

## 영양 보충 지원 프로그램 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) 수당 신청/재인증

귀하가 눈이 안 보이거나, 시력이 심각하게 손상된 경우, 다른 형식으로 서면 고지서를 받으시겠습니까?  예  아니오

예를 선택하신 경우, 귀하가 원하는 종류의 형식을 선택하십시오.

큰 활자체

데이터 CD

오디오 CD

점자, 다른 대체 형식들이 귀하에게 동일하게 효과가 없다고 주장할 경우.

다른 도움이 필요한 경우, 귀하의 해당 사회보장서비스 지역사무소에 문의하시기 바랍니다.

### SNAP 을 신청할 경우

- 신청서를 받은 당일에 신청서를 제출할 수 있습니다. 신청서에 최소한 귀하의 이름, 주소(있을 경우), 서명이 기재된 경우, 우리는 귀하의 신청서를 받아야 합니다. 이 정보는 귀하의 신청서 제출 날짜를 확립할 것입니다.
- 귀하가 SNAP 수급 가능자인지를 확인하려면 인터뷰 하기 및 신청서/재인증 2 페이지에 있는 인증 내역에 서명하는 것을 포함해 신청 프로세스를 완료해야 합니다. 수급 가능자로 판명되는 경우 신청한 날로 거슬러 올라가 수당이 지급됩니다.
- 귀하 또는 귀하 가구의 다른 구성원이 비자 상태 때문에 수당을 받을 자격이 없는 경우에도 귀하는 자격을 갖춘 가구 구성원을 위해 SNAP 을 신청하고 받을 수 있습니다. 예를 들어, 무자격 비시민권자 부모이더라도 자녀를 위해 SNAP 를 신청할 수 있으며 적격 자녀에 대한 수당을 받을 수 있습니다.
- 본인의 임시 지원 시한에 도달한 경우에도 SNAP 을 신청할 수 있으며 자격이 있을 수 있습니다.

### SNAP 을 재인증하는 경우

- 작성한 재인증 신청서에 서명하여 제출해야 합니다.

반드시 신청서에 서명해야 합니다.

**SNAP 수당이 당장 필요합니까? 다음의 경우 SNAP 신청서가 신속하게 처리될 수 있습니다.**

귀하의 가구에 소득이나 현금성 재산이 전혀 또는 거의 없는 경우, 또는 귀하의 임차료와 유틸리티 경비가 귀하의 소득 및 현금성 재산보다 많은 경우, 또는 귀하가 신청할 때 소득이나 재산이 전혀 또는 거의 없는 이주 또는 계절 농장근로자인 경우, 귀하는 신청일로부터 7 역일 이내에 SNAP 수당 수령 자격을 받을 수 있습니다. 기관 거주자가 기관을 떠나기 전 SSI 및 SNAP를 공동으로 신청할 경우, 해당 신청서의 기록 출원일은 신청자가 기관에서 떠나는 날짜가 됩니다.

**SNAP 신청 장소**

뉴욕시 외곽에 거주하는 경우 [myBenefits.ny.gov](http://myBenefits.ny.gov)에서 신청할 수 있으며, 또는 현재 거주하는 카운티의 사회보장서비스 지역사무소로 전화하거나 방문하셔서 신청 패키지를 요청하시면 됩니다. 이 신청 패키지는 우편 또는 해당 사무소에서 수령할 수 있습니다. 거주 카운티 사회복지사무소 주소와 전화번호는 수신자 부담 전화 **1-800-342-3009**로 전화하면 얻을 수 있습니다.

뉴욕시 거주자이면서 임시 지원(Temporary Assistance)을 하지 않은 경우에는 액세스 HRA(Access HRA)에서 온라인으로 신청하거나, 아무 SNAP 사무소에 전화하거나 방문하여 신청서 패키지를 요청할 수 있습니다. 주소와 전화번호는 **1-718-557-1399**번으로 전화하거나 또는 수신자 부담 전화 **1-800-342-3009**번으로 전화하여 확인할 수 있습니다.

**차별 금지 고지문** – 미국 농무부(U.S. Department of Agriculture, USDA) 인권 규정 및 정책에 따라, 이 기관은 인종, 피부색, 출신 국가, 성별(성 정체성과 성적 성향을 포함), 종교적 신념, 장애여부, 연령, 정치적 신념을 이유로 차별할 수 없으며, 이전에 인권 활동을 한 것을 이유로 앙갚음이나 보복 행위를 하는 것이 금지됩니다.

프로그램 정보는 영어 외에 다른 언어로도 제공됩니다. 장애인으로서 프로그램 정보를 얻기 위해 대체 커뮤니케이션 대체 수단(예, 점자, 큰 활자 인쇄, 오디오테이프, 미국 수화)을 필요로 하는 사람은 수당을 신청한 기관(주 또는 현지)에 연락해야 합니다. 청각 장애인이나 언어 장애가 있는 사람은 연방 릴레이 서비스(Federal Relay Service)((800) 877-8339)를 통해 연방 농무부(USDA)에 문의해야 합니다.

프로그램에 차별 민원을 제기하려면 미국 농무부 프로그램 차별 민원제기 양식(USDA Program Discrimination Complaint Form)(AD-3027)을 온라인 <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>에서 구하시거나, USDA 사무소에서 직접, 또는 (833) 620-1071로 전화하시거나 USDA로 서신을 보내어 구하실 수 있습니다. 서신에는 반드시 민원 제기자의 이름, 주소, 전화번호 및 차별 혐의가 있는 행위를 자세히 기술하여 혐의가 있는 시민권 위반행위의 성격과 날짜에 관해 인권차관보(Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR)에 알려주십시오. AD-3027 양식이나 서신을 작성하여 다음 주소로 제출하셔야 합니다:

- (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) 이메일: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

본 기관은 평등한 기회를 제공하는 기관입니다. 이 주소로 귀하의 신청서를 보내지 마십시오.

반드시 신청서에 서명해야 합니다.

# 영양 보충 지원 프로그램 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) 수당 신청/재인증

## 신청 정보

SSN: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

성명(이름, 성, 미들네임): \_\_\_\_\_

낮시간 전화 연락처(지역번호 포함): \_\_\_\_\_

주택 주소(거리, 아파트 번호): \_\_\_\_\_

도시, 주, 우편 번호: \_\_\_\_\_

우편 주소(다른 경우): \_\_\_\_\_

**민족/인증:** 이 정보는 모든 사람을 공정한 대우를 받도록 보장하기 위해 수집합니다. 답변 여부를 선택할 수 있으며, 자격 조건이나 수당 금액에 영향을 미치지 않습니다.

**민족:** 히스패닉 또는 라틴계 입니까?  예  아니요

**인증:** (해당하는 항목을 모두 체크 표시하십시오)

아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민  아시아인  흑인 또는 아프리카계 미국인

하와이 원주민 또는 기타 태평양 아이슬란드  백인

구사 언어: 어떤 언어를 사용하십니까 \_\_\_\_\_

미국 시민입니까?  예  아니오

뉴욕주 거주자입니까?  예  아니오 어느 카운티에 살고 있습니까? \_\_\_\_\_

**특별한 상황이 있습니까?** (해당하는 항목을 모두 선택하십시오.)

신체/정신 장애  청각 장애  시각 장애

통역 필요  수화 필요  기타: \_\_\_\_\_

본 양식의 작성에 다른 사람의 도움을 받았습니까?  예  아니오

지원자 성명: \_\_\_\_\_

지역번호를 포함한 전화번호: \_\_\_\_\_

## 가구 정보:

함께 거주하는 사람의 성명을 기재하십시오:

성명(이름, 성, 미들네임): \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_

성별:  남성  여성  X

다른 정체성: \_\_\_\_\_ 구사 언어: \_\_\_\_\_

성명(이름, 성, 미들네임): \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_

성별:  남성  여성  X

다른 정체성: \_\_\_\_\_ 구사 언어: \_\_\_\_\_

성명(이름, 성, 미들네임): \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_

성별:  남성  여성  X

다른 정체성: \_\_\_\_\_ 구사 언어: \_\_\_\_\_

귀하 또는 귀하 가구의 구성원이 다음과 같은 유형의 소득을 받습니까?			
소득 유형	소득 금액	소득 빈도	소득 수령인 성명
사회보장			
SSI			
연금			
재향군인 지원금			
근로자 보상			
임금			
기타			

부양비를 지불합니까?  예  아니요  
 처방전, 일반 의약품, 당뇨병 용품, 안경, 치과 비용, 보청기 등 기타 의료비를 지불합니까?  예  아니요  
 매월 임대료 또는 모기로 얼마를 지불합니까? \$ \_\_\_\_\_  
 다음에 대한 비용을 지불합니까.  
 집(석유, 가스, 전기, 프로판 등)의 난방비를 내가 지불하거나 다른 사람들과 난방비를 나누어 지불합니까.  예  아니요  
 여름에 사용하는 에어컨을 가지고 있으며, 전기 요금을 내가 지불하거나 다른 사람과 비용을 나누어 지불합니까.  예  아니요  
 나는 여름에 사용하는 에어컨을 가지고 있으며, 사용료를 지불합니다.  예  아니요  
 전기 및 가스비를 내가 지불하거나 다른 사람과 비용을 나누어 지불합니다.  예  아니요  
 휴대 전화 서비스(선불 전화 제외)를 포함한 전화 요금을 지불합니다.  예  아니요

**수권 대리인** - 귀하는 귀하 가구의 상황을 알고 있는 사람에게 귀하를 대신해 SNAP 을 신청할 권한을 부여할 수 있습니다. 가구 구성원이 아닌 사람이 수권 대표자로서 EBT 카드를 받아 식료품을 구입하도록 권한을 부여할 수 있습니다. 타인에게 권한을 부여하려면 서면으로 해야 합니다. 귀하는 아래에 그 사람의 성명, 주소와 전화번호를 정자로 써서 그렇게 할 수 있습니다. 법적 대리인 (Authorized Representative)이 어떤 시설에 거주하지 않는 영양보충지원 프로그램 (SNAP) 가구를 대신해 영양보충지원 프로그램 (SNAP)을 신청하는 경우 법적 대리인 (Authorized Representative)이 해당 가구에 의해 서면으로 달리 지정되어 있지 않는 한 해당 법적 대리인 (Authorized Representative)과 영양보충지원 프로그램 (SNAP) 가구의 책임 있는 성인 양쪽 모두 본 페이지 하단의 서명란에 반드시 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.

타인에게 권한을 부여하기 원하는 경우, 아래에 그 사람의 성명, 주소와 전화번호를 정자로 쓰고 서명하십시오.

이름: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

전화: \_\_\_\_\_

수권 대리인이 식료품을 구매할 수 있는 EBT 카드를 발급받기를 원할 경우 이 박스에 체크하십시오.

신청서 승인을 위하여 반드시 아래에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.

**승인:** 본 신청서에 서명함으로써, 본인은 위증시 처벌을 받으며 본인이 본 신청서의 4~6 페이지에 기재된 "권리와 책임(Rights and Responsibilities)"을 읽고(혹은 읽어주는 것을 들었고) 이해하였으며, 본 신청서 및 향후 부서에 제공하는 추가 문서에 대한 답변이 본인이 아는 범위에서 완벽하고 정확하다는 것을 증명합니다. 나의 모국어로 작성된 SNAP 처벌 경고(SNAP Penalty Warning)를 읽었거나 읽어주는 것 혹은 통역해주는 것을 들었습니다. 본인은 또한 SNAP 수당을 요청하는 본인의 SNAP 가구의 모든 구성원이 미국 시민이거나 조건을 충족하는 이민 상태의 비시민권자임을 증명합니다.

"SNAP 처벌 경고" 및 "권리와 책임"이 포함된 4~6 페이지를 참조하십시오.

신청 절차를 완료하려면 아래에 서명을 해야 합니다.

신청인 서명: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_

법적 대리인 서명: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_

## 신청서 작성 지침

- 가능한 많은 질문에 대답해 주십시오.
- 신청서 양식 1 페이지에 평일에 연락할 수 있는 전화번호 또는 메시지를 남기실 수 있는 장소에 전화번호를 기입해 주십시오.
- 신청서를 제출하기 전 반드시 이름을 서명해야 합니다.
- 다음 페이지에서 포함된 권리 및 책임 통지 및 SNAP 처벌 경고에 대한 내용을 읽으십시오.
- 신청서 앞면에 성명과 주소, 뒷면에 서명을 기입하고 나머지 신청서 내용은 나중에 작성하여 신청할 수 있습니다. 이러한 최소한의 정보가 귀하의 신청서 제출 일자가 될 것입니다.
- SNAP 수당은 신청 일자로 소급하여 효력을 발생합니다.

**반드시 인터뷰에 참가해야 합니다.** 신청서가 접수되면 검토 후 신청서에 제공한 정보를 논의하기 위해 연락을 드릴 것입니다.

**참고:** 연락이 닿지 않는 경우 예정된 전화 인터뷰에 대한 편지를 받게 됩니다.

**반드시 검증 자료를 제출해야 합니다.** 인터뷰 중, SNAP 수당 수령을 위해 어떠한 검증 자료 및 정보를 제공해야 하는지 설명해 드립니다. 제출해야 하는 내용이 포함된 검증 체크리스트를 보내드립니다. 신청서가 접수된 날로부터 30 일 이내에 필요한 검증 자료를 제공해야 합니다. 이러한 자료를 준비하는 데 어려움이 있는 경우 저희에게 도움을 요청하십시오.

**결정:** 30 일 이내에 신청서에 대한 결정이 내려지게 됩니다.

### 제출해야 할 검증 자료는 무엇입니까?

다음은 SNAP 수당을 신청할 때 필요한 대부분의 항목입니다.

- **성명과 주소가 기재된 신분증:**
- 주소가 없는 경우 저희에게 알려주십시오.
- **소득 증명.**
- 이자 소득 금액 및 지급 빈도를 포함한 미기한 소득에 대한 내역서 또는 직접 예금 명세서. 근무 중인 경우 마지막 4 주 동안의 급여 내역서, 직접 예금 명세서 또는 수표 사본을 제출하십시오.
- **모든 신청 구성원의 사회 보장 번호.**
- **비시민권자 증명서** - 시민권자가 아닌 경우 법적 비시민권자 신분 증명서를 제출하십시오.
- **교육비 증명:** 선택 사항이지만 다음 중 하나를 증명할 경우 SNAP 수당 금액이 늘어날 수 있습니다.
  - **의료비** - 본인 또는 구성원이 60 세 이상이거나 장애를 인정받은 경우, 틀니, 안경, 보청기 배터리, 예방약, 처방 진통제, 일반 의약품, 의료 서비스 교통비 등에 대한 보험료 또는 공동 지불 영수증으로 현재 **지불 의료비**를 확인 받아야 합니다.
  - **자녀 양육비 지불** - 귀하와 함께 거주하지 않는 사람에게 지급하는 아동 양육비용 및 지불한 금액에 대한 법원 문서와 같은 증거.

또한 다음과 같은 비용이 있는 경우 알려주십시오(선택 사항이지만 SNAP 수당 금액이 더 높아질 수 있습니다).

1. **주거비:** 임대료 또는 모기지 지불액, 부동산세 또는 주택 소유자의 보험.
2. **유틸리티 비용:** 에어컨 비용, 가정용 난방유, 난방용 가스, 난방용 목재 또는 석탄, 조리용 가스, 전기, 전화(휴대폰 포함), 상하수도 또는 쓰레기 처리 서비스와 같은 기타 유틸리티 비용.
3. **부양자 치료비:** 자택 또는 외래 간호.

## 아래의 중요 정보를 읽어보십시오

**SNAP 처벌 경고** – SNAP 신청과 관련하여 귀하가 제공하는 정보는 연방, 주 및 지역 관리의 확인을 받습니다. 정보가 부정확한 경우, 영양보충지원 프로그램(SNAP) 제공이 거부될 수 있습니다. 귀하가 수당의 수령 자격이나 금액에 영향을 미치는 부정확한 정보를 고의로 제공하는 경우, 형사 처벌을 받게 될 수도 있습니다. 보호관찰 또는 가석방 조건을 위반하고 있는 사람, 또는 중범죄를 이유로 하는 기소, 구금 또는 감금을 피하기 위해서 도피 중이고, 법 집행기관의 적극적인 추적을 받고 있는 사람은 SNAP 수당을 받을 자격이 없습니다.

영양보충지원 프로그램(SNAP) 가구 구성원이 고의적 프로그램 위반행위(Intentional Program Violation, IPV)를 저지른 것으로 판명된 경우, 해당 구성원은 다음 기간 동안 영양보충지원 프로그램(SNAP) 수당을 받을 수 없습니다:

- 첫 번째 SNAP-IPV의 경우 12개월.
- 두 번째 SNAP-IPV의 경우 24개월.
- 금지 약물 판매가 연루된 거래에서 개인이 SNAP 수당을 사용하거나 받은 법원 판결 시 첫 번째 SNAP-IPV의 경우 24개월. (불법 약물 또는 의사의 처방전이 필요한 특정 약물)
- 세 번째 IPV로 자격을 영구 박탈당하지 않는 한 여러 SNAP 수당을 동시에 수령하기 위해 본인의 신원과 거주지에 대해 허위 진술하여 유죄가 밝혀진 경우 120개월.
- 아울러, 법원은 추가로 18개월 동안 특정 개인의 영양보충지원 프로그램(SNAP) 참여를 금지시킬 수 있습니다.
- 다음 사유로 인한 개인의 영구적 자격 상실:
  - 소형화기, 탄약 또는 폭발물 판매와 연관된 거래에서 SNAP 수당을 이용하거나 수령했음이 법원 판결로 인정된 사실에 기초하는 첫 번째 고의적 SNAP 위반 행위.
  - 합계 500달러 이상의 SNAP 수당 밀거래로 법원 유죄판결을 받은 사실에 기초하는 첫 번째 고의적 SNAP 위반 행위(밀거래에는 SNAP 공인 카드 또는 액세스 기기의 불법적인 사용, 양도, 취득, 변경 또는 소지가 포함됨)
  - 금지 약물 판매가 연루된 거래에서 개인이 SNAP 수당을 사용하거나 받은 법원 판결에 기초한 두 번째 SNAP-IPV. (불법 약물 또는 의사의 처방전이 필요한 특정 약물)
  - 모든 세 번째 SNAP-IPV 고의적인 프로그램 위반.

영양보충지원 프로그램(SNAP) 공인 카드 또는 액세스 기기를 고의적으로 사용, 양도, 취득, 변경 또는 소지한 것을 이유로 하는 중범죄로 유죄판결을 받은 사람은 최대 250,000달러까지의 벌금이나 최장 20년까지의 구금, 또는 양자 모두에 처해질 수 있습니다. 개인은 적용되는 연방법과 주법에 따라 기소될 수도 있습니다.

다음에 해당하는 경우, 영양보충지원 프로그램(SNAP) 부적격자로 판정되거나 고의적 프로그램 위반행위(IPV)를 범한 것으로 판정받을 수 있습니다.

- 수당을 받을 자격을 갖추거나 더 많은 수당을 받기 위해서 허위 또는 오도하는 진술을 하거나, 거짓 정보를 제공하거나, 사실을 은폐 또는 철회하는 경우
- 예치액에 대해서 의도적으로 제품을 폐기하고 용기를 반환함으로써 현금을 얻으려는 의도를 가지고 SNAP 수당으로 제품을 구매하는 경우
- 전자수당이체(Electronic Benefit Transfer, EBT) 시스템의 일환으로 사용되는 SNAP 수당, 공인 카드 또는 재사용 가능 문서를 사용, 제시, 양도, 취득, 수령, 소지 또는 밀거래할 목적으로 연방법 또는 주법을 위반하는 행위를 범하거나, 범하려고 시도하는 경우
- 또한 다음 행위는 허용되지 않으며, 다음이 포함된 행위를 하는 경우에는 SNAP 수당을 받을 자격을 박탈 당하고, 처벌을 받을 수 있습니다.
  - 본인의 것이 아닌 EBT 카드를 카드 소유자의 동의 없이 사용하거나 소지할 경우
  - 주류나 담배 등 비식품 품목을 구입하기 위해서, 또는 이전에 외상으로 구입한 식품 금액을 결제하기 위해서 SNAP 수당을 사용하는 경우
  - 현금, 화기, 탄약, 폭발물 또는 약물을 얻기 위해 또는 SNAP 가구원이 아닌 사람을 위해 식품을 구매하기 위해 타인에게 EBT 카드 사용을 허용하는 경우.

**초과 지급** - 실제 받아야 하는 영양보충지원 프로그램(SNAP) 수당을 초과하여 받는 경우(초과 지급액), 이를 반드시 상환해야 합니다. 귀하의 케이스가 진행되고 있는 경우, 향후 영양보충지원 프로그램(SNAP) 수당에서 초과 지급 액수가 공제됩니다. 귀하의 케이스가 폐쇄된 경우 귀하의 계좌에 남아 있는 미 사용 SNAP 수당을 통해 초과 지급금을 상환할 수 있으며, 또는 현금으로 지급할 수 있습니다.

상환 받지 않은 초과지급금은 연방정부의 자동 수금을 포함해 수금 대상으로 회부됩니다. 귀하가 받을 수 있는 연방 수당(사회 보장(Social Security) 수당 등)과 세금 환급금에서 초과 지급액이 공제될 수 있습니다. 이 채무에는 처리 수수료가 부과될 수도 있습니다.

귀하의 전자수당이체(EBT) 계좌에서 공제된 영양보충지원 프로그램(SNAP) 수당이 있다면 현 초과 지급액 차감 시 사용됩니다. 초과 지급액을 반환하지 않고 영양보충지원 프로그램(SNAP)를 다시 신청하는 경우, 수당을 다시 받게 되면 수령하는 영양보충지원 프로그램(SNAP) 수당이 줄어들 것입니다. 수령하는 수당이 감소되면 그 액수를 통보 받게 됩니다.

**동의** - 본인은 이 신청서에 서명함으로써 뉴욕주 임시 및 장애 지원국 또는 사회보장서비스 지역사무소가 본인이 제공한 정보를 확인하기 위해 조사를 실시하거나, SNAP 수당 요청과 관련하여 조사를 실시하는 것에 동의합니다. 추가 정보가 요구될 경우 본인은 이를 제공할 것입니다. 본인은 또한 SNAP 질 관리 평가를 할 때 뉴욕주 및 연방 담당자에게 협조할 것입니다.

본인은 이 신청서/증명서에 서명함으로써, 가정용 에너지 지원 프로그램(Home Energy Assistance Program, HEAP) 수당에 대한 이번 요청 및 그 밖의 요청과 관련하여, 본인이 제공한 정보를 검증 또는 확인하기 위한 조사 및 권한 있는 정부 기관에 의한 기타 조사에 동의합니다. 본인은 또한 이 신청서에 제공된 정보를 난방 지원 프로그램 및 유틸리티 회사의 저소득층 프로그램에 추천할 때 사용하는 것에 동의합니다. 본인은 뉴욕주가 본인의 사회보장번호(Social Security Number)를 사용하여 본인의 가정용 에너지 공급업체에게 가정용 에너지 지원 프로그램(HEAP) 수당 수령 여부를 확인한다는 것을 이해합니다. 이러한 허가에는 본인의 가정용 에너지 공급업체(유틸리티 제공사 포함)가 소정의 통계 정보를 공개하는 것에 대한 허가도 포함되며, 여기에는 저소득 가정용 에너지 지원 프로그램(Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) 성과 측정을 목적으로, 임시 및 장애 지원국(Office of Temporary and Disability Assistance), 사회보장서비스 지역사무소(Social Services District) 및 연방 보건복지부(United States Department of Health and Human Services)에 본인의 전력 사용, 전기료, 연료 소비, 연료 유형, 연간 연료비 및 결제 이력을 제공하는 것이 포함되지만 이에 한정되지는 않습니다.

**비공개 실업 보험(Unemployment Insurance, UI) 정보의 공개에 대한 동의** - 본인은 뉴욕주 노동부(Department of Labor, DOL)가 UI 용도로 보관하는 비공개 정보를 뉴욕주 임시장애지원국(New York State Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA)에 공개하는 것을 허락합니다. 해당 정보에는 실업보험(UI) 보험료 청구 및 임금 기록이 포함됩니다. 본인은 임시 및 장애 지원국 (OTDA)이 사회보장서비스 지역사무소 (local social services district offices)에 근무하는 주 및 지역 기관 직원들과 함께 UI 정보를 이용하여 이 신청서로 신청된 영양보충지원 프로그램 (SNAP)에 대한 적격성 및 금액을 판단 또는 확인하고 본인이 자격이 없는 급여를 받았는지를 판단하기 위한 조사를 할 것임을 이해합니다.

**뉴욕주 주택청 주민 정보 공유 동의** - 뉴욕시에서 지원을 신청하는 경우, 본 동의에 따라 뉴욕시 주택청(New York City Housing Authority, NYCHA)은 귀하의 정보를 뉴욕시 보건복지청(New York City Human Resources Administration)/사회보장서비스부(Department of Social Services) (HRA)와 공유하여 귀하 및 귀하의 가구가 보충 영양 지원 프로그램(Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) 및/또는 임대료 지원을 포함하는 HRA 현금 지원 등을 신청할 수 있도록 돕습니다.

귀하가 본 신청서 아래에 서명할 경우, NYCHA는 SNAP 및/또는 현금 지원 수당 수준에 대한 자격 조건 확인을 위해 귀하의 이름, 주소, 생년월일, 유틸리티 요금 납부 정보(월 임대료, 임대료 지불 내역, 임대 잔액, 신청비 등)를 귀하의 정보를 HRA와 공유할 수 있습니다. 아래 신청서에 서명함으로써 귀하는 본 신청서에 포함된 미성년 자녀를 대신해 기관에 동의를 표시할 수 있고, 이에 따라 NYCHA는 자녀의 이름, 주소, 생년월일 등을 HRA와 공유할 수 있는 권한을 가집니다.

HRA는 NYCHA가 공유하는 모든 정보를 기밀로 처리하며, HRA의 SNAP 및 현금 지원 프로그램을 감독하는 지방, 주, 연방 기관에 한하여 정보를 공유할 수 있습니다.

**교육 기록 공개** - 본인은 뉴욕주 보건부 및 사회보장서비스 지역사무소가 다음 목적으로 본인 및/또한 미성년자 자녀의 교육 기록에 접근할 수 있도록 동의합니다. 1) SNAP 자격 확인 2) 자격 확인 과정에서 제공된 상충하는 정보를 확인하기 위해 검토 및 조사 시행 3) 감사를 위한 목적으로 적절한 연방정부기관이 이러한 정보를 열람.

**서비스 제공자에 대한 정보 공개** - 본인은 뉴욕주 또는 지역 계약업체가 제공하는 프로그램 관리와 관련되는 서비스 및 수당 지급에 대한 본인의 자격 구비 여부를 검증할 목적으로, 사회보장서비스 지역사무소와 뉴욕주가 본인 또는 본인이 적법하게 그에 대한 권한을 부여할 수 있는 본인의 가구 구성원이 수령한 공적 지원 또는 영양보충지원 프로그램 수당에 관한 정보를 공유하는 것을 허락합니다. 이러한 서비스에는 본인 또는 본인의 가구 구성원이 고용 관계를 얻거나 유지하도록 돕기 위해서 제공되는 일자리 배정 또는 훈련 서비스가 포함될 수 있지만, 이에 한정되지는 않습니다.

**표준 유틸리티 보조비(Standard Utility Allowance, SUA) 정보** - 본인은 SNAP 수령자는 당연히 주택 에너지 지원 프로그램(HEAP)에 가입할 수 있는 소득 수준임을 이해합니다. 본인이 이번 달 또는 이전 12개월 동안 20달러 이상의 가정용 에너지 지원 프로그램(HEAP) 수당 또는 기타 이와 유사한 에너지 지원 프로그램 수당을 수령하지 않았다면 본인은 표준 유틸리티 보조금(Standard Utility Allowance) 수령을 위해 난방비, 에어컨 사용비 또는 유틸리티 비용을 따로 지급해야 합니다.

**변경사항** - 본인은 본인의 필요사항, 소득, 부동산, 동거 형태, 노동 시간이 한 달에 80 시간 미만으로 내려갈 경우를 포함한 피부양자가 없는 신체 건강한 성인 (Able-Bodied Adults without Dependents, ABAWD) 상태, 임신 상태 또는 주소를 본인의 신고 의무에 따라 본인이 알고 있고 믿고 있는 한도 내에서 최대한 신속하게 기관에 알릴 것에 동의합니다.

**가구 경비 신고/증명 요건** - 본인은 본인 가구가 이러한 경비에 대한 SNAP 공제를 받기 위해서는 아동 양육 및 유틸리티 경비를 신고해야 함을 이해합니다. 또한 이러한 비용에 대해 영양보충지원 프로그램(SNAP) 공제를 받으려면 비가구 구성원에게 지불하는 임대료/모기지 상환액, 재산세, 보험, 의료비 및 자녀 양육비를 반드시 신고 및 증명해야 함을 이해합니다. 위의 비용들을 신고/증명하지 않는 경우, 본인의 가구는 신고하지 않거나 증명되지 않은 비용에 대한 공제를 받을 의사가 없다는 것으로 간주됨을 이해합니다. 이러한 비용에 대한 공제로 본인이 영양보충지원 프로그램(SNAP) 자격을 갖게 되거나 영양보충지원 프로그램(SNAP) 수당이 증가할 수 있습니다. 본인은 향후 언제든지 이러한 비용을 신고/증명할 수 있음을 이해합니다. 이러한 공제는 변동 사항 신고에 대한 규정에 따라 향후의 영양보충지원 프로그램(SNAP) 산정에 적용될 것입니다.

영양보충지원 프로그램(SNAP) 신청 과정에서 본인은 사회보장서비스 지역사무소가 본인의 해당 프로그램 신청에 대해 조사하기 위해 소득 및 자격 검증 시스템(Eligibility Verification System)을 통해서 제공되는 정보를 요청하고 사용하고, 내용과 일치하지 않는 것이 발견될 경우 부차적인 연락망을 통해 본 정보를 검증할 수 있다는 것을 이해합니다. 또한 이러한 정보가 본인이 수령하는 영양보충지원 프로그램(SNAP)의 자격 여부 및/또는 영양보충지원 프로그램(SNAP) 수당의 수준에 영향을 줄 수 있다는 점도 알고 있습니다.

**개인정보 보호법 (Privacy act) 진술 - 사회보장번호(Social Security Number, SSN)의 수집 및 사용** - 2008년 식품영양법 (Food and Nutrition Act of 2008)에 따라 영양보충지원 프로그램 (SNAP)과 관련하여 각 가구 구성원에 대한 사회보장번호 (SSN)의 수집이 승인됩니다. 우리가 수집하는 이 정보는 귀하의 가구가 지원 또는 혜택을 계속 받을 자격이 되는지 여부를 결정하는데 사용될 것입니다. 본 정보는 컴퓨터 대조 프로그램을 통해 확인될 것입니다. 또한 본 정보는 프로그램 규정에 대한 준수 여부를 감시하고 프로그램을 관리하는 데 사용될 것입니다. 이 정보는 공식적인 조사를 위해 주 정부 및 연방 기관에 공개되고 법을 피해 도주한 범법자들을 체포하기 위한 목적으로 사법 당국에 공개될 수 있습니다. 이 정보는 신원을 확인하고, 근로소득과 불로소득을 확인하기 위해 사용될 것입니다.

귀 가구를 상대로 SNAP 청구 문제가 제기될 경우 모든 SSN 를 포함해 본 신청서에 기입된 정보는 연방기관 및 주정부기관에 회부될 수 있으며, 청구금 징수 조치 시 민간 청구금 회수 기관에 회부될 수 있습니다. SNAP 를 신청하는 사람은 SSN 를 제출해야 합니다. SNAP 수령 부적격자의 SSN 도 위와 같은 방식으로 사용 및 공개됩니다. 귀하 또는 신청/재인증을 하는 사람이 SSN 가 없다면 사회보장부(SSA.gov)에 SSN 를 신청해야 합니다.

뉴욕주는 이런 식으로 본 기관에 제공한 정보를 사용하는 것 외에 본 정보를 이용하여 HEAP 을 통해 수당을 받는 모든 사람들에 대한 통계를 내기도 합니다. 이 정보는 각 지역이 업무 수행을 제대로 하도록 하려는 뉴욕주의 업무품질 관리 목적으로 사용됩니다. 귀하의 에너지 공급업체를 확인하고 이들에게 소정의 지급을 하기 위해 사용되기도 합니다.

**시민권/이민 지위** - 본인은 위증시 처벌되는 조건으로 본인 및 본인과 함께 거주하는 사람들의 시민권 및 이민 상태에 대해 제공한 정보가 진실되고 올바름을 서약 및/또는 확인합니다. 본인은 SNAP 을 신청하는 사람의 비자 상태를 확인하기 위해 본인이 제공하는 정보의 진실성이 미국 이민국에서 확인될 수 있음을 이해합니다.

**SNAP 의 경우, 의심스러운 경우에만 시민권을 증빙해야 합니다.**

**반드시 신청서에 서명해야 합니다.**