



## 다음 뉴욕주 재인증서 작성 요령:

- 공적 부조
- 보충 영양 지원 프로그램
- **MEDICAID** 및 보충 영양 지원 프로그램
- **MEDICAID** 및 공적 부조

귀하가 맹인 또는 심한 시각 장애인이어서 다른 형식의 신청서가 필요한 경우에는 귀하의 사회복지지구(SSD)에 해당 양식을 요청할 수 있습니다. 사용 가능한 다른 형식은 다음과 같습니다:

- 큰 글자;
- 데이터 형식(화면 판독기로 액세스 가능한 전자 파일);
- 오디오 형식(지침 또는 신청서 질문에 대한 오디오 녹음); 및
- 점자, 귀하가 기타 형식 중 어느 것도 본인에게 동일한 효과가 없다고 주장하는 경우.

신청서/재인증서 및 지침은 [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov) 또는 [www.health.ny.gov](http://www.health.ny.gov) 에서도 큰 글자, 데이터 형식 및 오디오 형식으로 다운로드할 수 있습니다. 신청서/재인증서는 오로지 정보를 제공하는 용도로 오디오 형식 및 점자로 사용할 수 있습니다. 재인증하려면 서면이 아닌 다른 형식의 신청서를 제출해야 합니다.

이 재인증서를 작성 및/또는 면담을 기다리는 데 문제가 되는 장애가 있다면 SSD에 이 사실을 알리십시오. SSD는 귀하의 니즈를 해결하기 위해 합리적인 편의를 제공하기 위해 모든 노력을 할 것입니다.

다른 편의 서비스가 요구되거나 본 신청서를 작성하는 데 다른 도움이 필요한 경우, 해당 SSD에 문의하시기 바랍니다. 우리는 귀하를 전문가적으로 존중하는 방식으로 지원하기 위해 노력합니다.

## 재인증서 작성 요령

재인증서의 “공적 부조” 또는 “PA”는 “가족 지원” 및/또는 “안전망 지원”을 의미합니다. 우리는 두 프로그램을 “공적 부조”라고 부릅니다. PA 및 기타 귀하가 이 신청서를 사용하여 신청할 수 있는 프로그램들은 곤궁한 분들에게 임시 도움을 제공하기 위한 것입니다. 특정 프로그램은 귀하가 도움을 받을 수 있는 기간을 제한하므로 가능한 한 속히 자립을 달성하는 것이 중요합니다. SSD는 귀하가 자립을 달성하도록 도울 것입니다. 그렇게 하기 위해 우리는 귀하가 누구이고 무엇을 필요로 하는지 알아야 합니다. 이것이 귀하가 재인증서를 작성해야 하는 이유입니다.

재인증 절차의 일환으로 SSD는 귀하가 본인과 기타 귀하가 대신 신청하고 있는 사람들에 대한 정보를 제공하고 입증하도록 요구할 것입니다. 본 지침서 끝에 있는 서류 요건 목록은 귀하가 제공할 필요가 있는 정보의 종류와 이 정보를 입증할 수 있는 문서의 종류를 제시합니다. 예를 들면, 귀하가 누구인지 입증하기 위해 귀하는 사진 신분증, 운전 면허증, 미국 여권, 귀하 증명서, 병원 또는 의사의 기록, 또는 입양 서류를 제공할 수 있습니다. 그뿐만 아니라 SSD는 신청 절차의 일환으로 귀하를 면담할 것입니다. 가능한 경우, SSD는 여러 프로그램을 위한 면담을 통합할 것입니다.

재인증서와 이러한 지침서는 귀하를 돕기 위해 섹션별로 번호가 매겨져 있습니다. 재인증서 작성시 다음 사항을 염두에 두십시오:

- 명료하게 정자체로 기입하십시오.
- 음영 부분에 기입하지 마십시오.
- 귀하가 대신 재인증하는 사람에게 해당되는 각 섹션을 반드시 작성하십시오.
- 달리 지시되지 않은 한 항상 법적 성명을 사용하십시오.
- 타인의 대리인으로서 재인증하는 경우, 귀하가 아닌 그 타인에 대한 정보를 기입하십시오. 재인증서의 끝에 귀하와 귀하가 대리하는 사람이 같이 서명하십시오.
- 이 재인증서의 어느 부분이든 어떻게 작성할지를 잘 모르는 경우에는 SSD에 도움을 요청하십시오.

LDSS-3174: "뉴욕주 특정 급여 및 서비스 재인증서" 이외에 SSD 또는 [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov)에서 입수할 수 있는 다음 안내 책자도 참조하십시오:

- **LDSS-4148A: KO "책자 1: "본인의 권리와 책임에 대해 알아야 할 사항(What You Should Know About Your Rights and Responsibilities)"**
- **LDSS-4148B: KO "책자 2: "사회복지프로그램에 대해 알아야 할 사항(What You Should Know About Social Services Programs)"**
- 책자 1, LDSS-4148A 및 책자 2, LDSS-4148B의 보충: “Medicaid 프로그램의 주요 변경 사항(Important Changes in the Medicaid Program)”
- **LDSS-4148C: KO "책자 3: "비상 사태 시 알아야 할 사항(What You Should Know if You Have an Emergency)"**

## 재인증서의 1 페이지

귀하가 맹인 또는 심한 시각 장애인인 경우, 신청/등록하는 프로그램 관련 통지서를 다른 형식으로 받을 수 있습니다. 가용 대체 형식은 큰 글자, 데이터 CD, 오디오 CD, 또는 점자, 기타 다른 형식 중 어느 것도 본인에게 동일한 효과가 없다고 주장하는 경우.

**귀하가 맹인 또는 심한 시각 장애인인 경우, 통지서를 다른 형식으로 받으시겠습니까?** 귀하가 맹인 또는 심한 시각 장애인인 경우, 신청/등록하는 프로그램 관련 통지서를 다른 형식으로 받기 원하는지의 여부를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하십시오.

**예인 경우, 원하는 형식의 타입에 체크하십시오:** 귀하가 맹인 또는 심한 시각 장애인으로서 신청/등록하는 프로그램 관련 통지서를 다른 형식으로 받기 원하는 경우, 선호하는 (✓) 타입에 체크하십시오: 큰 글자, 데이터 CD, 오디오 CD, 또는 점자. 점자는 기타 다른 형식 중 어느 것도 본인에게 동일한 효과가 없다고 주장하는 경우의 대체 형식입니다.

다른 편의 서비스가 요구되거나 본 재인증서를 작성하는 데 다른 도움이 필요한 경우, 해당 SSD에 문의하시기 바랍니다.

## 재인증서의 2 페이지

### 섹션 1: 귀하 또는 가구원이 재인증하는 각 프로그램에 체크하십시오

귀하 또는 가구원이 재인증하기 원하는 각 프로그램의 (✓) 박스에 체크하십시오.

Medicaid는 Medicaid, 근로 장애인 Medicaid Buy-In, 및 가족계획 수당 프로그램을 포함합니다. 재인증서의 “MA”는 이전에 “의료 지원”으로 불렸던 “Medicaid”를 의미합니다. 동시에 공적 부조(PA) 또는 보충 영양 지원 프로그램(SNAP)도 재인증하는 경우에만 이 재인증서를 사용하여 MA를 재인증할 수 있습니다. Medicaid와 SNAP을 재인증하기 원하는 경우, (✓) “Medicaid (MA) 및 SNAP” 박스에 체크하십시오. Medicaid와 PA를 재인증하기 원하는 경우, (✓) “Medicaid (MA) 및 PA” 박스에 체크하십시오.

MA만 재인증하기 원하는 경우에는 추가 정보 또는 재인증을 위해 <https://nystateofhealth.ny.gov>에서 온라인으로 하거나 또는 1-855-355-5777로 전화할 수 있습니다. 또한 MA 전용 신청서 양식 DOH-4220을 사용할 수 있습니다. 사회복지사가 양식을 드릴 수 있습니다. MA 헬프 라인은 1-800-541-2831입니다. Medicare 저축 프로그램(MSP)만 재인증하기 원하는 경우에는 양식 DOH-4328로 신청해야 하며, 사회복지사가 양식을 드릴 수 있습니다. 인적 케어 서비스를 즉각 필요로 하는 경우에는 DOH- 4220 MA 신청서를 사용하여 별도로 MA를 신청해야 합니다.

### 섹션 2

**귀하가 주로 사용하는 언어는?:** 귀하가 가장 종종 사용하는 언어를 나타내기 위해 (✓) “영어,” “스페인어,” 또는 “기타” 박스에 체크하십시오. (✓) “기타” 박스에 체크하는 경우, 선호 언어를 정자로 기입하십시오.

**통지를 받고자 하는 언어:** 귀하는 재인증하는 프로그램 관련 통지를 받을 것입니다. 통지를 받고자 하는 언어를 나타내기 위해 (✓) “영어만” 또는 “영어와 스페인어” 박스에 체크하십시오.

### 섹션 3: 신청자 정보

**성명:** 귀하의 이름, 중간이름(M.I.), 성을 포함하는 이름을 인쇄체로 기입하십시오.

**혼인 여부:** 현재 미혼, 기혼, 사별, 법적 별거 또는 이혼인지를 인쇄체로 기입하십시오. 혼인한 적이 있는 경우, 적절한 상태를 기입하고 “미혼”으로 기입하지 마십시오.

**전화번호:** 가장 쉽게 연락할 수 있는 전화번호를 기입하십시오. 지역 번호를 포함하십시오.

**거주지 주소: 번지:** 거주하는 집 또는 건물 번지, 도로명 등을 인쇄체로 기입하십시오.

**아파트 호수:** 해당되는 경우, 아파트 호수를 기입하십시오.

**시:** 거주하고 있는 시의 명칭을 인쇄체로 기입하십시오.

**카운티:** 거주하고 있는 카운티의 명칭을 인쇄체로 기입하십시오.

**주:** 거주하고 있는 주의 명칭을 인쇄체로 기입하십시오.

**우편번호:** 주소의 우편번호를 기입하십시오.

**전교 명:** 타인이 귀하를 대신하여 우편물을 받는 경우, 그 사람의 이름을 인쇄체로 기입하십시오.

**우편 주소:** 거주지 이외의 장소에서 우편물을 받는 경우, 번지(및 해당되는 경우, 아파트 호수) 또는 사서함 번호, 시, 카운티, 주 및 그 장소의 우편번호를 기입하십시오.

**현재 주소지에서 거주한 기간?:** 현재 주소지에서 거주한 년수 및/또는 개월수를 기입하십시오.

**이것은 쉼터입니까?:** 거주하고 있는 곳이 쉼터인지를 나타내기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하십시오.

**본인에게 연락할 수 있는 다른 전화번호:** 귀하에게 연락할 수 있는 다른 전화번호가 있으면 기입하고, 해당되는 경우, 번호 소유주의 성명을 정자체로 기입하십시오. 지역 번호를 포함하십시오.

**현재 주소 약도:** 귀하의 집을 찾는 방법에 대한 약도를 기입하십시오. 흔히 알려진 랜드마크를 이용하십시오.

**이전 주소:** 현재 주소지로 옮겨오기 전 거주하였던 주소를 인쇄체로 기입하십시오.

**현재 무주택자인 경우, 여기에 체크하십시오:** 거주할 곳이 없거나/주소가 없는 경우 (✓) 이 박스에 체크하십시오.

**신청인을 돕고 있는 기관 / 담당자:** 타인이 귀하의 신청을 돕고 있는 경우 그 사람의 이름, 기관(있는 경우), 및 담당자 전화번호를 기입하십시오.

**이 신청서의 MEDICAID 부분과 MEDICAID 보장 수령 가능성을 비밀로 유지할 필요가 있습니까?:** Medicaid 보장 신청 및/또는 수령 관련 통신문을 비밀로 유지할 필요성 여부를 신청서에 표시 및/또는 사회복지사에게 알리기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하십시오.

**귀하의 신청 또는 마지막 재인증 이후 바뀐 사항을 열거하십시오:** 귀하의 신청 또는 마지막 재인증 이후 발생한 주소 변경, 새 아기, 소득 변화, 실직 등과 같은 바뀐 사항을 열거하십시오.

#### **섹션 4: SNAP을 재신청하는 경우**

신청서의 섹션 4를 읽고 귀하 또는 귀하가 대신 신청하는 사람에게 해당되는 경우 설명문 아래에 서명하고 날짜를 기입하십시오. 이 섹션에 대한 질문이 있는 경우, SSD에 문의하시기 바랍니다.

#### **섹션 5: 이러한 것 중 어느 것이 귀하에게 해당됩니까?**

귀하 또는 귀하가 대신 재인증하는 사람에게 해당되는 (✓) 각 상황에 체크하십시오.

## 재인증서의 3 페이지

### 섹션 6: 가구 정보

**성명:** 함께 거주하는 사람이 있는 경우, 같이 신청하지 않더라도 모든 사람의 이름, 중간이름(M.I.), 성을 포함하는 이름을 인쇄체로 기입하십시오. 본인을 먼저 기재하십시오.

**이 사람은 다음을 재인증합니다:** 각 사람이 재인증하는 지원의 (✓) 타입에 체크하십시오: PA는 공적 부조, SNAP은 보충 영양 지원 프로그램, MA는 Medicaid, CC는 보육 지원, FC는 양호 위탁, S는 서비스(예: 아동 또는 성인 예방/보호 서비스), EMRG는 비상지원만.

**생년월일:** 재인증하는 각 사람의 생년월일을 기입하십시오.

**성별:** 재인증하는 각 사람의 성별을 남성은 "M", 여성은 "F"로 기입하십시오.

**본인과의 관계:** 각 사람에 대해 본인과의 관계를 기입하십시오(예: 배우자, 아들, 수양 자녀, 친구, 룸메이트, 하숙생 등).

**재인증 가구원의 사회보장번호:** 그 사람이 다음에 해당되지 않는 한 재인증하는 각 사람의 사회보장번호를 기입하십시오:

- Medicaid만 재인증하는 임신 여성;

**이수한 최고 학년:** 재인증하는 각 사람이 이수한 최고 학년(1~12학년)을 기입하십시오. 12학년 이상인 경우, 13을 기입하십시오.

**이 사람(미성년 자녀 포함)이 귀하와 함께 식품을 구입하거나 음식을 준비합니까?:** 그들이 신청하든 하지 않든 귀하와 함께 사는 모든 사람에 대해 이 질문에 (✓) "예" 또는 "아니오"에 체크하는 것이 중요합니다. 가끔 식품을 구입하거나 음식을 준비하는 사람이 별도로 더 많은 SNAP 급여를 받을 수 있습니다.

**귀하 또는 귀하 가구의 구성원이 다른 사람에게 알려진 결혼하기 전의 성 또는 다른 이름을 갖고 있으면 기재하십시오:** 이 섹션에 기재된 사람이 사용하는 결혼전 성, 이전 결혼으로 인한 성, 또는 다른 이름을 정자체로 기입하십시오. 이름, 중간이름(M.I.), 성을 포함하십시오.

### 섹션 7: 가구원 변경

작년에 귀하의 가구로 전입 또는 전출한 사람이 있는 경우 이 섹션을 작성하십시오.

## 재인증서의 4 페이지

### 섹션 8: 인종/민족

신청하는 각 사람에 대해 이 섹션을 작성하십시오. 그 사람이 히스패닉 및/또는 라티노인지를 표시하기 위해 "H" 컬럼에서 "예"인 경우 "Y"를 또는 "아니오"인 경우 "N"을 기입하십시오. 각 사람의 인종 배경을 표시하기 위해 각각의 인종 컬럼에서 "예"인 경우 "Y"를 또는 "아니오"인 경우 "N"을 기입하십시오:

- H = 히스패닉 또는 라티노
- I = 미국 원주민 또는 알래스카 원주민
- A = 아시아계
- B = 흑인 또는 아프리카계 미국인
- P = 하와이 원주민 또는 태평양 섬 주민
- W = 백인
- U = 모름

본 정보 제공은 자발적인 것입니다. 재인증자의 적격 여부나 수혜를 받는 수준에 아무런 영향을 미치지 않습니다. 이 정보를 요청하는 이유는 프로그램 급여가 인종, 피부색 또는 민족 기원과 상관 없이 분배되도록 하기 위해서입니다.

## 재인증서의 5 페이지

### 섹션 9: 시민권자/ 이민 지위를 충족하는 비시민권자

귀하 또는 가구원이 보충 영양 지원 프로그램(SNAP)을 신청하는 경우, 귀하는 모든 가구원을 비록 그들이 SNAP을 신청하지 않더라도 열거해야 합니다. 공적 부조(PA)를 신청하는 아동과 함께 사는 형제자매 및 부모도 열거해야 합니다. 재인증자를 위해 이 섹션을 작성하지 않으면 그 사람은 지원을 받을 수 없습니다.

**성명:** 재인증하는 또는 열거해야 하는 각 사람의 이름, 중간이름(M.I.), 성을 인쇄체로 기입하십시오.

**각 사람에 대해 “시민권자/출생자” 또는 “비시민권자”에 체크하십시오:** 각 사람의 성명 옆에, (✓) 그 사람이 미국 시민권자, 아메리카 원주민 또는 출생자임을 표시하려면 “시민권자/출생자” 박스에, 또는 그 사람이 미국 시민권자, 아메리카 원주민 또는 출생자가 아님을 표시하려면 “비시민권자” 박스에 체크하십시오.

**USCIS 번호(외국인 등록번호) 또는 비시민권자 번호:** 해당되는 경우, 각 사람의 미국 이민국(USCIS) 번호 또는 비시민권자 번호를 기입하십시오.

### 섹션 10: 인증서

이 섹션 하단의 진술문을 자세히 읽은 다음, 다음 프로그램을 신청하는 각 사람의 시민권 또는 이민 지위 충족 비시민권을 증언하는 인증서에 서명하고 일자를 기입하십시오. 신청하는 사람이 미국 시민권자, 아메리카 원주민 또는 출생자가 아닌 경우, 이민 지위 충족 비시민권자가 신청하는 (✓) 프로그램에 체크하십시오:

- 공적 부조 (PA);
- 보충영양지원 프로그램 (SNAP); 또는
- Medicaid(MA), 재인증자가 임신하지 않은 경우.

“만족스러운 비시민권자 지위”는 특정 프로그램 혜택의 무자격자로 만들지 않는 비시민권자 지위를 의미합니다. 프로그램마다 비시민권자 지위 요건이 다릅니다. LDSS-4148B, “책자 2: 사회복지 프로그램에 대해 알아야 할 사항(What You should Know About Social Services Programs)은 만족스러운 비시민권자 지위에 대한 상세 정보를 포함합니다. 더 자세한 정보를 위해 SSD에 문의할 수도 있습니다.

모든 신청 가구원을 대신하여 성인 가구원 또는 수권 대리인이 서명할 수 있습니다. 예를 들면, 시민권 또는 만족스러운 비시민권자 지위가 없는 부모가 시민권 또는 만족스러운 비시민권자 지위가 있는 자녀를 대신하여 서명할 수 있습니다. 재인증 가구원이 18세 미만인 경우(또는 18세 이상이지만 의학적 장애로 인해 자신의 성명으로 서명할 수 없는 경우), 18세 이상 가구원이 그를 대신하여 서명해야 합니다. 다른

가구원을 대신하여 서명할 때는 자신의 이름으로 서명하십시오. 예를 들면, Mary Doe가 유아 Johnny Doe를 대신하여 서명할 때는 “Mary Doe”라고 서명해야 합니다.

어떤 박스에 체크하고 인증서에 서명하는 것은 본인/타인이 재인증하는 각 프로그램에 대해 본인 및/또는 귀하가 대신하여 서명하는 타인이 미국 시민권자, 아메리카 원주민, 출생자 또는 이민 지위 충족 비시민권자임을, 위증시 처벌되는 조건으로, 귀하가 인증함을 의미합니다. 박스 중 하나에 체크하지 않거나 신청하는 비시민권자를 위한 미국 이민국(USCIS) 번호를 제공하지 않으면 그 사람은 지원을 받을 수 없습니다.

미국 시민권자, 아메리카 원주민 또는 출생자가 아니거나 이민 지위 충족 비시민권자가 아닌 본인 또는 타인을 위해 인증서에 서명해서는 안 됩니다. 만족스러운 이민 지위가 없는 비시민권자는 **PA, SNAP** 급여 또는 **Medicaid**의 자격이 없습니다(임신자 또는 응급 조건 치료를 위한 **Medicaid** 제외). 그러한 사람은 특정 서비스(예: 아동 또는 성인 예방/보호 서비스)를 받을 자격도 없을 수 있습니다.

우리는 귀하가 우리에게 제공하는 정보를 **USCIS**에 제출함으로써 **PA, SNAP** 급여, **Medicaid** 또는 기타 서비스를 신청하는 가구원의 비시민권자 지위를 확인할 수 있습니다. **USCIS**로부터 받는 정보는 귀하 가구의 자격과 급여 수준에 영향을 줄 수 있습니다.

## 재인증서의 6 페이지

### 섹션 11: 양육비집행과 이첩 관련 정보

Medicaid만 신청하는데 임신 또는 지난 60일 이내에 출산하였거나, 21세 미만 자녀를 위하여 신청하거나 또는 보육 지원만 신청하는 경우에는 이 섹션을 작성할 필요가 없습니다.

1. 21세 미만이고, 미혼 부모에게 태어났고, 그의 부권(즉, 법적 부권)이 확립되지 않은 사람(자신을 포함)을 위하여 신청하고 있는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하십시오.
2. 21세 미만이고, 해당자의 부모 중 적어도 1명이 이 집 이외에서 사는 사람(자신을 포함)을 위하여 신청하고 있는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하십시오.

이 두 질문 모두 (✓) “아니오”에 체크한 경우, 섹션 12로 건너뛰십시오. 섹션 11의 나머지를 작성할 필요가 없습니다. 이 두 질문의 하나 또는 모두에 (✓) “예”로 체크한 경우에는 섹션 11의 나머지를 작성해야 합니다.

3. 귀하가 21세 미만인지의 여부를 (✓) “예” 또는 “아니오”로 표시하십시오.

질문 3에 이어지는 진술문을 자세히 읽고 이해가 되지 않으면 SSD에 문의하십시오.

**21세 미만자의 성명:** 질문 1, 2 및/또는 3에 “예”로 체크한 각 사람의 이름, 중간 이름 및 성을 정자로 기입하십시오.

**비양육권 부모 또는 추정 부친의 이름, 주소, 생년월일 및 사회보장번호:** 알고 있는 경우, 질문 1, 2 및/또는 3에 “예”로 체크한 각 사람의 비양육권 부모 또는 추정 부친의 이름, 중간 이름 및 성, 주소, 생년월일 및 사회보장번호를 정자로 기입하십시오. “추정 부친”이란 아동의 아버지일 수는 있지만 아동이 태어나기 전에 아동의 어머니와 결혼하지 않았고 재판으로 또는 친부 인정으로 친부임이 성립되지 않은 사람을 말합니다.



## 재인증서의 7 페이지

### 섹션 12: 세금 신고/피부양자 지위

가구에 거주하는 각 사람의 다음 정보를 정자로 기입하십시오:

**이름, 중간이름, 성:** 가구에 거주하는 각 사람의 이름, 중간이름, 성을 인쇄체로 기입하십시오.

**세금 지위:** 가구에 거주하는 각 사람에게 해당되는 (✓) 세금 신고 지위에 체크하십시오.

귀하와 함께 거주하지 않고 귀하 또는 가구원에 의해 주장되는 세금 피부양자를 열거하십시오. 귀하가 세금을 신고하지 않는 경우 이러한 질문을 건너뛸 수 있습니다.

**세금 피부양자 성명:** 귀하와 함께 거주하지 않지만 귀하 또는 귀하와 함께 거주하는 사람이 세금 피부양자로 주장하는 사람의 이름, 중간이름, 성을 인쇄체로 기입하십시오.

**세금 신고자 성명:** 각 세금 피부양자에 대해, 세금 피부양자로 주장하는 가구원의 이름, 중간이름, 성을 인쇄체로 기입하십시오.

### 섹션 13: 부재/사별 배우자 정보

**재인증자 이름:** 현재/과거 기혼이지만 배우자가 함께 거주하지 않거나 사별한 신청자의 이름을 인쇄체로 기입하십시오.

**배우자 성명:** 배우자가 함께 거주하지 않거나 사별한 현재/과거 기혼자의 배우자 이름을 인쇄체로 기입하십시오.

**배우자의 생년월일 및 해당되는 경우 배우자의 사망일:** 현재/과거 기혼이지만 배우자가 함께 거주하지 않거나 사별한 신청자의 배우자의 생년월일 및 (해당되는 경우) 사망일을 인쇄체로 기입하십시오.

**배우자의 사회보장 번호:** 현재/과거 기혼이지만 배우자가 함께 거주하지 않거나 사별한 신청자의 배우자의 사회보장 번호를 인쇄체로 기입하십시오.

**배우자의 주소, 있는 경우:** 배우자가 함께 거주하지 않는 기혼 신청자의 배우자의 번지, 시, 카운티, 주 및 우편번호를 인쇄체로 기입하십시오. 모르는 경우에는 배우자의 마지막 알려진 주소를 기입하십시오.

### 섹션 14: 부재 자녀 정보

**재인증자 이름:** 함께 거주하지 않는 21세 미만 자녀가 있는 신청자의 성명을 인쇄체로 기입하십시오.

**부재 자녀의 이름 및 생년월일:** 재인증자와 함께 거주하지 않는 21세 미만 자녀의 이름과 생년월일을 인쇄체로 기입하십시오.

**자녀의 주소:** 신청자와 함께 거주하지 않는 21세 미만 자녀의 번지, 시, 카운티, 주 및 우편번호를 인쇄체로 기입하십시오.

**부권 확립?:** 신청자와 함께 거주하지 않는 21세 미만 자녀를 위한 부권(즉, 법적 부권)이 확립되었는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하십시오.

**귀하는 양육비를 지불합니까?:** 함께 거주하지 않는 21세 미만 자녀를 위한 양육비를 신청자가 지불하는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하십시오.

## 섹션 15: 십대 부모 정보

공적 부조만 신청하는 경우 이 섹션을 작성하십시오.

**가구에 18세 미만의 부모(“십대 부모“)가 있습니까?:** 재인증자가 18세 미만의 부모인지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하십시오.

**성명:** 18세 미만의 부모인 재인증자의 이름을 인쇄체로 기입하십시오.

**십대 부모의 자녀가 가구에 함께 살고 있습니까?:** 18세 미만 재인증자의 자녀가 귀하와 함께 살고 있는지를 (✓) “예” 또는 “아니오”로 표시하십시오.

**십대 부모의 자녀의 이름:** 18세 미만 재인증자의 자녀의 이름을 인쇄체로 기입하십시오.

## 재인증서의 8 및 9 페이지

### 섹션 16: 소득 정보

**귀하 또는 동거자가 돈을 받는지 및 누구를 표시하십시오:** 귀하 또는 동거자가 열거된 소득 종류의 돈을 받는지 표시하기 위해 1 ~ 27행에 대해 (✓) “예” 또는 “아니오”를 체크하고, 각각의 “예” 답변에 대해 돈을 받는 사람의 이름을 인쇄체로 기입하십시오.

**액수/가액 및 빈도:** 각각의 “예” 답변에 대해 이 종류의 소득을 받는 각자가 받는 액수 또는 가액 달러(\$) 및 빈도를 인쇄체로 기입하십시오. 예를 들면, 매주 실업보험 급여 \$100를 받으면 “주당 \$100” 또는 “\$100/wk”라고 기입하십시오.

**생계보조금(SSI) 급여 (주 및 연방 합계):** 귀하 또는 동거자가 생계보조금(SSI) 급여 이외에 뉴욕주 보충 프로그램 (SSP) 급여를 받는 경우 이러한 금액을 합산하여 2행의 SSI 급여 액수/가액 및 빈도 컬럼에 기입하십시오. 귀하 또는 동거자가 SSP 급여만 받는 경우에는 이 금액을 2행의 SSI 급여 액수/가액 및 빈도 컬럼에 기입하십시오.

**양호 위탁금 (받음):** 귀하 또는 동거자가 양호 위탁금을 받는 경우에는 이 금액을 17행의 양호 위탁금 액수/가액 및 빈도 컬럼에 기입하십시오. 귀하 또는 동거자가 양호 아동 또는 성인의 돌봄을 위한 양호 위탁금을 받는 데 귀하가 보충 영양 지원 프로그램(SNAP) 급여를 신청하는 경우, 두 가지 옵션이 있습니다: 귀하는 귀하의 SNAP 급여 가구에 양호 아동 또는 성인과 양호 위탁금을 포함하는 것을 선택하거나 또는 귀하의 SNAP 급여 가구에 양호 아동 또는 성인과 양호 위탁금을 포함하지 않는 것을 선택할 수 있습니다. 어느 옵션이 더 많은 SNAP 급여를 제공할지를 SSD에 문의하십시오.

**아동 양육비 (받음):** 귀하 또는 동거자가 아동 양육비를 받는 경우 18행의 “받음 출처” 뒤에 아동 양육비를 지불하는 사람의 이름을 기입하십시오.

**기타 소득:** 귀하 또는 동거자가 받는 기타 돈에 대해 누가 돈을 받는지, 얼마나 받는지 및 받는 빈도를 포함하여 기입하십시오.

**공제, 누구 및 액수/가액 및 빈도:** 귀하 또는 동거자가 현재 연도 소득세 신고서에 열거된 연방 세액 공제를 청구할지를 표시하기 위해 1~15행의 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하십시오. 각각의 “예” 답변에 대해 공제를 청구 사람의 이름, 소득세 신고서에 주장될 경비의 가액 및 빈도를 인쇄체로 기입하십시오.

**기타 조정:** 귀하 또는 동거자가 현재 연도 소득세 신고서에서 청구할 기타 연방 세액 공제에 대해 공제를 청구할 사람의 이름, 소득세 신고서에 주장될 경비의 가액 및 빈도를 포함하여 기술하십시오.

### 섹션 17: 계부모/만족스러운 이민 지위 비시민권자 스폰서 정보

**귀하와 함께 사는 아동의 계부모가 재산이 있거나 어떤 종류의 소득을 받는가? 및 누구:** 재인증자(귀하 포함)에게 귀하와 함께 살지 않고 재산이 있거나 어떤 종류의 소득을 받는 계부모가 있는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하십시오. (계부모가 귀하와 함께 살고 있는 경우에는 계부모의 재산/소득을 섹션 16, 소득 정보에 포함해야 합니다.) “예”일 경우, 계부모의 이름을 기입하십시오.

**귀하 가구의 누군가가 미국 입국을 위해 후원된 이민 지위 충족 비시민권자이면 누구입니까?:** 귀하 또는 가구원이 미국 입국을 위해 타인에 의해 후원된 이민 지위 충족 비시민권자인지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하십시오. “예”일 경우, 후원된 사람의 이름을 기입하십시오.

**후원자 이름, 주소 및 전화번호:** “예”일 경우, 귀하 또는 가구원의 미국 입국을 후원한 사람의 이름, 주소 및 전화번호를 기입하십시오.

## 재인증서의 10 및 11 페이지

### 섹션 18: 취업 정보

귀하와 동거자에 대해 이 섹션을 작성하십시오. 귀하가 취업한 경우에도 여전히 지원을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 이 섹션에서 “근로 연령”은 18세 이상 또는 학교에 다니지 않는 사람의 경우 16세 이상입니다.

**나는 현재:** 귀하가 일하고 있는지 그리고 일한다면 본인 또는 타인을 위해 일하는지를 표시하기 위해 (✓) “취업,” “자영업,” 또는 “실업”에 체크하십시오.

**총소득:** 해당되는 경우 주, 격주 또는 월(년 단위 아님) 기준으로 받는 세전 금액을 기입하십시오. 모든 임금, 급여, 잔업 수당, 커미션 및 팁 포함하십시오.

**월 근로 시간:** 해당되는 경우 월 근로 시간 수를 기입하십시오.

**지급:** 해당되는 경우, 받는 빈도를 표시하기 위해 (✓) “주급,” “격주급” 또는 “월급”에 체크하십시오.

**지급 요일:** 해당되는 경우 받는 요일을 기입하십시오.

**고용주 명칭, 주소 및 전화번호:** 해당되는 경우 고용주 명칭, 주소 및 전화번호를 기입하십시오. 자영업인 경우 “self” 및 귀하의 업소 주소 및 전화번호를 기입하십시오.

**동거자가 현재 취업 또는 자영업인지 및 누구:** 동거자가 일하고 있는 경우 (✓) “취업” 또는 “자영업”에 체크하고 그의 이름을 기입하십시오.

**총소득, 월 근로 시간, 급여, 지급 요일, 고용주 명칭, 주소 및 전화번호:** 근로 동거자에 대해 위의 지침에 따라 작성하십시오.

**고용주를 통해 의료보험을 이용하는가?:** 귀하가 취업한 경우 고용주를 통해 의료보험을 이용하는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하십시오.

**동거자가 고용주를 통해 의료보험을 이용하는가? 및 누구:** 동거자가 고용주를 통해 의료보험을 이용하는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하고, “예”인 경우 그의 이름을 기입하십시오.

**보험회사 명칭:** 귀하의 건강보험 회사 명칭 및/또는 해당되는 경우 동거자의 건강보험 회사 명칭을 기입하십시오.

**귀하 또는 동거자가 취업으로 인한 자녀 또는 피부양자 돌봄 경비가 있는가? 및 누구:** 귀하 또는 동거자가 취업의 결과로 자녀 또는 피부양자 돌봄(예컨대, 연로 부모를 위한) 경비가 있는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하고, 이러한 경비 해당자의 이름을 기입하십시오.

**귀하 또는 동거자가 기타 취업 관련 경비가 있는가? 및 누구:** 귀하 또는 동거자가 취업 관련 경비(예컨대, 교통비, 제복비)가 있는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하고, “예”인 경우 그의 이름을 기입하십시오.

**실업인 경우, 귀하 또는 동거자가 일한 마지막 때?, 누구, 언제 및 어디:** 귀하 또는 근로 연령 동거자가 실업인 경우, 본인/그의 이름, 마지막 취업된 일자 및 마지막 취업된 장소를 기입하십시오.

**왜 귀하(또는 그들)는 일하기를 중단하였는가?:** 귀하 또는 근로 연령 동거자가 실업인 이유를 기입하십시오.

**귀하 또는 동거자가 실업을 신고하였는가?, 누구, 언제 및 신고 상태:** 귀하 또는 근로 연령 동거자가 실업을 신고하였는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하십시오. “예”인 경우, 귀하/그의 이름, 실업 신고일 및 신고 상태를 기입하십시오.

**귀하 또는 동거자가 파업에 참가하고 있는가? 및 누구:** 귀하 또는 동거자가 파업(즉, 고용주의 결정 또는 관행에 항의하기 위해 일을 멈춤)에 참가하고 있는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하고, “예”인 경우 귀하/그의 이름을 기입하십시오.

**파업이 시작된 때:** 귀하 또는 동거자가 파업에 참가하고 있는 경우 귀하/그가 파업에 들어간 일자를 기입하십시오.

**귀하 또는 동거자가 이주 또는 계절 농장 근로자인가? 및 누구:** 귀하 또는 동거자가 재배 시즌 동안만 농장일을 위해 여러 농장을 전전하는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하고, “예”인 경우 귀하/그의 이름을 기입하십시오.

**귀하 또는 다른 성인 동거자가 근로 능력 또는 수행할 수 있는 작업의 타입을 제한하는 의학적 조건을 갖고 있는가? 및 누구:** 귀하 또는 다른 성인 동거자가 근로 능력 또는 수행할 수 있는 작업의 타입을 제한하는 의학적 조건을 갖고 있는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하고, “예”인 경우 귀하/그의 이름을 기입하십시오.

**제한 설명:** 귀하 또는 근로 연령 동거자가 풀타임 일 또는 특정 종류의 일을 못하게 하는 조건을 갖고 있는 경우, 귀하/그가 제한되는 방식을 설명하십시오.

**귀하는 오늘 일자리를 받아들일 수 있겠습니까? 없다면 왜?:** 오늘 일자리가 제공된다면 귀하가 받아들일 수 있는지 여부를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하고, “아니오”인 경우 이유를 설명하십시오.

**무슨 타입의 일을 하기 원합니까?:** 무슨 타입의 일을 즐기시겠습니까?

**섹션 19: 교육/훈련**

**귀하의 최고 학력은?:** 귀하가 이수한 학력에 (✓) 체크하십시오.

**그렇다면, 이수한 마지막 학년?:** 귀하가 고졸 미만인 경우, 마지막 이수 학년을 기입하십시오.

**가구원 중에서 고졸, 고졸 학력 인증서(GED) 또는 고졸 검정 고시(TASC™), 또는 그 이상 학력자가 있는가?, 누구, 학위, 및 이수일?:** 가구원 중에서 고졸, 고졸 학력 인증서(GED) 또는 고졸 검정 고시(TASC™), 또는 그 이상 학력자가 있는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하십시오. “예”인 경우, 그 사람의 이름, 받은 학위 및 받은 날짜를 기입하십시오.

지원을 재인증하거나 받고 있는 귀하와 동거자에 대해 다음 질문에 답하십시오.

**지난 12개월 동안에 어떤 훈련 프로그램에 참가하고 있거나 한 적이 있는가, 누구, 장소, 프로그램, 출석 일자 및 이수일?:** 지원을 재인증하거나 받고 있는 귀하 또는 동거자가 지난 12개월 동안에 어떤 직업 훈련 프로그램에 참가한 적이 있는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하고, “예”인 경우, 그 사람의 이름, 참석한 훈련 프로그램의 장소, 프로그램 명칭 또는 프로그램의 종류 및 프로그램에 출석하고 완료한 날짜를 기입하십시오.

**16세 이상이고 학교 또는 대학에 재학 중인가, 누구 및 어디?:** 지원을 재인증하거나 받고 있는 귀하 또는 동거자가 16세 이상이고 학교 또는 대학에 재학 중임을 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하고, “예”인 경우, 그 사람의 이름과 학교 또는 대학을 기입하십시오.

**훈련 수당을 받고 있는가, 누구 및 액수?** 지원을 재인증하거나 받고 있는 귀하 또는 동거자가 훈련 수당을 받고 있는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하십시오. “예”일 경우, 그 사람의 이름과 받는 금액을 기입하십시오.

**교육 보조금 또는 대출을 받고 있는가, 누구 및 액수?** 지원을 재인증하거나 받고 있는 귀하 또는 동거자가 교육 보조금 또는 대출을 받고 있는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하십시오. “예”일 경우, 그 사람의 이름과 받는 금액을 기입하십시오.

**16세 미만이고 학교에 재학 중인가, 누구 및 학교?:** 지원을 재인증하거나 받고 있는 귀하 또는 동거자가 16세 미만인지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하고, “예”인 경우, 그 사람의 이름과 학교를 기입하십시오.

## 섹션 20: 재산 정보

보충 영양 지원 프로그램 급여만 신청하는 경우에는 귀하가 생명보험을 갖고 있는지의 여부를 표시할 필요가 없습니다.

**귀하 또는 신청하는 동거자의 다음 여부를 표시하십시오:** 1 ~ 23행에 대해 귀하 또는 지원을 신청하는 동거자에게 열거된 재산이 있는지의 여부를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하십시오.

**누구:** 각각의 “예” 대답에 대해 재산 소유자의 이름을 기입하십시오.

**예인 경우, 액수/가액:** 각각의 “예” 대답에 대해 재산의 달러(\$) 액수 또는 가액을 기입하십시오. 공동 보유 재산(즉, 2명 이상의 사람이 소유한 재산, 예컨대 공동 은행 계좌)이 있으면 반드시 기재하십시오. 공적 부조 또는 Medicaid를 신청하는 사람은 법적으로 책임있는 친척의 재산을 포함해야 합니다. 이들은 법률에 의해 귀하 또는 신청자를 재정적으로 부양할 것이 요구되는 사람, 예컨대, 배우자, 또는 귀하가 21세 미만인 경우, 귀하 또는 신청자와 동거하는 부모 또는 계부모입니다.

**자동차 또는 기타 차량에 대한 소유권 또는 등록을 가지고 있는가, 연식, 메이커/모델 및 기타:** 귀하의 이름 또는 동거하는 신청자의 이름이 자동차 또는 기타 차량의 소유권 증서에 기재되어 있는 경우, 6행에 각 차량의 연식, 메이커 및 모델을 기입하십시오. 6행의 “기타”에는 캠퍼, 스노모빌 및 보트 같은 재산을 기재하십시오.

**위에 기재된 것 이외의 재산이 있는가:** 귀하가 몫돈을 받거나 기대하고 있는 경우 즉각 SSD에 알리는 것이 매우 중요합니다. 몫돈은 보험지급, 상속, 또는 소송 또는 당첨 복권의 지급금 같은 일회성 금액입니다. 몫돈에 대한 상세 정보는 LDSS-4148A, "책자 1: 귀하의 권리 및 책임에 대해 알아야 할 사항(What You Should Know About Your Rights and Responsibilities)"을 참조하십시오.

**누군가가... 과거에 신탁을 개설한 적이 있거나 지난 60개월 이내에 자산을 신탁계좌로 이체한 적이 있는가?:** 귀하가 요양원 서비스를 받는 달의 첫 날 전 36개월(신탁에 양도하는 경우 60개월) 이내에 귀하 또는 배우자가 자산을 양도 또는 회사하고 귀하가 Medicaid 신청서를 제출한 경우, 귀하는 요양원 서비스 또는 Medicaid 프로그램에 의거한 재택 및 커뮤니티 기반 서비스를 받을 자격이 없을 수 있습니다.

귀하 또는 신청자 또는 귀하 또는 신청자의 배우자(배우자가 신청하지 않거나 또는 가구에서 살고 있지 않은 경우에도)가 신탁을 개설한 적이 있거나 지난 5년 이내에 자산을 신탁계좌로 이체한 적이 있는 경우, 신탁이 개설 또는 돈이 들어간 때를 23행에 기입하십시오.

## 재인증서의 14~16 페이지

### 섹션 21: 의료 정보

**귀하 또는 재인증하는 동거자의 여부를 표시하고 예인 경우, 누구?:** 열거된 상황이 귀하 또는 지원을 재인증하는 동거자에게 적용되는지의 여부를 (✓) “예” 또는 “아니오”로 표시하고, “예”인 경우 상황이 적용되는 사람의 이름을 기입하십시오. 귀하가 갖고 있는 또는 신청자가 이용할 수 있는 모든 건강 및 병원/사고 보험을 반드시 열거하십시오.

**이 신청월 전 3개월 이내에 의료비를 납부 또는 미납한 적이 있는가:** Medicaid는 귀하가 도움을 신청하는 달의 이전 3개월 동안에 귀하가 받은 서비스에 대한 의료비를 지불할 수 있을 수 있습니다. 귀하가 의료비를 이미 납부한 경우에도 그 당시에 귀하가 Medicaid의 자격이 있었을 것이라고 판단되면 우리는 귀하에게 그 의료비를 지불할 수 있을 수 있습니다. 의사 또는 기타 서비스 제공자가 Medicaid를 수락하지 않는 경우에도 우리는 귀하에게 그 의료비를 지불할 수 있을 수 있지만, Medicaid가 커버했을 서비스에 대한 청구에

대해서만 Medicaid가 지급했을 액수를 우리는 지급할 수 있습니다.

**임신했는가:** 귀하 또는 지원을 신청하는 동거자가 임신한 경우, 14행에 예정일과 기대 출생 수를 기입하십시오.

**건강 플랜 선택:** Medicaid를 재인증하는 사람에 대해 이 섹션을 작성하십시오. Medicaid에 등록된 대부분의 사람들은 제외 카테고리에 들지 않는 한 관리 케어 건강 플랜에 가입할 것이 요구됩니다. 이 섹션을 통해 의료보험을 선택하십시오. 가입할 수 있는 의료보험에 대해 알아보려면 사회복지사 또는 Managed Care Medicaid Choice 헬프라인 1-800-505-5678에 문의하십시오.

**귀하가 등록하고 있는 플랜의 명칭:** Medicaid 재인증자가 등록하기 원하는 건강 플랜의 명칭을 기입하십시오. 가입할 수 있는 의료보험에 대해 알아보려면 SSD에 문의하십시오.

**성 및 이름:** 각 Medicaid 신청자의 성 및 이름을 기입하십시오.

**생년월일:** 각 Medicaid 신청자의 생년월일을 2자리수 월, 2자리수 일 및 2자리수 년으로 기입하십시오.

**성별:** 각 Medicaid 재인증자의 성별을 “남성”은 “M” 또는 “여성”은 “F”로 기입하십시오.

**ID 번호(귀하에게 있는 경우, MEDICAID 카드 참조):** Medicaid 재인증자에게 Medicaid 카드가 있는 경우, Medicaid 카드 식별번호를 여기에 기입하십시오.

**사회보장번호:** 각 Medicaid 재인증자의 사회보장번호를 기입하십시오. 임신한 경우 옵션입니다.

**일차 의료 제공자 또는 보건 센터 (현재 제공자의 경우 박스에 체크):** Medicaid 재인증자가 사용하기 원하는 일차 의료 제공자(즉, 일반의 또는 가정의) 또는 보건 센터의 이름을 기입하십시오. 이것이 이 사람이 이미 사용하는 제공자 또는 센터인 경우, (✓) 박스에 체크하십시오. 의료를 받기 전에 제공자 또는 센터가 Medicaid를 수락하는지 확인해야 합니다.

**산부인과 명칭 및 ID 번호 (현재 제공자의 경우 박스에 체크):** Medicaid 재인증자가 산부인과(OB/GYN) 케어 및 서비스를 필요로 하는 경우, 신청자가 사용하기 원하는 산부인과의 명칭을 기입하십시오. 신청자가 이미 이 산부인과를 사용하는 경우, (✓) 박스에 체크하십시오. 의료를 받기 전에 제공자 또는 센터가 Medicaid를 수락하는지 확인해야 합니다.

의료를 받기 전에 귀하가 만나는 의사 또는 의료 제공자가 Medicaid를 수락하는지 확인해야 합니다.

## 섹션 22: 셸터 정보

**임대주의 이름, 주소 및 전화번호는?:** 임대주가 있는 경우, 임대주의 이름, 주소 및 전화번호를 기입하십시오.

**귀하 또는 동거자가 렌트, 모기지 또는 기타 셸터 경비를 갖고 있습니까?:** 귀하 또는 동거자가 렌트, 모기지 또는 기타 셸터(예: 자취 및 하숙) 경비를 지불하는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하고, “예”인 경우, 귀하/그가 지불하는 월 액수를 기입하십시오. 모기지 납부금이 있으면 재산세 및 주택소유주 보험료(화재 보험 포함)를 포함하십시오.

**귀하 또는 동거자가 렌트 또는 기타 셸터 경비와는 별도의 난방료를 갖고 있습니까?:** 귀하 또는 동거자가 렌트 또는 기타 셸터 경비와는 별도의 난방료를 지불하는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하고, “예”인 경우, 귀하/그가 지불하는 월 액수를 기입하십시오.

**귀하 또는 동거자가 렌트 또는 기타 셸터 경비와는 별도의 다음 경비를 갖고 있습니까?:** 1 ~ 8행의 경우, 귀하 또는 동거자가 렌트, 모기지 또는 기타 셸터 경비와는 별도로 열거된 경비를 지불하는지를 표시하기 위해(✓)

“예” 또는 “아니오”에 체크하고, “예”인 경우, 귀하/그가 지불하는 월 액수를 기입하십시오. 9 ~ 11행 질문의 경우, 귀하 또는 신청자가 이러한 조건에 거주하는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하십시오.

### 섹션 23: 기타 경비

귀하 또는 재인증 동거자가 해당되는지를 표시하고 예인 경우, 액수: 귀하 또는 재인증 동거자가 1~6행에 열거된 납부를 하는지 또는 열거되지 않은 경비를 갖고 있는지를 (✓) “예” 또는 “아니오”로 표시하십시오. 열거되지 않은 경비가 있으면 6행에 표시하십시오. 각각의 “예” 대답에 대해 요금 또는 경비의 액수 및 납부 빈도를 기입하십시오(예, 주당 \$100 또는 \$100/wk.)

귀하 또는 신청하고 있는 동거자가 21세 미만 자녀를 위한 양육비를 적어도 4개월치 밀려있습니까: 귀하 또는 신청하고 있는 동거자가 양육비를 적어도 4개월치 밀려있는지를 (✓) “예” 또는 “아니오”로 표시하십시오.

## 재인증서의 17 페이지

### 섹션 24: 기타 정보

귀하는 배달 또는 공동 배식 서비스에서 식사를 구입하고 있거나 구입할 계획입니까?: 귀하 또는 신청자가 가정 배달(예, Meals on Wheels) 또는 공동 배식(예, 거주 건물의 식당) 서비스에서 식사를 구입하고 있거나 구입할 계획인지를 (✓) “예” 또는 “아니오”로 표시하십시오.

귀하는 집에서 조리 또는 식사 준비를 할 수 있습니까?: 귀하가 집에서 조리할 수 있는 장소가 있는지의 여부를 (✓) “예” 또는 “아니오”로 표시하십시오.

10 ~ 12행 질문에서 “미국 군대”란 다음을 의미합니다:

- 미육군
- 미해군
- 미국 해안경비대
- 미해병대
- 미공군
- 2차세계대전시 미상선단

귀하 또는 가구원이 미국 군대에서 복무한 적이 있는가 및 누구?: 귀하 또는 가구원이 위에 열거된 미국 군대에서 복무한 적이 있는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하고, “예”인 경우 그의 이름을 기입하십시오.

귀하의 배우자가 과거에 미국 군인이었습니까? 귀하의 배우자가 과거에 위에 열거된 미국 군대에서 복무한 적이 있는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하십시오.

귀하의 가구원이 미국 군대에 있거나 있었던 사람의 피부양자인가 및 누구?: 귀하 또는 가구원이 위에 열거된 미국 군대에서 복무하거나 한 적이 있는 사람에게 재정적으로 의존하는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하고, “예”인 경우 피부양자의 이름을 기입하십시오.

귀하 또는 재인증 동거자가 해당되는지 표시하고 누구: 다음 9개 질문에 기술된 상황이 귀하 또는 동거자에게 해당되는지를 표시하기 위해 (✓) “예” 또는 “아니오”에 체크하고, “예”인 경우, 그 상황이 해당되는 사람의 이름을 기입하십시오. 이러한 질문이 이해되지 않으면 SSD에 설명을 요청하십시오. 뉴욕주 법률은 사실을 숨기거나 진실을 이야기하지 않고 공적 부조, Medicaid, SNAP 급여, 보육 지원 또는 서비스를 수령하는



죄를 저지른 것으로 드러난 사람에 대해 벌금 또는 징역, 또는 두 가지 처벌을 모두 적용하고 있습니다.

**재산 양도 여부:** 공적 부조 또는 SNAP 급여를 받기 위해 내 재산을 매각, 양도 또는 회사하였는지를 표시하기 위해 (✓) “본인은 하였습니다” 또는 “본인은 하지 않았습니다” 박스에 체크하십시오. 뉴욕주 법률은 사실을 숨기거나 진실을 이야기하지 않고 공적 부조, Medicaid, SNAP 급여, 보육 지원 또는 서비스를 수령하는 죄를 저지른 것으로 드러난 사람에 대해 벌금 또는 징역, 또는 두 가지 처벌을 모두 적용하고 있습니다.

## 신청서의 18~26 페이지

### 통지, 양도, 승인, 동의

이 섹션의 모든 정보를 숙독하거나 다른 사람으로 하여금 본인에게 읽어주도록 요청하십시오. 이 섹션에는 지원 수령 관련 귀하의 권리 및 책임뿐만 아니라, 귀하가 이 섹션에 의거한 책임을 이행하지 않는 경우 당할 수 있는 처벌(예: 벌금 및/또는 징역)에 대한 중요 정보가 들어있습니다. 재인증서에 서명하고 제출함으로써 귀하는 이 섹션의 진술문을 이해하고 동의함을 표시합니다.

**보충 영양지원 프로그램 수권 대리인:** 귀하가 본인을 대신하여 타인이 보충 영양 지원 프로그램(SNAP) 급여를 신청하기를 원하거나 및/또는 본인을 대신하여 비동거자가 SNAP 급여를 받거나 및/또는 본인을 대신하여 식품을 구입하기를 원하는 경우, 그 사람의 이름, 주소 및 전화번호를 박스에 기입하십시오. 이 사람이 귀하의 “수권 대리인”입니다. 수권 대리인은 신청서 끝의 서명란에 서명하고 일자를 기입해야 합니다. 귀하의 가구가 어떤 기관에서 살지 않는 경우, 귀하의 가구가 그렇게 하도록 달리 서면으로 수권 대리인을 지정하지 않은 한 책임 있는 성인 가구원도 신청서에 서명하고 일자를 기입해야 합니다.

**의료 정보 공개:** 귀하가 법률에 의해 허용된 본인 및/또는 신청 가구원에 대한 이 의료 정보의 공개에 동의하지 않는 경우, (✓) “HIV/AIDS 정보 공개 금지,” “정신 건강 정보 공개 금지,” 및/또는 “약물 및 알코올 정보 공개 금지”에 체크하십시오.

**서명란:** 이 섹션을 숙독하거나 다른 사람으로 하여금 본인에게 읽어주도록 요청하십시오. 뉴욕주 법률은 사실을 숨기거나 진실을 이야기하지 않고 공적 부조, Medicaid, 보충 영양 지원 프로그램 급여, 보육 지원 또는 서비스를 수령하는 죄를 저지른 것으로 드러난 사람에 대해 벌금 또는 징역, 또는 두 가지 처벌을 모두 적용하고 있습니다. 재인증서에 서명하고 제출함으로써 귀하는 본인이 이 섹션의 진술문을 이해하고 동의하며, 이 신청서에서 본인이 제공한 또는 향후에 SSD에 제공할 모든 정보가 귀하가 아는 한 완전하고 정확함을 표시합니다.

**신청자 서명 및 서명일:** 귀하가 재인증서에 보충 영양 지원 프로그램(SNAP) 수권 대리인을 지정하였고 귀하가 기관에 살고 있지 않는 한(그 경우에는 수권 대리인이 재인증서에 서명하고 일자를 기입할 수 있음) 신청서에 귀하의 이름으로 서명하고 서명된 재인증서에 일자를 기입하십시오. 귀하의 가구가 그렇게 하도록 이전에 서면으로 SNAP 수권 대리인을 지정하지 않은 한 귀하가 어떤 기관에서 살지 않는 경우, 귀하와 수권 대리인이 모두 재인증서에 서명하고 일자를 기입해야 합니다. 귀하가 타인을 대신하여 재인증서를 작성한 경우, 귀하가 대신하여 신청한 사람의 이름이 아닌 귀하의 이름으로 서명하고 서명 일자를 기입하십시오.

**배우자 또는 보호 대리인 서명 및 서명일:** 귀하가 기혼이고 공적 부조, Medicaid, 보육 지원, 또는 서비스를 신청하는 경우, 귀하의 배우자가 재인증서에 서명하고 일자를 기입해야 합니다. 귀하가 기혼이고 보충 영양 지원 프로그램 급여만 신청하는 경우, 한 명의 배우자만 재인증서에 서명하고 일자를 기입해야 합니다. 귀하에게 보호 대리인이 있는 경우 그 사람이 재인증서에 서명하고 일자를 기입해야 합니다.

**수권 대리인 서명:** 재인증서에 SNAP 수권 대리인을 지정한 경우, 그 사람이 재인증서에 서명하고 일자를 기입해야 합니다.

**본인은 다음에 대한 본인의 케이스가 종결되기를 요청합니다:** 재인증서를 제출하기 원하는 경우에는 어느 박스에도 체크하거나, 이 섹션에 서명 또는 일자를 기입하지 마십시오. 하나 이상의 프로그램에 대한 귀하의 케이스를 종결하기 원하는 경우에만 이 섹션에 표시하십시오. 케이스 종결을 요청하려면 해당 프로그램 옆의 (✓) 박스에 체크하고, 지시된 곳에 서명하고 일자를 기입하십시오. 요청 이유를 기입하십시오.

**유권자 등록 양식:** 이 재인증서 의 마지막 2 페이지는 유권자 등록 양식입니다. 이 양식을 사용해 유권자 등록을 하거나 거부하더라도 귀하의 급여 및/또는 서비스 신청에 대한 결정, 또는 귀하가 받을 수 있는 지원 액수에는 영향을 주지 않습니다. 유권자 등록 양식 작성에 도움이 필요하다면 SSD에 문의하십시오.

정보 용도  
문서 요건

다음의 자격 요소 및 문서 요건 목록은 정보 용도만을 위한 것입니다. 자격 요소 중 어느 것을 귀하가 입증하도록 요구될지는 SSD가 알려드릴 것입니다. 귀하는 아래에 열거되지 않은 다른 자격 요소를 증명하도록 요청될 수 있습니다. 귀하는 이러한 자격 요건을 입증하기 위해 아래에 열거되지 않은 문서를 제공할 수 있습니다. 문서 요건 관련 질문이 있을 경우, SSD로 문의해주시요.

정보 용도 문서 요건		자격 요소	이 요소를 증명하기 위해 다음 중 하나를 제공하십시오:
자격 요소	이 요소를 증명하기 위해 다음을 제공하십시오:  다음 중 하나 또는	다음 중 둘 (SNAP 급여 또는 Medicaid만을 신청하는 경우, 체크된 각 자격 요소에 대해 한 개 양식만 지참하면 됩니다.)	
<input type="checkbox"/> <b>신분증</b> 귀하의 신분을 증명하셔야 합니다.	사진 신분증 운전면허증 미국 여권 귀화 증명서 병원/의사 기록 입양 서류	타인의 진술서 검증된 사회보장번호 출생/세례 증명서	
<input type="checkbox"/> <b>혼인 여부</b> 귀하가 결혼하셨는지, 이혼하셨는지, 별거 중인지, 또는 미망인인지 증명하셔야 합니다.	혼인/사망 증명서 별거 합의 이혼 판결 사회 보장 기록 VA 기록	성직자의 진술 센서스 기록 신문 공고 타인의 진술서	
<input type="checkbox"/> <b>주거지</b> 귀하의 주거지를 증명하셔야 합니다.	임대주 진술서 현재 임대료 영수증 또는 리스 모기지 기록	타인의 진술서 현재의 우편물 학교 기록	
<input type="checkbox"/> <b>가구 구성/크기</b> 귀하와 함께 거주 중인 분들을 증명하셔야 합니다.	친인척 등이 아닌 임대인의 진술서 학교 기록	타인의 진술	
<input type="checkbox"/> <b>연령</b> 해당되는 경우, 지원을 신청하는 분 각각의 연령을 입증해야 합니다.	출생 증명서 세례 증명서 병원 기록 입양 기록 귀화 증명서 운전면허증	보험 증권 센서스 기록 학교 기록 타인의 진술서 의사 진술서 사회보장국(SSA)의 공식 통신문	
<input type="checkbox"/> <b>부재 부모</b> 귀하 가정내 자녀의 부모가 귀하와 같이 살고 있지 않는 경우, 이를 증명하셔야 합니다	사망 진단서 유족 급부금 병원 기록 제한 군인국(VA) 또는 병무 기록 이혼 서류 재혼 증거	신문 공고 보험사 기록 기관 기록 대행사 케이스 기록 및 매장 비용 지불 파일 타인의 진술서	
<input type="checkbox"/> <b>부재 부모 정보</b> 귀하의 성함, 주소, 사회 보장 번호, 생년월일, 직장 등 정보를 제공하셔야 합니다	급여 명세서 소득 신고 사회 보장 또는 제한 군인국 (VA) 기록 금액 결정 래터 신분증 (건강 보험) 운전 면허증 또는 등록증	<input type="checkbox"/> <b>근로 소득</b> 고용주로부터  <input type="checkbox"/> <b>자영업으로부터</b>  <input type="checkbox"/> 임대료 또는 숙식비를 통한 소득  <input type="checkbox"/> <b>불로 소득</b> 자녀 양육비  <input type="checkbox"/> <b>실업급여 (UIB)</b>  <input type="checkbox"/> <b>사회보장 지원금 (SSI 포함)</b> 제한군인 지원금	

사회보장 카드  
사회보장국(SSA)의 공식 통신문  
사회 보장 번호는 응급 치료를 위해서만 Medicaid를 추구하거나 Medicaid만 신청하는 임신한 비시민권자에게는 요구되지 않습니다.

출생 증명서  
세례 증명서  
병원 기록  
미국 여권  
군 복무 기록 귀화 증명서  
USCIS 서류 1972년 1월 1일 이전부터 연속 미국 거주 증명

현재 임금  
명세서 급여 봉투  
레터헤드에 시간당 급여  
요율; 주당 근로 시간;  
신규인 경우 첫 급여일 및 고용주의 전화번호  
사업 기록  
세무 기록  
자영업자의 수입 및 지출  
관련 기록 및 자료  
현재 소득세 신고  
현재 기어 수표 셋방 사는 사람, 하숙인의  
진술서,  
임차자  
소득세 기록

가정 법원의 진술서  
지원금을 지불하는 분의 진술서  
수표 보관본  
현재 지원금 증서 현재  
급여 수표 공식 통신문  
뉴욕주 노동부  
현재 지원금 증서  
현재 급여 수표  
사회보장국(SSA)의 공식  
통신문 지원금 증서  
현재 급여 수표  
제한 군인국(VA)의 공식  
통신문

자격 요소	이 요소를 증명하기 위해 다음 중 하나를 제공하십시오:	자격 요소	이 요소를 증명하기 위해 다음 중 하나를 제공하십시오:
<input type="checkbox"/> 불로 소득 (계속) <input type="checkbox"/> 근로자 재해 보상  <input type="checkbox"/> 학자금 지원금 및 대출  <input type="checkbox"/> 이자/배당금/로열티  <input type="checkbox"/> 개인 연금/연금 보험 <input type="checkbox"/> 기타	지원금 관련 서신 수표  학교의 진술 은행의 진술 지원금 서한  은행 또는 신용 조합의 진술 브로커/대리인의 진술  최근 지원금 레터 또는 최근 급여 수표 소득원으로부터의 공식 통신문	<input type="checkbox"/> 기타 _____  <input type="checkbox"/> 셸터 경비 귀하가 거주하는 곳의 거주비를 증명하셔야 합니다 (셸터 비용의 각 항목 대한 별도의 문서를 제공하셔야 합니다.) Medicaid는 셸터 비용 관련 문서를 필요로 하지 않습니다. <input type="checkbox"/> 의료비 청구서	  현재 임대료 영수증 현재 임대차 계약 모기지 회계장부/영수증 재산세 및 학교세 기록 임대주 진술서 상하수도세 청구서 주택 소유자의 보험 기록 연료비 청구서  (납부 및 미납) 의료비 청구서
<input type="checkbox"/> 재산  <input type="checkbox"/> 은행 계좌: 당좌 예금, 저축 예금, 퇴직 예금(IRA 및 Keogh) <input type="checkbox"/> 주식, 채권, 증권 <input type="checkbox"/> 생명보험 <input type="checkbox"/> 장례식을 위한 신탁 또는 펀드 매장지 계획 또는 장례식 계약 <input type="checkbox"/> 소득세 환급 또는 근로 소득세 공제(EITC) <input type="checkbox"/> 주택 이외의 부동산 <input type="checkbox"/> 차량 <input type="checkbox"/> 일시불로 지불하는 금액	양로원에서 거주한다는 진술서  현재 은행 기록 현재 신용 조합 기록  주식 증권 채권 금융 기관의 진술  보험 증권 보험 회사의 진술  은행 기록 매장 계약서 매장지 증서 장의사의 진술 세금 환급 세무서의 진술  증서 부동산 브로커의 진술 브로커의 시가 평가/추정  등록 (구모델)  소유권의 명의 딜러에 의한 시가 감정 자금 조달 자료  지불원의 진술	<input type="checkbox"/> 의료 보험 귀하나 지원자가 의료 보험 혜택을 받고 있는 경우 (타인에 의해 지불된다고 해도), 귀하는 이를 증명하셔야 합니다. <input type="checkbox"/> 장애인/무능력자 /임신자 귀하 또는 귀하와 같이 거주하는 분이 아프거나 임신한 경우, 이를 증명하셔야 합니다. <input type="checkbox"/> 미납 고지서 임대료, 공과금 <input type="checkbox"/> 추천 마약/알코올 치료 프로그램 <input type="checkbox"/> 취업 서비스 <input type="checkbox"/> 기타 경비/ 피부양자 보호 비용 귀하가 법원이 명령한 양육비, 자녀 보육비, 퇴플이하여 발생하는 대출, 또는 재택 건강 보조원 또는 간병인 비용을 지불하는 경우, 증빙을 제공해야 합니다. <input type="checkbox"/> 학교 출석 재학 중인 분에 대한 증명을 하셔야 합니다	보험 증권 보험증 보상 범위 제공자의 진술 <b>Medicare</b> 카드  임신을 증명하는 전문 의료진의 진술서 및 출산 예정일 의사의 진술서 장애 또는 실명에 대한 SSA 또는 SSI 급여의 증거  지불해야 하는 금액, 서비스 기간 및 서비스 제공자가 적힌 각 청구서 사본  치료 제공자의 진술 직업 소개소의 진술  법원 명령 어린이집 또는 기타 보육 시설의 진술 보조원 또는 간병인의 진술서 지급된 수표 또는 영수증  학교 기록 (현재 성적표) 학교 또는 고등 교육 기관의 진술
		<input type="checkbox"/> 기타:	