해 현금 지원 자금 또는 TANF 직불 카드를 사용하는 것을 금지합니다. 배, 심령술사, 흡연 가게, 문신술 가게, 스파/살롱 등이 있습니다. 이러한 사업장에서 현금 지원 자금 또는 TANF 직불 카드를 사용하는 것은 수취인 측의 의도적인 프로그램 위반(사기)에 해당합니다.
비신청자	공적 지원/혜택을 신청하거나 받지 않는 개인입니다. 비신청자는 사회보장번호, 시민권, 이민자 신분 등을 제공할 필요가 없습니다.
수취인	수취인은 AU 를 대신하여 현금 지원을 받고 자금을 지출하는 책임을 지는 개인입니다. 수취인은 AU 회원이 될 수도 있고 아닐 수도 있습니다.
세전 비용	세전 지출은 세금이 적용되기 전에 소득에서 공제되는 비용입니다. 모든 공제가 세전이 아닙니다. 가장 일반적인 세전 공제는 건강보험, 치과 보험, 비전 보험 등입니다. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>
자격을 갖춘 외국인/이민자	자격 있는 외국인/이민자는 다음 범주 중 하나에 해당하는 미국에 합법적으로 거주하는 사람입니다: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 이민 및 국적법(INA)에 따라 합법적으로 영주권(LPR)을 취득할 수 있는 사람입니다.</li> <li>• 1988 년 해외 사업, 수출 자금 조달 및 관련 프로그램 세출법(Foreign Operations, Export Financing and Related Program Appropriations Act of 1988)의 섹션 584 에 의거한 아메리카계 이민자;</li> <li>• INA 제 208 조에 따라 망명을 허가받은 사람입니다;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 난민들은 INA 제 207 조에 따라 수용됩니다;</li> <li>• INA 제 212 조 (d)(5)에 따라 난민 또는 피수용자로 가석방된 사람;</li> <li>• 1997 년 4 월 1 일 이전에 발효된 INA 의 제 243 조(h) 또는 개정된 INA 의 제 241 조(b)(3)에 따라 추방이 보류되고 있는 개인입니다.</li> <li>• 1980 년 4 월 1 일 이전에 발효된 INA 섹션 203(a)(7)에 따라 조건부 입국이 허가된 사람</li> <li>• 1980 년 난민 교육 지원법 501 조(e)에 정의된 쿠바 또는 아이티 이민자입니다.</li> <li>• 2000 년 인신매매 피해자 보호법 제 107 조 (b)(1)항에 따른 인신매매 피해자입니다.</li> <li>• 개정된 1996 년 개인 책임 및 직업 기회 조정법 431 조 (c)에 명시된 조건을 충족하는 확대받은 이민자;</li> <li>• 아프가니스탄 또는 이라크 이민자들은 INA 의 101(a)(27)조에 따라 특별한 이민자 지위를 부여받았습니다(특정 조건에 따라);</li> <li>• INA 제 289 조에 따라 미국에 거주하는 캐나다에서 태어난 아메리칸 인디언 또는 인도자기결정 및 교육지원법 제 4 조(e)에 따라 연방에서 인정받은 인디언 부족의 비시민권자 및 ;</li> <li>• 호퐁 또는 하이랜드 라오스 부족은 베트남 시대 (8/05/1964 – 5/07/1975) 동안 군사 또는 구조 작전에 참여하여 미국 인력에 도움을 주었습니다.</li> </ul> <p>의료 지원 신청자에게만 COFA(Compact of Free Association)는 미크로네시아 연방, 마셜 제도 및 팔라우 공화국의 시민입니다. COFA 이주민들은 5 년 제한 규정을 준수할 필요가 없습니다. COFA 이민자들은 5 년 바를 만나지 않아도 됩니다.</p>
자원	현금, 재산 또는 은행 계좌, 차량, 주식, 채권 및 생명 보험과 같은 자산입니다.
성폭행	연방법, 부족법 또는 주법에 의해 금지된 합의되지 않은 성적 행위입니다. 여기에는 피해자가 동의할 능력이 부족한 경우를 포함합니다.
성희롱	성희롱은 불쾌한 작업 환경을 조성하는 성에 기반한 적대적이고 위협적이며 억압적인 행동입니다.
스토킹	스토킹은 특히 명시적 또는 묵시적 위협으로 인해 합리적인 사람이 부상이나 죽음을 두려워할 수 있는 상황에서 고의적이고 반복적으로 다른 사람을 따라다니거나 괴롭히는 행위 또는 범죄입니다.
과세되는 수입	급여, 수수료, 상여금, 장애, 연금, 퇴직금, 이자 또는 기타 수령한 모든 형태의 돈과 같은 지급액입니다.
세금 종속	세금 신고서에 청구될 것으로 예상되는 개인입니다. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>
세금을 신고하는 사람	세금 신고서를 제출하기를 원하는 개인입니다. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>
세금 환급 공제	세금 신고 공제는 23 줄부터 35 줄까지 당신의 세금 신고서 양식 1040 에서 볼 수 있는 허용 IRS 공제입니다. 여기에는 다음이 포함됩니다: 교육자 비용; 양식 2106; 건강 저축 양식 8889; 이사 비용 양식 3909; 저축의 위약금/조기 인출; 지급된 위자료; IRA 공제; 학자금 대출 이자; 등록금 및 수수료 양식 8917, 국내 생산 활동 양식 8903 입니다. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>
푸드 스탬프(SNAP) 프로그램의 인신매매	<p>SNAP 의 트래픽 이점은:</p> <p>(1) EBT 카드, 카드 번호 및 PIN 번호 또는 수동 바우처 및 서명을 통해 발급 및 액세스되는 SNAP 혜택을 직접, 간접적으로, 공모 또는 공모하여 적격 식품 이외의 현금 또는 대가로 구매, 판매, 훔치거나 달리 교환하는 행위 다른 사람과의 공모 또는 단독 행동; (2) 화기, 탄약, 폭발물 또는 규제 물질의 교환; (3) 상품을 버리고 보증금 금액만큼 용기를 반환하여 현금을 얻을 목적으로 반쯤 보증금이 필요한 용기가 있는 SNAP 혜택이 있는 상품을 구매하고, 의도적으로 제품을 폐기하고, 보증금 금액만큼 용기를 의도적으로 반쯤하는 경우; (4) 해당 제품을 재판매하여 현금 또는 적격 식품 이외의 대가를 얻을 의도로 SNAP 혜택이 있는 제품을 구매한 후 적격 식품 이외의 현금 또는 대가로 SNAP 혜택으로 구매한 제품을 의도적으로 재판매하는 행위 (5) 현금 또는 적격 식품 이외의 대가로 원래 SNAP 혜택으로 구매한 제품을 의도적으로 구매하는 행위. (6) 전자 혜택 전송(EBT) 카드, 카드 번호 및 개인 식별 번호(PIN)를 통해 발급되고 액세스되는 SNAP 혜택을 구매, 판매, 도난 또는 교환하려는 시도는 심각한 경우입니다. 다른 사람들과 공모하거나 결탁하거나 단독으로 행동할 수 있습니다.</p>

## **ADA/섹션 504 권리에 대한 공지**

### **장애가 있는 사람들을 위한 도움말**

조지아주 복지부와 조지아주 지역사회 보건부(이하 “부서”)는 연방법\*에 따라 장애인이 부서의 프로그램, 서비스 또는 활동에 참여하고 이에 대한 자격을 갖추 수 있는 동등한 기회를 제공해야 합니다. 여기에는 SNAP, TANF 및 의료 지원과 같은 프로그램이 포함됩니다.

부서는 장애에 따른 차별을 피하기 위해 수정이 필요한 경우 합리적인 수정을 제공합니다. 예를 들어, 동등한 액세스를 제공하기 위해 정책, 관행 또는 절차를 변경할 수 있습니다. 동등하게 효과적인 의사 소통을 보장하기 위해 우리는 장애인 또는 장애인 동반자에게 수화 통역사와 같은 의사 소통 지원을 제공합니다. 무료로 도움을 드립니다. 부서는 서비스, 프로그램 또는 활동의 성격을 근본적으로 변경하거나 과도한 재정적 및 관리적 부담을 초래할 수 있는 수정을 요구하지 않습니다.

### **합리적인 수정 또는 커뮤니케이션 지원을 요청하는 방법**

장애가 있고 합리적인 수정, 의사 소통 지원 또는 추가 도움이 필요한 경우 사회 복지사에게 문의하십시오. 예를 들어, 수화 통역사와 같은 효과적인 의사 소통을 위한 도움이나 서비스가 필요한 경우 전화하십시오. 사례 담당자에게 연락하거나 DFCS(877-423-4746) 또는 DCH Katie Beckett(KB) 팀(678-248-7449)에 연락하여 요청할 수 있습니다. 지역 DFCS 사무실이나 온라인 <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> 에서 구할 수 있는 DFCS ADA 합리적인 수정 요청 양식을 사용하여 요청할 수도 있습니다. KB 팀의 DCH ADA 합리적인 수정 요청 양식 또는 온라인 <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> , 그러나 양식을 사용할 필요는 없습니다.

### **불만 제기 방법**

귀하의 장애로 인해 부서에서 귀하를 차별한 경우 귀하는 불만을 제기할 권리가 있습니다. 예를 들어, 거부되거나 합리적인 시간 내에 조치를 취하지 않은 수화 통역사 또는 합리적인 수정을 요청한 경우 차별 불만을 제기할 수 있습니다. 귀하의 케이스 워커, 지역 DFCS 사무소 또는 2 Peachtree St NW, 29<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303, 877-423-4746 에 있는 DFCS Civil Rights, ADA/Section 504 Coordinator 에게 연락하여 구두 또는 서면으로 불만을 제기할 수 있습니다. 3735. DCH의 경우, Ste, Bever Ruin Road 2211 번지에 있는 KB Team ADA/Section 504 Coordinator 에게 문의하십시오. 150, Norcross, GA 30071, or PO Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. DCH 이메일 주소: [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov) .

사건 담당 직원에게 DFCS 민권, ADA/Section 504 불만 양식 사본을 요청할 수 있습니다. 불만 사항 양식은 <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> 에서도 볼 수 있습니다. 차별에 대한 불만을 제기하는 데 도움이 필요하면 위에 나열된 DFCS 직원에게 연락할 수 있습니다. 청각 장애 또는 난청이 있는 사람 또는 언어 장애가 있는 사람은 교환원을 위해 711 에 전화할 수 있습니다. DCH 민권 불만 사항에 대한 이메일 주소: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov) . DCH 민권 절차 및 불만 사항 양식 링크는 <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> 에 있습니다.

또한 적절한 연방 기관에 차별 불만을 제기할 수도 있습니다. 미국에 대한 연락처 정보 미국 농무부(USDA) 및 미국 농무부(USDA)는 "비차별 성명"에 포함되어 있습니다.

*\*1973 년 재활법 섹션 504; 1990 년 미국 장애인법; 그리고 2008 년 미국 장애인법 수정법(Americans with Disabilities Act Amendments Act of 2008)은 장애인이 불법적인 차별을 받지 않도록 보장합니다.*

DCH(Department of Community Health) 정책에 따라 MA 프로그램은 인종, 연령, 성별, 장애, 출신 국가 또는 종교에 따라 자격이나 혜택을 거부할 수 없습니다.

## USDA 또는 HHS 에 신청서를 보내지 마십시오

### 차별 금지 선언문

연방 민권법 및 미합중국에 따라 농무부(USDA) 시민권 규정 및 정책에 따라 이 기관은 인종, 피부색, 출신 국가, 성별(성 정체성 및 성적 취향 포함), 종교적 신념, 장애, 연령, 정치적 신념 또는 이전의 민권 활동에 대한 보복 또는 보복. 미국에서 연방 재정 지원을 받는 프로그램 빈곤 가족을 위한 임시 지원(TANF)과 같은 보건 복지부(HHS) 및 HHS 가 직접 운영하는 프로그램도 연방 민권법 및 HHS 규정에 따라 차별을 받지 않습니다.

프로그램 정보(예: 점자, 큰 활자, 오디오 테이프, 미국 수화)를 얻기 위해 대체 의사 소통 수단이 필요한 장애인에 혜택을 신청한 기관(주 또는 지역)에 연락해야 합니다. 청각 장애, 난청 또는 언어 장애가 있는 개인은 (800) 877-8339 번으로 연방 중계 서비스를 통해 USDA 에 연락할 수 있습니다. 프로그램 정보는 영어 이외의 언어로 제공될 수 있습니다.

### USDA 프로그램과 관련된 민권 소송

USDA 는 SNAP(Supplemental Nutrition Assistance Program), FDPIR(Food Distribution Program on Indian Reservations) 등과 같은 많은 식량 안보 및 기아 감소 프로그램에 대한 연방 재정 지원을 제공합니다. 차별에 대한 프로그램 불만을 제기하려면 다음 사이트에서 온라인으로 제공되는 프로그램 차별 불만 신고 양식(AD-3027)을 작성하십시오

[https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR\\_P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR_P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf),

그리고 USDA 사무소에서 편지를 쓰거나 USDA 앞으로 보낸 편지를 써서 양식에서 요청한 모든 정보를 서신으로 제공합니다. 불만 사항 양식 사본을 요청하려면 (866) 632-9992 로 전화하십시오. 작성된 양식이나 서신을 다음을 통해 USDA 에 제출하십시오.

1. 이메일: 식품 및 영양 서비스, 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](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

SNAP 문제와 관련된 기타 정보가 필요한 경우 USDA SNAP 핫라인 번호(800) 221-5689(스페인어로도 되어 있음)에 연락하거나 주 정보/핫라인 번호로 전화해야 합니다(핫라인 번호 목록을 보려면 링크 클릭 상태); 온라인에서 찾을 수 있는 위치: [SNAP 핫라인](#)

### USDA 프로그램과 관련된 민권 소송

HHS 는 TANF, Head Start, 저소득 가정 에너지 지원 프로그램(LIHEAP) 등을 포함하여 건강과 웰빙을 향상시키기 위한 많은 프로그램에 대해 연방 재정 지원을 제공합니다. HHS 가 직접 운영하거나 HHS 가 지원하는 프로그램이나 활동에서 인종, 피부색, 출신 국가, 장애, 연령, 성별(임신, 성적 취향 및 성 정체성 포함) 또는 종교 때문에 차별을 받았다고 생각하는 경우 연방 재정 지원을 제공하는 경우 귀하는 본인 또는 다른 사람을 위해 시민권 사무국(OCR)에 불만을 제기할 수 있습니다.

HHS 를 통해 연방 재정 지원을 받는 프로그램과 관련하여 자신이나 다른 사람에 대한 차별에 대한 불만을 제기하려면 OCR 의 불만 포털 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>을 통해 온라인으로 양식을 작성하십시오. 다음 주소로 우편을 통해 OCR 에 문의할 수도 있습니다: 중앙 집중식 사례 관리 운영, 미국 보건 복지부, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; 팩스: (202) 619-3818; 또는 이메일: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov). 보다 빠른 처리를 위해 우편 접수보다는 OCR 온라인 포털을 사용하여 불만 사항을 접수할 것을 권장합니다. 민권 불만 제기와 관련하여 도움이 필요한 사람은 OCR 에 [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) 로 이메일을 보내거나 OCR 무료 전화 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 로 전화하세요. 귀머거리, 난청 또는 언어장애가 있는 분은 7-1-1 로 전화하여 통신 중계 서비스를 이용하실 수 있습니다. 우리는 또한 불만 제기를 위한 대안 형식(점자 및 큰 활자 등), 보조 도구 및 언어 지원 서비스를 무료로 제공합니다.

이 기관은 평등한 기회 제공자입니다.

DHS(Department of Human Services)에서는 지역 DFCS 사무소 또는 DFCS Civil Rights and ADA/Section 504 Coordinator (2 Peachtree St NW, 29<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303, 877-423-4746)에 연락하여 차별 불만을 제기할 수도 있습니다. 657-3735. 제한된 영어 능력에 근거한 차별을 주장하는 불만 사항은 DHS 제한적 영어 능력 및 감각 장애 프로그램(2 Peachtree St NW, 29<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303)에 연락하거나 877-423-4746 (음성)로 전화하십시오.

## USDA 또는 HHS 에 신청서를 보내지 마십시오