



## 뉴욕주 재인증 양식 작성 요령:

- 공적 부조
- 보충 영양 지원 프로그램
- Medicaid 및 보충 영양 지원 프로그램
- Medicaid 및 공적 부조

귀하가 눈이 안 보이거나, 시력이 심각하게 손상되어서, 신청/재인증 양식 또는 이 설명서를 대체 형식으로 요구할 경우, 귀하는 해당 사회보장서비스 지역사무소("지역사무소")에 대체 형식 자료를 요청할 수 있습니다. 다음의 대체 형식들을 사용할 수 있습니다:

- 큰 활자체
- 데이터 형식(화면 판독기로 읽을 수 있는 전자 파일)
- 오디오 형식(지시 또는 신청/재인증 질문 사항등의 오디오 복사본);
- 점자, 위의 대체 형식들이 귀하에게 동일하게 효과가 없다고 주장할 경우.

신청/재인증 양식과 설명서는 [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov) 또는 [www.health.ny.gov](http://www.health.ny.gov)에서 큰 활자체, 데이터 형식, 오디오 형식 등으로 다운로드 받을 수 있습니다. 신청/재인증 양식은 오직 정보 제공 목적으로만 오디오 형식 및 점자 제공이 가능하다는 점을 유의하시기 바랍니다. 재인증하기 위해서 귀하는 반드시 대체 형식이 아닌 서면 재인증 양식을 제출해야만 합니다.

본 재인증 양식의 작성 및/또는 인터뷰를 대기하는 데 문제가 되는 장애가 있다면 귀하의 해당 지역사무소에 이 사실을 알리십시오. 지역사무소에서는 귀하의 요구사항을 해결하기 위한 합리적인 편의를 제공하기 위해 최선의 노력을 기울일 것입니다.

귀하가 이 재인증 양식 작성을 완료함에 있어서 또 다른 편의를 필요로 하거나, 도움이 필요한 경우, 귀하의 해당 지역사무소에 연락하십시오. 저희는 전문가로서 정중한 태도로 귀하를 돕고 지원하기 위해 최선을 다합니다.

## 재인증 양식 작성 팁

"공적 부조(Public Assistance)" 또는 "PA"가 재인증 양식에 기재되어 있다면, "가족 지원(Family Assistance)" 및/또는 "안전망 지원(Safety Net Assistance)"을 의미합니다. 두 가지 프로그램 모두를 "공적 부조"라고 부릅니다. PA 및 기타 본 재인증 양식을 통해 재인증하고자 하는 프로그램은 도움이 필요한 사람에게 임시적인 지원을 제공하기 위해 만들어졌습니다. 일부 프로그램은 지원 기간을 제한하기 때문에, 가능한 빨리 자립하는 것이 매우 중요합니다. 지역사무소는 자립을 지원합니다. 이를 위해서 우리는 반드시 귀하가 누구이며 어떤 지원이 필요한지 파악해야 합니다. 이것이 재인증 양식을 반드시 작성해야 하는 이유입니다.

신청 절차의 일환으로, 지역사무소는 귀하에게 본인 및 기타 재인증자에 대한 정보를 요청하거나 확인할 수 있습니다. 필수 제출 서류 목록은 본 지침서 말미에서 확인할 수 있으며, 정보 확인을 위해 제출해야 하는 서류 및 정보가 어떤 것인지 알려줍니다. 예를 들어, 신원을 증명하기 위해 사진이 부착된 신분증, 운전면허증, 미국 여권, 귀화 증명서, 병원 또는 의사 진료 기록, 또는 입양 서류 등을 제공해야 합니다. 또한 지역사무소는 재인증 절차의 일환으로 귀하와 인터뷰를 진행할 것입니다. 지역사무소는 가능할 경우 복수의 프로그램에 대한 인터뷰를 통합하여 일괄 진행할 것입니다.

재인증 양식과 지침은 섹션 별로 번호가 붙여져 있습니다. 재인증 양식 작성 시 다음 사항에 유의해 주십시오.

- 명확하게 정자로 기입해 주십시오.
- 음영 부분에는 기입하지 마십시오.
- 각 섹션에 재인증하는 사람(들)과 관련한 정보를 모두 기입해야 합니다.
- 기타 지시 사항이 없을 경우, 언제나 법적 이름을 사용합니다.
- 타인의 대리인으로서 재인증하는 경우, 귀하가 아닌 그 타인에 대한 정보를 정자로 기입합니다. 귀하와 귀하가 대리하는 사람이 모두 재인증 양식 마지막 페이지에 서명해야 합니다.
- 본 재인증 양식의 특정 부분을 기입하는 데 어려움을 겪는다면, 지역사무소에 도움을 요청합니다.

LDSS-3174 "뉴욕주 특정 수당 및 서비스 재인증(New York State Recertification Form for Certain Benefits and Services)"과 더불어, 지역사무소 또는 [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov)에서 수령할 수 있는 다음의 정보 부클릿의 사본을 확인해야 합니다.

- **LDSS-4148A: "안내서 1: 귀하의 권리와 책임에 관해 알아야 할 사항(What You Should Know About Your Rights and Responsibilities)"**
- **LDSS-4148B: "안내서 2: 사회보장서비스 프로그램에 관해 알아야 할 사항(What You Should Know About Social Services Programs)"**
- 안내서 1 부록, LDSS-4148A 및 안내서 2 부록, LDSS-4148B: **"Medicaid 프로그램의 주요한 변경 사항(Important Changes in the Medicaid Program)"**
- **LDSS-4148C: "안내서 3: 비상상황에 처한 경우 알아야 할 사항(What You Should Know if You Have an Emergency)"**

## 재인증 양식 표지

눈이 보이지 않거나 심각하게 시력이 손상된 경우, 재인증하는 프로그램 관련 고지를 대체 형식으로 수령할 수 있습니다. 큰 활자체, 데이터 CD, 오디오 CD 또는 다른 대체 형식들이 귀하에게 동일하게 효과가 없다고 주장할 경우, 점자가 대체 형식으로 가능합니다.

**귀하가 눈이 안 보이거나, 시력이 심각하게 손상된 경우, 다른 형식으로 서면 고지서를 받으시겠습니까?**  
귀하가 눈이 안 보이거나 시력이 심각하게 손상된 경우, 귀하가 재인증하는 프로그램 관련 서면 고지를 대체 형식으로 수령하기 원하는지 확인하기 위하여 "예" 또는 "아니오"를 체크해(✓) 주십시오.

**'예'일 경우, 귀하가 원하는 형식을 선택해 주십시오.** 눈이 보이지 않거나 심각하게 시력이 손상된 경우, 재인증하는 프로그램 관련 고지를 대체 형식으로 수령할 수 있습니다. 큰 활자체, 데이터 CD, 오디오 CD, 점자 등 원하는 형식을 체크해(✓) 주십시오. 점자 외의 다른 대체 형식이 효과적이지 않을 경우, 대체 형식으로 점자 역시 이용할 수 있습니다.

귀하가 이 재인증 양식 작성을 완료함에 있어서 또 다른 편의를 필요로 하거나, 도움이 필요한 경우, 귀하의 해당 지역사무소에 연락하십시오.

## 재인증 양식 페이지 1

### 섹션 1: 귀하 또는 귀하의 가구 구성원이 재인증하는 각 프로그램에 체크

귀하 또는 귀하의 가구 구성원이 재인증하고자 하는 각 프로그램의 박스에 체크해(✓) 주십시오.

Medicaid는 Medicaid 프로그램, 장애인 근로자를 위한 Medicaid 바이인(Medicaid Buy-In for Working People with Disabilities), 가족 계획 수당(Family Planning Benefit) 프로그램 등을 포함합니다. 재인증 양식의 "MA"는 "Medicaid"를 의미하며, 과거에는 "의료 지원(Medical Assistance)"이라고 불렀습니다. 귀하가 동시에 공적 부조(PA) 또는 보충 영양 지원 프로그램(SNAP)을 재인증할 경우에만 본 재인증 양식을 이용해 MA를 신청할 수 있습니다. Medicaid와 SNAP을 재인증하고자 할 경우, "Medicaid (MA) and SNAP" 박스에 체크해(✓) 주십시오. Medicaid와 PA를 재인증하고자 할 경우, "Medicaid (MA) and PA" 박스에 체크해(✓) 주십시오.

MA만을 재인증하고자 할 경우, 온라인 <https://nystateofhealth.ny.gov/> 및/또는 전화 1-855-355-5777번에서 자세한 정보를 확인하거나 재인증할 수 있습니다. 또는 MA 전용 신청서류인 DOH-4220 양식을 활용하거나 MA 헬프라인 1-800-541-2831번으로 전화해 재인증할 수 있습니다. Medicare 절약 프로그램(Medicare Savings Program, MSP)을 재인증하고자 할 경우, 반드시 근로자가 제공하는 DOH-4328 양식으로 신청해야 합니다. 개인 돌봄 서비스를 즉시 이용해야 할 경우, DOH-4220 MA 신청서 양식을 이용해 별도로 MA를 신청해야 합니다.

### 섹션 2

**주로 사용하는 언어는 무엇입니까?** "영어," "스페인어," 또는 "기타" 박스 등에 체크하여(✓) 주로 사용하는 언어를 알려 주십시오. "기타" 박스에 체크한(✓) 경우, 선호 언어를 정자로 기입해 주십시오.

**귀하가 통지를 받고 싶은 언어:** 재인증하는 프로그램 관련 고지를 받게 됩니다. "영어 전용" 또는 "영어 및 스페인어" 박스에 체크하여(✓) 고지를 받고자 하는 언어를 알려 주십시오.

### 섹션 3: 수혜자 정보

**이름:** 귀하의 이름, 중간이름(M.I.), 성을 포함하는 법적 이름을 정자로 기입해 주십시오.

**혼인 상태:** 현재 미혼, 기혼, 사별, 법적 별거, 이혼 등의 상태인지 정자로 기입해 주십시오. 결혼한 적이 있으면 해당하는 상태를 정자로 기입하고 "미혼"이라고 적지 마십시오.

**전화번호:** 전화를 가지고 있다면 전화번호를 정자로 기입합니다.

**휴대전화 번호?:** "예" 또는 "아니오"에 체크해(✓) 휴대전화 보유 여부를 알려 주십시오.

**거주지 주소: 도로명:** 주택 또는 건물 번호, 거리, 도로명 등 거주지 주소를 정자로 기입하십시오.

**아파트 호:** 해당하는 경우 아파트 동호수를 정자로 기입해 주십시오.

**도시:** 거주하고 있는 도시명을 정자로 기입해 주십시오.

**카운티:** 거주하고 있는 카운티 명을 정자로 기입해 주십시오.

**주:** 거주하고 있는 주 이름을 정자로 기입해 주십시오.

**우편번호:** 주소의 우편번호를 정자로 기입해 주십시오.

**받는 사람 이름:** 타인이 귀하의 우편을 대신하여 수령하는 경우, 그 사람의 이름을 정자로 기입해 주십시오.

**우편 주소:** 거주지 이외의 장소에서 우편을 수령하는 경우 거리 주소(해당하는 경우 아파트 동호수) 또는 사서함 번호, 도시, 카운티, 주, 우편번호를 정자로 기입해 주십시오.

**현재 주소에서 얼마 동안 거주했습니까?:** 현재 주소에서 거주한 연 및/또는 개월 수를 정자로 기입해 주십시오.

**쉼터입니까?:** "예" 또는 "아니오"로 체크해(✓) 현재 쉼터에서 거주하고 있는지 알려 주십시오.

**연락할 수 있는 다른 전화번호:** 연락 받을 수 있는 다른 전화번호가 있다면 정자로 기입해 주십시오.

**이메일 주소(선택 사항):** 지역사무소가 이메일로 연락할 수 있도록 이메일 주소를 정자로 기입해 주십시오. 이메일 주소 제공은 의무 사항이 아닙니다.

**현재 주소 안내:** 자택으로 찾아가는 방법을 정자로 기입해 주십시오. 일반적으로 잘 알려져 있는 랜드마크를 활용하십시오.

**이전 주소:** 현재 주소로 이사하기 전 거주했던 곳의 주소를 정자로 기입해 주십시오.

**현재 주거지가 없다면, 여기에 체크해 주십시오.** 살고 있는 곳이 없거나/주소가 없다면, 이 박스에 체크해(✓) 주십시오.

**기관 지원 신청자/담당자:** 재인증을 도와주는 사람이 있다면, 그 사람의 이름과 소속 기관(있는 경우), 전화번호를 정자로 기입해 주십시오.

**본 재인증 양식의 Medicaid 부분 또는 기타 Medicaid 지원 수령 내용을 기밀로 처리해야 합니까?** "예" 또는 "아니오"에 체크해(✓) 재인증 양식에 표시하거나 귀하의 재인증 양식 및/또는 Medicaid 보장 관련 내용을 기밀로 처리하고자 하는지에 대해 직원에게 알려 주십시오.

**신청 또는 마지막 재인증 이후 변경된 사항을 기재하세요:** 주소 변경, 출산, 소득 변경, 실직 등 마지막 신청 또는 재인증 이후 발생한 모든 변경 사항을 기재하세요.

#### 섹션 4: SNAP 재인증의 경우

재인증 양식 섹션 4의 내용을 확인하고 해당 내용이 귀하 또는 귀하가 대신 신청하는 사람에게 해당하는 내용일 경우 아래에 날짜를 기입하고 서명합니다. 본 섹션에 대한 질문이 있다면 지역사무소에 연락해 주십시오.

**섹션 5: 귀하에게 적용되는 내용이 있습니까?**

귀하 또는 귀하가 대신 재인증하는 사람에게 해당하는 각 상황에 체크해(✓) 주십시오.

**재인증 양식 페이지 2****섹션 6: 가구 정보**

**이름:** 동거 중인 사람이 있는 경우 같이 재인증하지 않더라도 이름, 중간이름(M.I.), 성을 정자로 기입해 주십시오. 본인을 먼저 기재하십시오.

**이 사람은 다음을 재인증합니다.** 각자가 재인증하는 지원의 종류에 체크해(✓) 주십시오. PA은 공적 부조, SNAP은 보충 영양 지원 프로그램, MA는 Medicaid를 의미합니다.

**생년월일:** 재인증하는 각 사람의 생년월일을 정자로 기입해 주십시오.

**성별 및 성 정체성:** 뉴욕주는 성별, 성 정체성, 성 표현과 무관하게 주의 수당 및/또는 서비스를 이용할 권리를 보장합니다. 귀하 및 모든 가족 구성원의 성별이 남성인지 여성, 또는 "X"인지 보고해야 합니다. "M"은 남성, "F"은 여성, "X"는 논바이너리 또는 기타 정체성을 의미합니다. 성별 기입은 신청을 처리하기 위해 필요합니다. 수령하게 될 수당 카드 혹은 기타 공공 서류에 이러한 내용이 포함되지 않습니다.

성 정체성은 자신의 성별을 스스로 인식하고 규정하는 것입니다. 귀하의 성 정체성은 출생 당시의 성별과 같거나 다를 수 있습니다. 성 정체성은 본 신청에서는 필요하지 않는 정보입니다. 귀하 또는 가족 구성원의 성 정체성이 기입한 해당 인물의 성별과 다르며 해당 인물의 성 정체성을 제공하고자 하는 경우, "남성"(Male), "여성"(Female), "논바이너리"(Non-Binary), "엑스"(X), "성 전환자"(Transgender), "기타 성 정체성"(Different Identity) 중에서 선택해 주십시오. 인쇄체로 "기타 성 정체성"이라고 작성한 경우, 제시된 공간에 해당 인물의 성 정체성을 더 자세히 설명하실 수도 있습니다. 정보 제공 여부를 선택하실 수 있습니다. 신청자(들)의 적격 여부나 지원 수준에 아무런 영향을 미치지 않습니다.

**귀하와의 관계:** 각 사람과 귀하가 어떤 관계(예: 배우자, 아들, 위탁 아동, 친구, 동거인, 보더 등)인지 정자로 기입해 주십시오.

재인증 가구원의 사회보장번호 **Medicaid에 대해서만 재인증하는 임산부가 아니라면** 재인증하는 각 사람의 사회보장번호를 기재합니다.

**교육 이수:** 재인증하는 각 사람이 이수한 교육 단계(1에서 12)를 기입해 주십시오. 12년 이상인 경우, 13을 기입해 주십시오.

**이 사람(미성년자 아동 포함)이 귀하와 함께 식품을 구입하거나 식사를 준비합니까?** 귀하와 동거 중인 각 사람에 대해 재인증 여부와 관계 없이 이 질문에 "예" 또는 "아니오"로 체크하여(✓) 대답하는 것이 중요합니다. 일부 경우 식품을 구매하거나 식사를 별도로 준비하는 사람은 더 많은 SNAP 수당을 받을 수 있습니다.

**가구 구성원 중 결혼 전 이름이나 기타 사용했던 이름이 있다면 기입해 주십시오.** 본 섹션에 언급된 사람이 사용했던 결혼 전 이름, 과거 결혼했을 때 이름, 또는 기타 이름을 모두 정자로 기입해 주십시오. 이름, 중간이름(M.I.), 성을 포함합니다.

**섹션 7: 가족 구성원 변동 사항**

지난 1년 동안 회원님의 가구에 이사 또는 전출한 사람이 있는 경우 이 섹션을 작성하세요.

## 재인증 양식 페이지 3

### 섹션 8: 인종/민족

정보 제공 여부를 선택하실 수 있습니다. 신청자의 적격 여부나 수혜를 받는 수준에 아무런 영향을 미치지 않습니다. 이 정보를 요청하는 이유는 인종, 피부색 또는 출신 국가와 관계 없이 혜택이 제공되는지 확인하기 위한 것입니다. 본 섹션 작성을 완료할 경우, "H" 칼럼에 각 재인증자에 대해 "예"인 경우 "Y"를 입력해 해당 사람이 히스패닉 및/또는 라틴계인지 알려 주십시오. 각 사람의 인종적 배경에 해당하는 인종 칼럼에 "예"를 의미하는 "Y"를 기입해 주십시오.

- H = 히스패닉 또는 라틴계
- I = 미국 원주민 또는 알래스카 원주민
- A = 아시아인
- B = 흑인 또는 아프리카계 미국인
- P = 하와이 원주민 또는 태평양 군도인
- W = 백인
- U = 모름

정보 제공 여부를 선택하실 수 있습니다. 재인증자(들)의 적격 여부나 지원 수준에 아무런 영향을 미치지 않습니다. 이 정보를 요청하는 이유는 인종, 피부색 또는 출신 국가와 관계 없이 프로그램 혜택이 제공되는지 확인하기 위한 것입니다.

## 재인증 양식 페이지 4

### 섹션 9: 시민권/이민자 조건을 충족하는 비시민권자

또한 만약 귀하 또는 가구 구성원이 보충 영양 지원 프로그램(SNAP)을 재인증하는 경우, 반드시 가구의 모든 구성원을 기입해야 하며, 이들이 SNAP을 재인증하지 않을 경우에도 마찬가지입니다. 공적 부조(PA)를 재인증하는 아동과 동거 중인 모든 형제자매와 부모 또한 반드시 기재해야 합니다. 재인증하는 사람에 대해 본 섹션의 작성을 완료하지 않았다면, 그 사람은 지원을 받지 못할 수 있습니다.

**이름:** 재인증하는 각 사람 또는 반드시 기재되어야 하는 사람들의 이름, 중간이름(MI), 성을 정자로 기입해 주십시오.

**각 사람에 대해 "시민권자/국적자" 또는 "비시민권자" 등 체크:** 각 사람의 이름 옆에 미국 시민과 미국 원주민 등을 나타내는 "시민권자/국적자" 또는 미국 시민권자나 미국 원주민, 국적자가 *아님*을 나타내는 "비시민권자" 박스 중 *하나*에 체크(✓)합니다.

**USCIS 번호(외국인등록번호) 또는 비시민권자 번호:** 해당하는 경우 시민권 및 이민서비스(USCIS) 번호 또는 비시민권자 번호를 기입합니다.

### 섹션 10: 증명

본 섹션 마지막의 내용을 신중히 확인하고 다음 프로그램에 *재인증*하는 각 사람이 시민권자 또는 이민 조건을 충족하는 비시민권자임을 보여주는 증명에 날짜를 기입하고 서명합니다. 재인증자가 미국 시민권자, 미국 원주민, 국적자가 아닌 경우, 이민 조건을 충족하는 비시민권자가 재인증하는 프로그램에 체크해(✓) 주십시오.

- 공적 부조(PA)
- 보충 영양 지원 프로그램(SNAP) 및/또는
- Medicaid(MA),

"충족 비시민권자"란 해당 프로그램의 수당 신청 자격을 상실하도록 하지 않는 비시민권자 상태를 의미합니다. 각 프로그램은 서로 다른 비시민권자 요건을 가지고 있습니다. **LDSS-4148B**, "안내서 2: 사회보장서비스 프로그램에 관해 알아야 할 사항" 및 부록인 **LDSS-4148B**, "사회보장서비스 프로그램에 관해 알아야 할 사항(LDSS-4148B.1)"에서 충족 비시민권자 상태에 대한 자세한 정보를 확인할 수 있습니다. 지역사무소에 연락하여 자세한 정보를 확인할 수 있습니다.

성인 가구 구성원 또는 승인받은 대리인은 모든 재인증자 가구의 증명서에 서명할 수 있습니다. 예를 들어 시민권이 없거나 충족 비시민권자가 아닌 부모는 시민권을 가지고 있거나 충족 비시민권자인 자녀의 증명서에 서명할 수 있습니다. 18세 미만 가구원이 재인증할 경우(또는 18세 이상이지만 의료적 장애나 불편으로 인해 서명할 수 없는 경우), 18세 이상인 가구원이 반드시 이들을 대신하여 서명해야 합니다.

다른 가구원을 대신해 서명할 경우, 본인의 이름으로 서명합니다. 예를 들어 Mary Doe가 Johnny Doe를 대신해 서명한다면 "Mary Doe"라고 서명해야 합니다.

박스에 체크하고 증명에 서명한다는 것은 귀하가 위증죄의 위험을 인지하고 귀하 또는 귀하가 대신해 서명하는 사람(들)이 미국 시민권자, 미국 원주민, 국적자 또는 이민 조건을 충족하는 비시민권자로서 각 프로그램을 재인증한다는 것을 의미합니다. 박스 중 하나에 체크하지 않거나 재인증하는 비시민권자에게 제공되는 미국 시민권 및 이민 서비스(USCIS) 번호를 제공하지 않는 경우, 지원을 받지 못할 수 있습니다.

귀하는 본인이나 대신 서명하는 사람이 미국 시민권자, 미국 원주민, 국적자가 아니거나 이민 조건을 충족하는 비시민권자가 아닌 경우 증명에 서명해서는 안 됩니다. 이민 조건을 충족하지 않는 비시민권자는 **PA**, **SNAP** 혜택 또는 **Medicaid**(비상 의료 상황 치료를 위한 Medicaid 제외) 신청 자격이 없습니다. 이러한 사람들은 일부 서비스(아동 또는 성인 예방/보호 서비스 등) 재인증 자격이 없을 수 있습니다.

USCIS에 제공한 정보를 제출하여 **PA**, **SNAP** 혜택, **Medicaid** 서비스를 재인증한 일부 또는 모든 가구 구성원의 비시민권자 상태를 확인할 수 있습니다. USCIS가 제출받은 정보는 가구의 자격 조건이나 지원 수준에 영향을 미칠 수 있습니다.

## 재인증 양식 페이지 5

### 섹션 11: 아동 지원 집행 유닛 위탁 관련 정보

Medicaid만을 재인증하거나 임신 중이거나 과거 60일 이내에 출산했거나 21세 이하의 자녀를 위해 재인증하는 경우에는 이 섹션을 작성할 필요가 없습니다.

1. "예" 또는 "아니오"에 체크하여(✓) 귀하를 포함해 21세 이하이거나 혼인 상태가 아닌 부모에게서 태어났거나 법적 부모가 없는 사람을 위해 재인증하는지 알려 주십시오.
2. "예" 또는 "아니오"에 체크하여(✓) 귀하를 포함해 21세 이하이거나 최소 한 명 이상의 부모가 집에서 거주하지 않는 사람을 위해 재인증하는지 알려 주십시오.

두 가지 질문 모두에 "아니오"라고 체크(✓)한 경우, 섹션 12로 이동합니다. 섹션 11의 나머지 내용을 기재할 필요가 없습니다. 두 질문 모두 또는 한 가지 질문에 "예"라고 체크한(✓) 경우, 섹션 11의 나머지 부분을 반드시 작성 완료해야 합니다.

3. "예" 또는 "아니오"에 체크해(✓) 21세 이하인지 알려 주십시오.

**21세 이하인 사람의 이름:** 1, 2, 및/또는 3번 질문에 체크한 사람의 이름, 중간이름, 성을 정자로 기입해 주십시오.

**비양육, 추정, 또는 계획 부모의 이름, 주소, 생년월일, 사회보장 번호:** 정보를 알고 있는 경우, 비양육, 추정, 또는 의도적 부모의 이름, 중간이름, 성, 주소, 생년월일, 사회보장번호를 정자로 기입해 주십시오. 귀하가 "예"에 체크하여(✓) 질문 1, 2, 및/또는 3에 대답한 사람의 부모를 말합니다. 비양육 부모"는 유전적/생물학적



부모, 법적 부모, 양부모 또는 입양 부모로 해당 부모가 아동의 가정에 있지 않은 것으로 보고된 경우를 의미합니다. 위탁 돌봄 아동의 경우, 비양육 부모 또는 "부재 부모"는 아동이 위탁 돌봄 과정에 들어갔을 때 유전적/생물학적 부모, 법적 부모, 양부모 또는 입양 부모로 해당 부모가 아동의 가정에 있지 않은 것을 의미합니다. "추정 부모"는 자녀의 유전적/생물학적 부모, 법적 부모일 수 있지만 법적으로 아직 부모로 인정받지 않은 사람을 의미합니다. "계획 부모"는 출산 과정에서 도움을 제공하여 아동의 부/모로 법적 인정을 받고자 하는 사람을 의미합니다. 계획 부모는 생물학적 부모와 결혼한 사람일 수 있습니다.

## 재인증 양식 페이지 6

### 섹션 12: 세금 신고/부양자 상태

가구에서 동거 중인 각 사람에 대한 다음 정보를 정자로 기입해 주십시오.

**이름, 중간이름, 성:** 가구에서 동거 중인 각 사람의 이름, 중간이름, 성을 정자로 기입해 주십시오.

**세금 상태:** 가구에서 동거 중인 각 사람의 세금 신고 상태를 체크해(✓) 주십시오.

귀하와 동거 중이지는 않지만 귀하 또는 귀하 가구원이 지불하는 조세 부양자를 기입해 주십시오. 세금을 신고하지 않는 경우, 이런 질문을 건너 뛸 수 있습니다.

**세금 부양자 이름:** 귀하가 세금 부양자로 신고하며 동거 중이거나 동거 중이 아닌 각 사람의 이름, 중간이름, 성을 정자로 기입해 주십시오.

**세금 신고자 이름:** 기재한 각 세금 부양자에 대하여, 세금 부양자를 신고한 가구에 살고 있는 각 사람의 이름, 중간이름, 성을 정자로 기입해 주십시오.

### 섹션 13: 부재/사망 배우자 정보

**재인증자 성명:** 혼인 중이거나 혼인한 적이 있으나 배우자와 동거하지 않거나 사망한 재인증자의 이름을 정자로 기입해 주십시오.

**배우자 이름:** 혼인 중이거나 혼인한 재인증자로 배우자와 동거하지 않거나 사망한 사람의 배우자 이름을 정자로 기입해 주십시오.

**해당하는 경우, 배우자 생년월일 및 사망년월일:** 혼인 중이거나 혼인한 재인증자로 배우자와 동거하지 않거나 사망한 사람의 배우자의 생년월일 및 사망년월일을 정자로 기입해 주십시오(해당하는 경우).

**배우자의 사회보장번호:** 혼인 중이거나 혼인한 재인증자로 배우자와 동거하지 않거나 사망한 사람의 배우자의 사회보장번호를 정자로 기입해 주십시오.

**해당하는 경우, 배우자 주소:** 재인증자와 혼인한 배우자로 재인증자와 동거하지 않는 배우자의 도로 주소, 도시, 카운티, 주, 우편번호를 정자로 기입해 주십시오. 모르는 경우, 배우자의 마지막 주소를 정자로 기입해 주십시오.

### 섹션 14: 부재 자녀 정보

**재인증자 성명:** 재인증자의 21세 이하 자녀로 재인증자와 동거하지 않는 사람의 이름을 정자로 기입해 주십시오.

**부재 자녀 이름 및 생년월일:** 재인증자의 21세 이하 자녀로 재인증자와 동거하지 않는 사람의 이름, 생년월일을 정자로 기입해 주십시오.

**자녀 주소:** 재인증자의 21세 이하 자녀로 재인증자와 동거하지 않는 사람의 도로 주소, 도시, 카운티, 주, 우편번호를 정자로 기입해 주십시오.

**법적 양육권 설정?:** "예" 또는 "아니오"에 체크해(✓) 재인증자와 동거하지 않는 21세 이하 자녀에 대해 법적 양육권이 설정되었는지 알려 주십시오.

**양육비를 지불합니까?:** "예" 또는 "아니오"에 체크해(✓) 재인증자와 동거하지 않는 21세 이하 자녀에 대해 양육비를 지불하고 있는 사람이 누구인지 알려 주십시오.

### 섹션 15: 십대 부모 정보

공적 부조를 재인증하는 경우에만 본 섹션을 작성해 주십시오.

**18세 이하이며 부모인 사람("십대 부모")이 가구에 있습니까?:** "예" 또는 "아니오"에 체크해(✓) 재인증자가 18세 이하 부모인지 알려 주십시오.

**이름:** 18세 이하 부모인 재인증자의 이름을 정자로 기입해 주십시오.

**가구에 십대 부모의 자녀가 살고 있습니까?:** "예" 또는 "아니오"에 체크해(✓) 재인증자인 동거하는 18세 이하 부모의 자녀가 귀하와 동거 중인지 알려 주십시오.

**십대 부모의 이름:** 귀하와 동거하고 있으며 18세 이하 부모인 재인증자의 이름을 정자로 기입해 주십시오.

## 재인증 양식 페이지 7 및 8

### 섹션 16: 소득 정보

**귀하와 동거 중인 사람 또는 귀하에게 소득을 지불하는 사람과 지불하는 금액을 적시:** 1번부터 27번째 줄까지 "예" 또는 "아니오"에 체크하여(✓) 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 어떤 소득을 얻고 있는지 알려 주십시오. 또한 각 "예" 대답에 대하여 소득을 지불한 사람(들)의 이름과 금액을 정자로 기입해 주십시오.

**금액/가치 및 빈도:** "예"라고 답변한 각 질문에 대해 금액 또는 가치를 달러(\$)로 정자로 기입하고 해당 소득을 얻는 각 사람이 이러한 종류의 소득을 얻는 빈도를 기입해 주십시오. 예를 들어 매주 실업 보험 수당으로 100 달러를 지급받는 경우 "주당 100 달러" 또는 "\$100/주"라고 정자로 기입합니다.

**생활 보조금(SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME, SSI) 혜택(주정부 및 연방 총액):** 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 뉴욕주 보조 프로그램(New York State Supplement Program, SSP) 혜택을 생활 보조금(Supplemental Security Income, SSI) 혜택과 함께 수령하는 경우, 해당 혜택을 더하여 2번째 SSI 혜택의 금액/가치 및 빈도 칼럼에 기입해 주십시오. 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 SSP 혜택만을 수령하는 경우, 금액을 2번째 SSI 혜택의 금액/가치 및 빈도 칼럼에 기입해 주십시오.

**위탁 돌봄 유지 비용(수령):** 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 위탁 돌봄 유지 비용 혜택을 수령하는 경우, 금액을 17번째 줄 위탁 돌봄 유지 비용(Foster Care Maintenance Payments)의 금액/가치 및 빈도 칼럼에 기입해 주십시오. 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 위탁 돌봄 중인 아동에 대해 위탁 돌봄 유지 비용을 지원받거나 귀하가 보충 영양 지원 프로그램(SNAP) 혜택을 재인증하는 경우, 두 가지 선택지가 있습니다. 위탁 돌봄 및 위탁 돌봄 유지 비용 대상 아동을 귀하의 SNAP 혜택 가구에 포함시키거나 위탁 돌봄 및 위탁 돌봄 유지 비용 대상 아동을 귀하의 SNAP 혜택 가구에 포함시키지 않을 수 있습니다. 더욱 많은 SNAP 혜택을 받을 수 있는 방법에 대해 지역사무소와 상담하십시오.

**아동 지원 비용(수령):** 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 아동 지원을 받는 경우, 18번째 줄에 "수령처" 뒤에 아동 지원을 지불하는 사람의 이름을 정자로 기입해 주십시오.

**기타 소득:** 귀하 또는 귀하와 동거하는 사람이 받은 모든 기타 소득을 기입합니다. 여기에는 돈을 받은 사람, 금액, 빈도 등이 포함되어야 합니다.

**공제, 공제처, 금액/가치 및 빈도:** 귀하가 Medicaid에 재인증할 경우, 1~15줄에 "예" 또는 "아니오"에 체크하여(✓) 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 현재 연도 소득 공제에 연방 세금 공제를 신청했는지 알려 주십시오. "예"라고 대답한 각 질문에 대해, 공제를 신청한 사람(들)의 이름, 공제 신청액 또는 가치, 소득세 공제 신청 비용의 빈도 등을 정자로 기입해 주십시오.

**기타 조정:** 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 현재 연도 소득세 공제를 신청한 모든 연방 공제에 대해 알려 주십시오. 여기에는 공제를 신청한 사람(들)의 이름, 공제 신청액 또는 가치, 소득세 공제 신청 비용의 빈도 등이 포함되어야 합니다.

### 섹션 17: 양부모/이민 조건을 충족하는 비시민권자 스폰서 정보

**귀하와 동거 중인 자녀의 양부모가 자산을 소유하거나 어떠한 소득이라도 벌고 있습니까? 누구입니까?** "예" 또는 "아니오"에 체크하여(✓) 귀하를 포함한 모든 재인증자가 동거하지 않는 양부모가 있으며 이들이 재정적 자원을 가지고 있거나 소득을 얻고 있는지 알려 주십시오. (양부모가 귀하와 동거 중인 경우, 양부모의 자원/소득은 섹션 16 소득 정보에 포함되어야 합니다.) "예"라고 대답한 경우, 양부모의 이름을 정자로 기입해 주십시오.

**가구 구성원 중 이민 조건을 충족하는 비시민권자이며 미국 입국을 위한 스폰서를 받은 사람이 있습니까? 누구입니까?:** "예" 또는 "아니오"에 체크하여(✓) 귀하 또는 귀하의 가구 구성원 중 이민 조건을 충족하는 비시민권자로 미국에 입국하기 위해 스폰서를 구했던 사람이 있는지 알려 주십시오. "예"라고 대답한 경우, 조건을 충족하는 이민 신분을 가진 비시민권자의 이름을 정자로 기입해 주십시오.

**스폰서의 이름, 주소, 전화번호:** "예"라고 체크 표시한 경우, 귀하 또는 귀하의 가구 구성원의 미국 입국을 도운 스폰서의 이름과 주소, 전화번호를 정자로 기입해 주십시오.

## 재인증 양식 페이지 9 및 10

### 섹션 18: 고용 정보

귀하 및 귀하와 동거 중인 모든 사람에 대해 본 섹션을 작성 완료해 주십시오. 고용 중인 경우에도 지원 대상에 해당할 수 있습니다. 본 섹션의 목적에 따라 "근로 연령"은 18세 이상, 또는 학교에 다니지 않는 사람의 경우 16세 이상입니다.

**본인은 현재:** "고용," "자영업," "실업" 등에 체크하여(✓) 근로 여부를 알려주십시오. 근로 중인 경우 고용주를 밝혀 주십시오.

**총 소득:** 해당하는 경우, 주간, 2주간, 월간(연간 아님) 세전 소득액을 정자로 기입해 주십시오. 모든 월급, 추가 근로 임금, 커미션, 팁을 포함합니다.

**월 근로 시간:** 해당하는 경우 월별 근로 시간을 정자로 기입해 주십시오.

**급여:** 해당하는 경우, "주간," "2주간," "월간" 등에 체크하여(✓) 급여를 받는 빈도를 알려 주십시오.

**주간 유급 근로일:** 해당하는 경우, 일주일 중 급여를 받는 날을 정자로 기입해 주십시오.

**고용주 이름, 주소, 전화번호:** 해당하는 경우, 고용주의 이름, 주소, 전화번호를 정자로 기입해 주십시오. 자영업자인 경우, "자영업"이라고 적고 사업체 주소와 전화번호를 정자로 기입합니다.

**동거 중인 사람 중 현재 고용되어 있거나 자영업자인 사람이 있습니까? 누구입니까? 귀하와 동거 중인 사람이 일을 하고 있다면** "고용" 또는 "자영업"에 체크하고(✓) 그 사람의 이름을 정자로 기입해 주십시오.

**총 소득, 월 근로 시간, 급여, 주간 유급 근로일, 고용주 이름 및 주소, 전화번호:** 귀하와 동거하고 있으며 근로 중인 사람에 대한 정보를 상기 지침에 따라 작성해 주십시오.

**고용주를 통해 건강보험 혜택을 받을 수 있습니까?:** 고용 중이라면 "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 귀하가 고용주를 통해 의료 보장을 받을 수 있는지를 알려 주십시오.

**귀하와 동거 중인 사람이 고용주와 함께 건강보험에 가입해 있습니까? 누구입니까?** "예" 또는 "아니오"에 체크하여(✓) 귀하와 동거하는 사람이 고용주를 통해 의료 보장을 받고 있는지 알려 주십시오. "예"라고 대답한 경우, 이름을 정자로 기입해 주십시오.

**보험사 이름:** 해당하는 경우, 귀하의 보험사 및/또는 귀하와 동거하는 사람의 보험사의 이름을 정자로 기입해 주십시오.

**귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 자녀가 있거나 고용으로 인해 부양 비용을 부담하고 있습니까? 누구입니까?** "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 귀하 또는 귀하와 동거하는 사람이 보육 중이거나 고용의 결과로 부양 비용(예: 고령의 부모)을 부담하고 있는지 알려주시고 비용을 부담하는 사람의 이름을 정자로 기입해 주십시오.

**귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 기타 취업 관련 비용을 부담하고 있습니까? 누구입니까?** "예" 또는 "아니오"에 체크하여(✓) 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 취업 관련 비용(예: 교통, 유니폼) 등을 부담하고 있는지 알려 주십시오. "예"라고 대답한 경우, 귀하/그들의 이름을 정자로 기입해 주십시오.

**고용 중이 아닌 경우, 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 근로한 마지막 시점은 언제입니까? 누구이며 언제 어디입니까?** 귀하 또는 귀하와 동거 중이며 근로 연령인 사람이 실업 상태인 경우, 귀하/그들의 이름, 마지막 고용일, 마지막 고용처를 정자로 기입해 주십시오.

**귀하(또는 그들)이 근로를 중단한 이유는 무엇입니까?:** 귀하 또는 귀하와 동거 중이며 근로 연령인 사람이 실업 상태인 이유를 정자로 기입해 주십시오.

**귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 실업 보험 수당을 신청했습니까? 누가, 언제했으며, 신청 상태는 무엇입니까?** 귀하 또는 귀하와 동거 중이며 근로 연령인 사람이 실업 상태인 경우, "예" 또는 "아니오"에 체크하여(✓) 귀하/그들이 실업 보험을 신청했는지 알려 주십시오. "예"라고 대답한 경우, 귀하/그들의 이름, 귀하/그들의 실업 보험 신청 시점, 신청 상태를 정자로 기입해 주십시오.

**귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 파업에 참여하고 있습니까? 누구입니까?** "예" 또는 "아니오"에 체크하여(✓) 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 파업(예: 고용주의 결정 또는 관행에 항의하여 근로를 중단) 중인지 알려 주십시오. "예"라고 대답한 경우, 귀하/그들의 이름을 정자로 기입해 주십시오.

**파업 시작 시점:** 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 파업 중인 경우, 귀하/그들이 파업을 시작한 일자를 정자로 기입해 주십시오.

**귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 이민자거나 계절성 농업 근로자입니까? 누구입니까?** "예" 또는 "아니오"에 체크하여(✓) 귀하 또는 귀하와 동거하는 사람이 다른 농장으로 이동하여 근로하거나 농사철에만 농장에서 근무하는지 알려 주십시오. "예"라고 대답한 경우, 귀하/그들의 이름을 정자로 기입해 주십시오.

**귀하 또는 기타 귀하와 동거 중인 성인이 근로 역량을 제한하거나 수행할 수 있는 일의 유형을 제한할 정도의 건강 상의 문제를 가지고 있습니까? 누구입니까?** "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 귀하 또는 귀하와 동거 중이며 근로 연령인 사람들이 귀하/그들이 전일제 일자리를 구할 수 없도록 하거나 특정 종류의 근로를 할 수 없을 정도의 건강 상의 문제를 가지고 있는지 알려 주십시오. "예"라고 대답한 경우, 귀하/그들의 이름을 정자로 기입해 주십시오.

**제한 설명:** 귀하 또는 귀하와 동거 중이며 근로 연령인 사람들이 귀하/그들이 전일제 일자리를 구할 수 없도록 하거나 특정 종류의 근로를 할 수 없을 정도의 건강 상의 문제를 가지고 있다면, 귀하/그들의 역량이 어떻게 제한받는지 설명해 주십시오.

오늘부터 근무할 수 있습니까? 만약 아니라면 왜입니까? "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 만약 가능한 경우 귀하는 오늘부터 근무할 수 있는지 알려 주십시오. "아니오"라고 대답한 경우, 이유를 설명해 주십시오.

어떠 종류의 일자리를 구하고 있습니까?: 선호하는 일자리 종류를 알려 주십시오.

## 재인증 양식 페이지 11

### 섹션 19: 교육/훈련

최종 학력은 무엇입니까?: 귀하가 이수한 교육 수준에 가장 적절한 설명에 체크해(✓) 주십시오.

만약 그렇다면, 이수한 최종 학년은 무엇입니까?: 고등학교를 중퇴했다면 이수한 최종 학년을 정자로 기입해 주십시오.

가구 구성원 중 고등학교를 졸업했거나 일반평균학위(GENERAL EQUIVALENCY DIPLOMA, GED) 또는 이차 이수 평가 시험(TEST ASSESSING SECONDARY COMPLETION, TASC™)을 통과했거나 고등 교육을 받았습니까? 누구이며 어떤 학위를 가지고 있고 언제 이수했습니까? "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 귀하와 동거 중인 사람이 고등학교를 졸업했는지, 일반평균학위(GED) 또는 이차 이수 평가 시험(TASC™)을 통과했는지 또는 고등 교육을 받았는지 알려 주십시오. "예"라고 대답한 경우, 그 사람의 이름과 학위, 학위를 받은 일자리를 정자로 기입해 주십시오.

귀하 및 귀하와 동거하는 사람으로 재인증했거나 지원을 받고 있는 사람에 대해 다음 질문에 답변을 완료해 주십시오.

지난 12개월 내에 훈련 프로그램을 받고 있거나 받은 적이 있습니까? 누구이며 어디에서 어떤 프로그램에 언제 참여했으며 언제 이수했습니까? "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 지난 12개월 내에 일자리 훈련 프로그램을 재인증하거나 지원을 받고 있는지 알려 주십시오. "예"라고 대답한 경우, 그 사람의 이름, 훈련 프로그램 진행처, 프로그램 이름 또는 프로그램, 프로그램 참여일 및 이수일 등을 정자로 기입해 주십시오.

16세 이상이고 학교 또는 칼리지 재학 중입니까? 누구이며 어디에 다니고 있습니까? "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 재인증 중이거나 지원을 받고 있는 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 16세 이상이며 학교 또는 칼리지 진학 예정인지 알려 주십시오. "예"라고 대답한 경우, 그 사람의 이름과 학교 또는 칼리지를 정자로 기입해 주십시오.

교육 수당을 받고 있습니까? 누구이며 금액은 얼마입니까? "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 재인증 중이거나 지원을 받고 있는 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 교육 수당을 받고 있는지 알려 주십시오. "예"라고 대답한 경우, 해당 사람의 이름과 수령 금액을 정자로 기입해 주십시오.

교육 보조금 또는 대출을 받고 있습니까? 누구이며 금액은 얼마입니까? "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 재인증 중이거나 지원을 받고 있는 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 교육 보조금 또는 대출을 받고 있는지 알려 주십시오. "예"라고 대답한 경우, 해당 사람의 이름과 수령 금액을 정자로 기입해 주십시오.

16세 미만이며 학교에 재학 중입니까? 누구이며 학교는 어디입니까? "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 재인증 중이거나 지원을 받고 있는 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 16세 미만인지 알려 주십시오. "예"라고 대답한 경우, 그 사람(들)과 /학교의 이름을 정자로 기입해 주십시오.

## 재인증 양식 페이지 12

### 섹션 20: 자산 정보

보충 영양 지원 프로그램만 재인증할 경우, 생명보험 가입 여부에 대해 대답할 필요가 없습니다.

**본인 또는 함께 사는 사람이 재인증 중인지 표시합니다:** 1번째부터 23번째 줄까지 "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 지원을 재인증하는 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 목록에 기재된 재정적 자원을 가지고 있는지 알려 주십시오.

**누구입니까:** "예"라고 대답한 각 질문에 대해, 해당 자원을 가진 사람(들)의 이름을 정자로 기입해 주십시오.

**예라고 대답한 경우, 금액/가치:** "예"라고 대답한 각 질문에 대해, 해당 자산의 금액 또는 가치를 달러(\$) 정자로 기입해 주십시오. 모든 공동 보유 자산(공동 은행 계좌 등 두 명 이상에게 속한 재산)을 적시해야 합니다. 공적 부조 또는 Medicaid 재인증자는 반드시 모든 합법적으로 책임이 있는 친척의 자산을 포함해야 합니다. 이들은 법에 따라 귀하 또는 기타 재인증자를 재정적으로 지원할 의무가 있는 사람들로, 배우자 또는 귀하가 21세 미만일 경우, 귀하 또는 재인증자와 동거하고 있는 모든 부모와 양부모에 해당합니다.

**차량 또는 기타 이동 수단을 보유하고 있거나 자신의 명의로 등록하고 있습니까. 있다면 연식과 메이커/모델, 기타 정보:** 재인증자는 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람의 명의로 된 차량, 기타 이동 수단이 있다면 연식, 메이커, 모델 등을 6번째 줄에 각 차량 별로 정자 기입해 주십시오. 캠퍼, 스노모빌, 선박 등의 자산을 6번째 줄의 "기타"에 기입해 주십시오.

**상기 목록 이외의 자산이 있습니까?:** 귀하가 목돈을 받았거나 받을 예정이라면 지역사무소에 즉시 알리는 것이 매우 중요합니다. 목돈이란 보험금, 상속, 법정 보상금, 복권 등 일회성 자금을 의미합니다. LDSS-4148A, "책자 1: 귀하의 권리와 책임에 관해 알아야 할 사항"을 참조해 주십시오.

**혹시 과거 신탁을 개설했거나 과거 60개월 내에 신탁으로 자산을 이전한 적이 있습니까?** 귀하 또는 귀하의 배우자가 간호 시설 서비스를 받기 시작해 Medicaid를 신청한 첫 번째 달로부터 36개월 이내(신탁 이전의 경우 60개월)에 자산을 이전 또는 양도했다면, 간호 시설 서비스 또는 Medicaid 프로그램에 따른 주택 및 지역사회 기반 면제 서비스 수령 자격을 상실할 수 있습니다.

만약 귀하 또는 기타 신청자, 귀하 또는 기타 신청자의 배우자가(배우자가 가구에 거주하지 않거나 신청하지 않은 경우에도) 신탁을 개설해 과거 오 년 동안 한 번이라도 신탁에 입금했다면 신탁 개설일과 입금일을 23번째 줄에 정자로 기입해 주십시오.

## 재인증 양식 페이지 13~15

### 섹션 21: 의료 정보

**재인증하는 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람을 적시, 예라면 누구인지 적시:** "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 어떤 상황이 지원을 재인증 중인 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람에게 적용되는지 알려 주십시오. "예"라고 대답한 경우, 각 상황에 해당하는 사람의 이름을 정자로 기입해 주십시오. 귀하가 가입 중이거나 재인증자가 이용할 수 있는 모든 의료 및 병원/사고 보험을 기입해 주십시오.

**본 재인증 3개월 내에 지불 여부와 상관없이 의료비 청구서를 지불했거나 미납한 적이 있습니까:** Medicaid를 통해 귀하의 3개월 전 의료비까지 보장받을 수 있습니다. 이미 의료비를 지불했다면 당시 귀하가 Medicaid 자격 조건을 충족했다고 판단할 경우, 해당 비용을 보상받을 수도 있습니다. 의사 또는 기타 서비스 제공자가 Medicaid를 받지 않는 경우에도 보상을 진행할 수 있지만, Medicaid 지원 가능액을 귀하에게 보상하며 이는 Medicaid 보상 범위에 해당하는 의료비에 한해 진행될 수 있습니다.

**임산부의 경우:** 재인증하는 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 임신 중인 경우, 출산 예정일과 출산 예정인 아기의 수를 14번째 줄에 정자로 기입해 주십시오.

**의료 보험 선택:** Medicaid 재인증자는 본 섹션을 작성해야 합니다. Medicaid 가입자 대부분은 예외에 해당하지 않는 경우라면 관리 대상인 의료 계획에 의무적으로 등록해야 합니다. 본 섹션에서 의료 보험을 선택합니다. 어떤 의료 보험을 선택할 수 있는지 잘 모르는 경우, 관리 의료 Medicaid 선택 헬프라인(Managed Care Medicaid Choice Help Line) 1-800-505-5678번으로 전화해 직원과 상담해 주십시오.

**등록하는 보험 이름:** Medicaid 재인증자가 등록을 원하는 보험 이름을 정자로 기입해 주십시오. 등록 가능한 건강 보험이 무엇인지 잘 모르는 경우, 지역사무소와 상담하십시오.

**성 및 이름:** 각 Medicaid 재인증자의 성과 이름을 정자로 기입해 주십시오.

**생년월일:** 월과 일, 연도를 모두 두 자리로 하여 각 Medicaid 재인증자의 생년월일을 정자로 기입해 주십시오.

**성별:** "M"은 남성, "F"은 여성, "X"는 논바이너리 또는 기타 정체성으로 하여 각 Medicaid 재인증자의 성별을 정자로 기입해 주십시오.

**등록 번호(Medicaid 가입자의 경우 Medicaid 카드에 표시된 내용):** Medicaid 재인증자가 Medicaid 카드를 가지고 있는 경우, Medicaid 카드 등록 번호를 여기에 정자로 기입해 주십시오.

**사회보장번호:** 각 Medicaid 재인증자의 사회보장번호를 정자로 기입해 주십시오.

**주치의(PRIMARY CARE PROVIDER, PCP) 또는 의료 센터(현재 서비스 제공자라면 박스에 체크):** Medicaid 재인증자가 이용을 원하는 주치의(예: 일반의 또는 가정의학과 의사) 또는 의료 센터의 이름을 정자로 기입해 주십시오. 이 사람이 이미 이용하고 있는 서비스 제공자 또는 센터라면 박스에 체크해(✓) 주십시오. 진료를 받기 전 서비스 제공자 또는 센터에서 Medicaid를 이용할 수 있는지 반드시 확인해야 합니다.

**산부인과 이름 및 신원 번호(현재 서비스 제공자라면 박스에 체크):** Medicaid 재인증자가 산부인과(OB/GYN) 진료 및 서비스를 받아야 하는 경우, 재인증자가 이용을 원하는 OB/GYN 이름을 정자로 기입해 주십시오. 신청자가 이미 해당 산부인과를 이용하고 있다면 박스에 체크해(✓) 주십시오. 진료를 받기 전 서비스 제공자 또는 센터에서 Medicaid를 이용할 수 있는지 반드시 확인해야 합니다.

진료를 받기 전 의사 또는 서비스 제공자에서 Medicaid를 이용할 수 있는지 반드시 확인해야 합니다.

## 섹션 22: 주거지

**집주인의 이름, 주소, 전화번호는 무엇입니까?:** 집주인이 있다면 집주인의 이름, 주소, 전화번호를 정자로 기입해 주십시오.

**귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 임대료, 모기지, 또는 주거 비용을 부담해야 합니까?:** "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 임대료, 모기지, 기타 쉼터(예: 방 및 보드) 비용을 지불하는지 알려 주십시오. "예"라고 대답한 경우, 귀하/그들이 지불하는 월별 금액을 정자로 기입해 주십시오. 모기지가 있다면, 부동산세 및 주택 소유주 보험료(화재 보험 등) 등을 포함해 주십시오.

**귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 임대료 및 기타 주거 비용 외의 난방 비용을 부담해야 합니까?:** "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 임대료, 모기지, 기타 쉼터(예: 방 및 보드) 비용과 별도로 난방비를 지불하는지 알려 주십시오. "예"라고 대답한 경우, 귀하/그들이 지불하는 월별 금액을 정자로 기입해 주십시오.

귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 임대료 및 기타 주거 비용 외로 다음의 기타 비용을 부담해야 합니까?: 1번째부터 8번째 줄까지 "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 임대료와 별도로 목록에 기재된 비용을 지불하는지 알려 주십시오. "예"라고 대답한 경우, 귀하/그들이 지불하는 월별 금액을 정자로 기입해 주십시오. 9번째부터 11번째 줄의 질문에 대해 "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 귀하 또는 기타 재인증자가 이러한 계약에 따라 다음 중 하나에 살고 있는지 알려 주십시오.

### 섹션 23: 기타 비용

재인증하는 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람을 적시, 그렇다면 금액 적시: "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 지원을 재인증하는 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 1번째부터 5번째 줄의 비용을 지불하는지 알려 주십시오. 6번째 줄에 목록에 없는 기타 비용을 적시해 주십시오. "예"라고 대답한 각 답변에 대하여 비용 또는 지불액 비용을 정자로 기입하고 얼마나 자주 지불해야 하는지 알려 주십시오(예: 매주 100 달러 또는 \$100/wk.)

재인증하는 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 21세 미만의 자녀에 대한 지원을 최소 4달 동안 연체했습니까: "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 지원을 재인증하는 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 4개월 이상의 보육비를 연체하고 있는지 알려 주십시오.

## 재인증 양식 페이지 16

### 섹션 24: 기타 정보

가정 배달 또는 공동 다이닝 서비스에서 식사를 구매하거나 구매할 계획입니까?: "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 귀하 또는 기타 재인증자가 현재 가정 배달(예: Meals on Wheels) 또는 공동 다이닝(예: 거주 중인 건물의 카페테리아) 서비스에서 식사를 구매하거나 구매할 계획이 있는지 알려 주십시오.

자택에서 조리하거나 식사를 준비할 수 있습니까?: "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 귀하의 자택에서 조리가 가능한지 알려 주십시오.

10번째 줄에서 12번째 줄까지의 질문에 대하여, "군대"는 다음을 의미합니다.

- 미군
- 미 해군
- 미 해안 경비대
- 미 해병
- 미 공군
- 제2차 세계 대전 당시 미 상선

귀하 또는 귀하의 가구 구성원 중 미 군대에 소속된 적이 있습니까? 누구입니까? "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 상기 목록의 군대에 소속된 적이 있는지 알려 주십시오. "예"라고 대답한 경우, 이름을 정자로 기입해 주십시오.

귀하의 배우자가 미 군대에 소속된 적이 있습니까? "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 귀하의 배우자가 상기 목록의 군대에 소속된 적이 있는지 알려 주십시오.



귀하 가구 구성원 중 미 군대에 소속되어 있거나 소속된 적이 있는 사람에게 부양을 받고 있습니까? 누구입니까? "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 현재 또는 과거 상 목록의 군대에 소속된 적이 있는 사람에게 재정적으로 도움을 받고 있는지 알려 주십시오. "예"라고 대답한 경우, 부양자의 이름을 정자로 기입해 주십시오.

귀하와 동거 중인 사람 또는 귀하 중 지원을 받거나 재인증하는 경우, 기입해 주십시오. 누구입니까? "예" 또는 "아니오"를 체크하여(✓) 다음 아홉 개 질문의 상황이 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람에게 적용되는지 알려 주십시오. "예"라고 대답한 경우, 각 상황에 해당하는 사람의 이름을 정자로 기입해 주십시오. 이러한 질문을 이해하기 어렵다면 지역사무소에 추가 설명을 요청하십시오. 뉴욕주법은 사실을 숨기거나 진실을 이야기하지 않고 공적 부조, Medicaid, SNAP, 아동 보육 지원, 서비스를 수령하는 죄를 저지른 것으로 드러난 사람에 대해 벌금 또는 구금, 또는 두 가지 처벌을 모두 적용하고 있다는 사실에 주의해 주십시오.

자산 이전 상태: "있다" 또는 "없다" 박스에 체크하여(✓) 귀하 또는 기타 재인증자가 공적 부조 또는 SNAP 수당을 받기 위해 부동산을 매각, 이전, 양도했는지 알려 주십시오. 뉴욕주법은 사실을 숨기거나 진실을 이야기하지 않고 공적 부조, Medicaid, SNAP, 아동 보육 지원, 서비스를 수령하는 죄를 저지른 것으로 드러난 사람에 대해 벌금 또는 구금, 또는 두 가지 처벌을 모두 적용하고 있다는 사실에 주의해 주십시오.

## 재인증 양식 페이지 17~23

### 고지, 양도, 승인 및 동의

본 섹션의 모든 정보를 숙독하거나 다른 사람에게 읽어주도록 요청하십시오. 본 섹션에는 지원 수령과 관련된 귀하의 권리와 책임에 대한 중요한 정보를 비롯해 본 섹션에 명시된 책임을 완수하지 않을 경우 귀하에게 부과될 처벌(예: 벌금 및/또는 구금)에 대한 내용을 포함하고 있습니다. 재인증 양식에 서명해 제출함으로써, 귀하는 본 섹션의 진술을 이해하고 동의했다는 의사를 표시합니다.

**보충 영양 지원 프로그램 법적 대리인:** 귀하가 귀하의 보충 영양 지원 프로그램(SNAP) 수당 재인증을 위해 타인의 도움을 받거나 귀하와 동거 중이지 않은 사람이 귀하의 SNAP 수당 수령을 돕거나 수당을 이용해 귀하에게 식료품을 구매해주기를 원하는 경우, 대리인의 이름과 주소, 전화번호를 박스에 정자로 기입해 주십시오. 해당 사람은 귀하의 "법적 대리인(Authorized Representative)"입니다. 법적 대리인은 반드시 재인증 양식 하단에 서명하고 일자를 기입해야 합니다. 가구가 기관에 거주하지 않는 경우, 가구에서 법적 대리인을 서면으로 지정하지 않은 한, 가구의 책임 있는 성인 구성원도 재인증 양식에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.

**의료 정보 공개:** 귀하가 귀하 및/또는 재인증자인 가족 구성원의 의료 정보를 법이 정한 내용에 따라 공개하는 것에 동의하지 않는다면 "에이즈 정보 비공개" 또는 "정신 건강 정보 비공개" 및/또는 "약물 알코올 정보 비공개" 등에 체크해(✓) 주십시오.

**서명란:** 본 섹션을 숙독하거나 다른 사람에게 읽어주도록 요청하십시오. 뉴욕주법은 사실을 숨기거나 진실을 이야기하지 않고 공적 부조, Medicaid, 보충 영양 지원 프로그램 수당, 아동 보육 지원, 또는 서비스를 수령하는 죄를 저지른 것으로 드러난 사람에 대해 벌금 또는 구금, 또는 두 가지 처벌을 모두 적용하고 있습니다. 재인증 양식에 서명해 제출함으로써, 귀하는 본 섹션의 진술을 이해하고 동의했다는 의사를 표시합니다. 또한 귀하가 본 재인증 양식에서 제공한 정보와 지역사무소에 향후 제출할 정보는 귀하가 인지하는 범위에서 완결하고 정확하다는 사실을 밝힙니다.

**신청인 서명 및 서명일:** 보충 영양 지원 프로그램(SNAP) 법적 대리인을 재인증 양식에서 지정하고 기관 시설에 거주하고 있어 법적 대리인이 재인증 양식에 서명하고 일자를 기입할 수 있는 경우가 아니라면, 이름을 서명하고 재인증 양식에 서명한 일자를 정자로 기입해 주십시오. 기관 시설에 거주하고 있지 않은 경우, 과거 서면으로 SNAP 법적 대리인을 미리 지정하지 않는 한 귀하와 법적 대리인 모두 재인증 양식에 서명하고 일자를 정자로 기입해야 합니다. 다른 사람을 위해 재인증 양식을 기입한 경우, 귀하가 대리하는 개인의 이름이 아니라 *귀하*의 이름을 서명하고 서명한 일자를 정자로 기입해야 합니다.

**배우자 또는 보호 대리인 서명 및 서명일:** 혼인 중이며 공적 부조 또는 Medicaid를 재인증하는 경우, 귀하의 배우자는 반드시 재인증 양식에 서명하고 일자를 기입해야 합니다. 혼인 중이며 보충 영양 지원 프로그램 수당만을 재인증하는 경우, 배우자 한 명만 재인증 양식에 서명하고 일자를 기입해도 됩니다. 귀하에게 보호 대리인이 있는 경우, 해당 대리인도 반드시 재인증 양식에 서명하고 일자를 기입해야 합니다.

**법적 대리인 서명 및 서명일:** 귀하가 SNAP 법적 대리인을 재인증 양식에서 지정하는 경우, 해당 대리인도 반드시 재인증 양식에 서명하고 일자를 기입해야 합니다.

**신청을 철회할 것을 요청합니다:** 귀하가 재인증 양식을 제출하고자 하는 경우, 본 섹션의 박스에 체크하거나 서명하거나 일자를 기입하지 마십시오. 하나 이상의 프로그램에 대한 신청을 *철회*하고자 할 경우에만 본 섹션을 체크 표시합니다. 귀하의 사례를 철회하려면 해당 프로그램 옆 박스에 체크하고(✓) 정해진 곳에 일자를 기입하고 서명해 주십시오. 요청 이유를 알려주십시오.

**투표자 등록 양식:** 본 재인증 양식의 마지막 두 페이지는 투표자 등록 양식입니다. 양식을 사용하여 투표자 등록을 하거나 투표자 등록을 거부하더라도 혜택 재인증에 대한 결정이나 받을 수 있는 지원 금액에 영향을 미치지 않습니다. 투표자 등록 양식을 작성하고자 할 경우, 지역사무소에 문의해 주십시오.

**정보 목적**  
**문서 요건**

다음 자격 요건 목록과 서류 제출 의무는 정보를 확인하는 목적에 국한됩니다. 귀하의 지역사무소는 귀하에게 증명 의무가 있는 자격 요건에 대해 알려드릴 것입니다. 귀하는 다음 목록에 포함되어 있지 않은 기타 자격 요건을 증명할 것을 요구받을 수 있습니다. 귀하는 의무 자격 요건을 증명하기 위해 아래 목록에 포함되어 있지 않은 기타 서류 제출을 요구받을 수 있습니다. 서류 제출 의무에 대한 문의사항이 있는 경우, 지역사무소에 문의해 주십시오.

자격 요건	요건을 증명하기 위해 다음 중 하나를 제출해 주십시오.
<input type="checkbox"/> <b>사회보장 번호</b> (공적 부조, SNAP 수당, Medicaid에 한정할 때, 귀하가 제공한 사회보장번호(SSN)가 SSA 기록과 일치하지 않거나 기관에서 확인되지 않는 경우를 제외하고 SSN을 증명할 필요가 없습니다.)	사회 보장증 SSA의 공식 대화 기록 응급 치료 목적으로만 Medicaid 지원을 받고자 하거나 임신 중인 Medicaid 신청자는 비시민권자라고 할지라도 사회보장번호 증명 의무가 없습니다.
<input type="checkbox"/> <b>시민권자 또는 현재 비시민권자 상태</b> - 미국 시민권자는 공적 부조, SNAP, Medicaid 신청 자격이 있습니다. 비시민권자가 공적 부조, SNAP 또는 Medicaid 신청 자격을 만족하기 위해 반드시 이민 조건을 충족하는 상태여야 합니다. 이민 상태는 아동 보육 플러스 B(Child Health Plus B)를 신청하는 이민자 아동 또는 임신부의 자격 조건을 결정하는 요소가 아닙니다. 불법 이민자와 임시 비이민자는 의료 비상 상황에서만 신청 자격이 있습니다.	출생 증명서 세례 증명서 병원 기록 미국 여권 군 복무 기록 귀화 증명서 USCIS 서류 72년 1월 1일 이전부터 미국에서 계속 거주했다는 증빙.
<input type="checkbox"/> <b>취득 소득</b> 고용주	현재 임금 임금 명세서 서류 상단에 시간당 임금, 주간 근로 시간, 첫 임금 수령일, 고용주의 연락처 기재
<input type="checkbox"/> <b>자영업</b>	사업 기록 세무 기록 자영업 소득 및 비용 기록 및 관련 자료 현재 소득세 공제
<input type="checkbox"/> <b>임대 또는 방/숙식 소득</b>	현재 기부 수표 임차인, 보더, 임대인 진술서 소득세 기록
<input type="checkbox"/> <b>불로소득</b> 아동 보육	가정 방문 진술서 지원 제공자 진술서 수표 현재 지원금 증명서
<input type="checkbox"/> <b>실험보험 수당(UIB)</b>	현재 수당 수표 뉴욕주 노동부 공식 대화 기록
<input type="checkbox"/> <b>사회보장 수당(SSI 포함)</b>	현재 지원금 증명서 현재 수당 수표 SSA의 공식 대화 기록
<input type="checkbox"/> <b>재향군인 지원금</b>	현재 지원금 증명서 현재 수당 수표 VA의 공식 대화 내용

자격 요건	요건을 증명하기 위해 제출해야 하는 서류는 다음과 같습니다.	✓↕ 다음 중 두 가지 또는
<input type="checkbox"/> <b>신원</b> 반드시 귀하의 신원을 증명해야 합니다.	사진이 부착된 신분증 운전면허증 미국 여권 귀화 증명서 병원/의사 기록 입양 서류	타인의 진술서 인증된 사회보장번호 출생/세례 증명서
<input type="checkbox"/> <b>혼인 상태</b> 혼인했거나 이혼했거나 별거 중이거나 사별한 경우 이를 반드시 증명해야 합니다.	혼인/사망 증명서 별거 합의서 이혼 판결문 사회 보장 기록 VA 기록	서기의 진술서 인구조사 기록 신문 고지 타인의 진술서
<input type="checkbox"/> <b>주거</b> 거주 중인 곳이 어디인지 반드시 증명해야 합니다.	집주인의 진술서 현재 임대 영수증 또는 리스 주택 담보 대출 기록	타인의 진술서 현재 우편 학교 기록
<input type="checkbox"/> <b>가구 구성/규모</b> 동거 중인 사람에 대해 반드시 증명해야 합니다.	비혈연관계 집주인의 진술서 학교 기록	타인의 진술서
<input type="checkbox"/> <b>연령</b> 적절한 경우, 각 지원 재인증자의 연령을 반드시 증명해야 합니다.	출생 증명서 세례 증명서 병원 기록 입양 기록 귀화 증명서 운전면허증	보험 정책 인구조사 기록 학교 기록 타인의 진술서 의료 진단서 SSA의 공식 대화 기록
<input type="checkbox"/> <b>부재 부모</b> 가구 내 아동의 부모가 귀하와 동거하지 않을 경우, 해당 내용을 반드시 증명해야 합니다.	사망 증명서 생존자 지원금 병원 기록 퇴역군인 또는 복무 기록 이혼 서류 재혼 증빙	신문 고지 보험사 기록 기관 기록 기관 사례 기록 및 매장 비용 지출 파일 타인의 진술서
<input type="checkbox"/> <b>부재 부모 정보</b> 가지고 있는 정보를 모두 공유해야 합니다. 이름, 주소, 사회보장번호, 생년월일, 고용 상태 등	임금 명세서 공제 사회보장 또는 퇴역군인 기록 재정 결정문 신분증(건강 보험) 운전 면허증 또는 등록	

자격 요건	요건을 증명하기 위해 다음 중 하나를 제출해 주십시오.	자격 요건	요건을 증명하기 위해 다음 중 하나를 제출해 주십시오.
<input type="checkbox"/> 불로소득(계속) <input type="checkbox"/> 근로자 보상 <input type="checkbox"/> 교육 보조금 및 대출 <input type="checkbox"/> 이자/배당/로열티 <input type="checkbox"/> 민간 연금/연금 보험 <input type="checkbox"/> 기타	<p>지원 관련 서류 수표</p> <p>학교 진술서 은행 수상 내역서</p> <p>은행 또는 신용 조합의 진술서 브로커/중개인의 진술서</p> <p>현재 지원 관련 서류 현재 수당 수표 소득원의 공식 대화 내용</p>	<input type="checkbox"/> 기타 _____  <input type="checkbox"/> 주거 비용 귀하를 반드시 현재 주소지에 거주하는 비용을 증명해야 합니다(주거 비용의 각 항목에 대한 별도 서류를 제출해야 할 수 있습니다.) Medicaid는 <b>주거 비용에 대한 서류를 의무적으로 요구하지 않습니다.</b>	   현재 임대료 영수증 현재 리스 주택 담보 대출 기록 재산세 및 교육세 기록 집주인 진술서 상하수도 요금 주택 소유자 보험 기록 연료비 난방 외 유틸리티 비용 전화비
		<input type="checkbox"/> 의료비	의료비 청구서 사본(지불 및 미지불)
		<input type="checkbox"/> 건강 보험	보험 정책 보험 카드 보장 서비스 제공자 진술서 <b>Medicaid</b> 카드
<input type="checkbox"/> 자산  <input type="checkbox"/> 은행계좌: 당좌, 저축, 은퇴(IRA 및 Keogh)  <input type="checkbox"/> 주식, 채권, 증서  <input type="checkbox"/> 생명보험  <input type="checkbox"/> 매장 신탁 또는 기금, 장례 계약서  <input type="checkbox"/> 소득세 환급 및 근로 소득 세액공제(EITC)  <input type="checkbox"/> 주거지 외 부동산  <input type="checkbox"/> 자동차  <input type="checkbox"/> 목돈 수령	<p>가구 진술서 양로원 진술서</p> <p>현재 은행 기록 현재 신용조합 기록</p> <p>주식 증명서 채권 금융기관 진술서</p> <p>보험 정책 보험사 진술서</p> <p>은행 기록 매장 계약서 매장지 장례 담당자 진술서</p> <p>세금 환급 세무서 진술서</p> <p>주택 권리증 부동산 브로커 진술서 브로커의 현재 가치 추정/평가</p> <p>등록(과거 모델) 소유 상태 달러의 현재 가치 평가 재정 데이터</p> <p>지급처 진술서</p>	<input type="checkbox"/> 장애/불능/임신 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 아프거나 임신 중인 경우, 반드시 증빙을 제출해야 합니다.	임신 사실 및 출산 예정일을 확인하는 의료 전문가 진단서 의료 전문의의 진술서 장애 또는 시력상실에 대한 SSA 또는 SSI 수당 증빙
		<input type="checkbox"/> 미지불 청구서 임대료, 유틸리티	연체 총액, 서비스 기간, 서비스 제공자 등이 기재된 각 청구서 사본
		<input type="checkbox"/> 위탁 <input type="checkbox"/> 취업 서비스	치료 서비스 제공자 진술서 취업 서비스 진술서
		<input type="checkbox"/> 기타 비용/부양 돌봄 비용 귀하가 법원의 명령으로 지원, 아동 보호, 대출금 상환, 재택 간호 등의 서비스 비용을 <b>지불</b> 해야 한다면, 반드시 증빙을 제시해야 합니다.	법원 명령 탁아소 또는 기타 돌봄 서비스 제공자의 진술서 조무사 또는 간병인 진술서 취소된 수표 또는 영수증
		<input type="checkbox"/> 학교 출석 반드시 학교 교육을 받는 사람이 누구인지 증명해야 합니다.	학교 기록(현재 기록 카드) 학교/ 또는 고등교육 기관 발행 서류
		<input type="checkbox"/> 기타:	