



## 보충 영양 지원 프로그램(SNAP) 신청/재인증



본 신청서는 영양보충지원 프로그램(SNAP) 신청에 한해 사용할 수 있습니다

귀하가 눈이 안 보이거나, 시력이 심각하게 손상되고, 이 신청서를 다른 형식으로 필요로 하는 경우, 귀하는 귀하의 사회보장서비스 지역사무소에 해당 자료를 요청할 수 있습니다. 이용 가능한 형식의 유형 및 귀하가 대체 형식으로 된 신청서를 요청할 수 있는 방법에 관한 추가 정보에 대해서는, 첨부된 설명서 (LDSS-4826A)를 참조하거나 [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov)를 방문하십시오.

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

“예”일 경우, 원하는 형식 유형을 체크하십시오: \_\_\_ 큰 활자체, \_\_\_ 테이터 CD, \_\_\_ 오디오 CD, \_\_\_ 점자, 다른 대체 형식들이 귀하에게 동일하게 효과가 없다고 주장할 경우.

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

SNAP 만 신청하는 경우 더 간단한 본 신청서를 사용할 수 있습니다. 임시 지원, 아동 양육 지원, 가정 에너지 지원 또는 Medicaid 같은 기타 수당을 신청하려면 다른 신청서를 요청하십시오.

### SNAP 을 신청하는 때

- 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 가능자임을 확인하려면 인터뷰 하기 및 신청서/재인증 8 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 외국인 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 급여가 당장 필요합니까? 귀하의 SNAP 신청서의 신속 처리를 받을 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, 귀하의 신청일로부터 5역일 이내에 SNAP을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 기관 거주자가 기관을 떠나기 전 SSI 및 SNAP을 공동으로 신청할 경우, 해당 신청서의 기록 출원일은 신청자가 기관에서 떠나는 날짜가 됩니다.

**SNAP을 신청할 수 있는 곳**

뉴욕시 외곽에 거주하는 경우 myBenefits.ny.gov에서 신청할 수 있으며, 또는 현재 거주하는 카운티의 사회복지사무소로 전화하거나 방문하셔서 신청 패키지를 요청하시면 됩니다. 이 신청 패키지는 우편 발송이 가능하고 해당 사무소에서 수령할 수 있습니다. 거주 카운티 사회복지사무소 주소와 전화번호는 수신자 부담 전화 1-800-342-3009로 전화하면 얻을 수 있습니다.

뉴욕시에 거주하면서 임시 지원 신청도 하지 않은 경우에는 myBenefits.ny.gov에서 온라인으로 신청하거나, 아무 SNAP 사무소에 전화하거나 방문하여 신청서 패키지를 요청할 수 있습니다. 주소와 전화번호는 1-718-557-1399로 전화하거나 또는 수신자 부담 전화 1-800-342-3009로 전화하면 얻을 수 있습니다.

**SNAP 신청 약속을 위해 우리에게 오시는 데 문제가 있습니까?**

귀하가 영양보충지원 프로그램 (SNAP) 인터뷰 약속을 위해 방문하기 어려울 경우 (사유에는 직장, 건강 문제, 교통 또는 육아 문제가 포함될 수 있음), 어떤 상황에서는 저희가 귀하를 전화로 면접할 수 있으며 아니면 귀하가 다른 사람에게 신청해 달라고 부탁할 수도 있습니다. 문의사항이 생길 경우나 귀하가 전화 인터뷰를 받을 자격이 있는지 알아보기 위한 경우, 또는 인터뷰 일정을 재조정해야 할 필요가 생길 경우, 귀하의 사회보장서비스 지역사무소로 문의하십시오.

**차별 금지 고지문** - 연방 인권 법률과 미국 농무부(USDA) 인권 규정 및 정책에 따라, USDA, 그 소속 기관, 사무소, 직원 및 USDA 프로그램에 참여하거나 이를 관리하는 기관은 인종, 피부색, 출신국가, 성별, 종교적 신념, 장애여부, 연령, 정치적 신념을 이유로 차별할 수 없으며, 또는 USDA가 실시하거나 자금을 지원하는 프로그램이나 활동에서 이전에 인권 활동을 한 것을 이유로 하는 앙갚음이나 보복 행위를 하는 것이 금지됩니다.

장애인으로써 프로그램 정보를 전달할 대체 수단(예, 점자책, 큰 인쇄물, 오디오 테이프, 미국 수화 등)을 필요로 하는 사람은 수당을 신청한 기관(주 또는 현지)으로 문의해야 합니다. 청각 장애인이나 언어 장애가 있는 사람은 Federal Relay Service((800) 877-8339)를 통해 USDA에 문의해야 합니다. 이 밖에도, 프로그램 정보는 영어 외에 다른 언어로도 제공됩니다.

차별 행위에 관한 불만사항을 제기하려면, USDA Program Discrimination Complaint Form (AD-3027)(온라인으로는 [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html)에서 제공되며, USDA 사무소 어디에서나 제공됨)을 작성하거나, 이 서식에서 요구하는 모든 정보를 기재한 서신을 USDA에 보내십시오. 민원 양식 사본을 요청하려면, (866) 632-9992로 문의하십시오. 작성이 완료된 양식이나 서한은 다음 방식으로 USDA에 보내주십시오:

- (1) 우편: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) 팩스: (202) 690-7442
- (3) 이메일: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

본 기관은 평등한 기회를 제공하는 기관입니다.

SNAP 신청서/재인증서

신청일	면접일	센터/사무소	부서	담당자	케이스 타입	케이스 번호	등록 번호	버전	<input type="checkbox"/> 신청하십시오 <input type="checkbox"/> 재인증	언어
-----	-----	--------	----	-----	--------	--------	-------	----	--	----

법적 이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_ 본인에게 연락할 수 있는 다른 전화번호: \_\_\_\_\_

거주지 주소: \_\_\_\_\_ Apt.# \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_, 뉴욕 우편번호 \_\_\_\_\_

우편주소(다를 경우) \_\_\_\_\_ Apt.# \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_, 뉴욕 우편번호 \_\_\_\_\_

기타 이름: \_\_\_\_\_ 귀하는:  신청중 또는  재인증중 귀하는 통지를 받고 싶은 언어는:  스페인어 및 영어 또는  영어 **1** 전용

신청서에 최소한 귀하의 이름, 주소(있을 경우)와 이 난에 서명이 기재된 경우, 우리는 귀하의 신청서를 받아야 합니다. → 신청자/대리인 서명 \_\_\_\_\_ 서명일 \_\_\_\_\_ **2**

그들이 신청하지 않는 경우에도 귀하와 함께 살고 있는 사람을 모두 기재하십시오. 본인을 먼저 기재하십시오.

L N	이름	M I	성	신청자의 사회보장 번호(SSN) (없는 경우, "NONE"으로 기입)	생년월일	혼인 여부	성별 M 또는 F	이 사람이 신청자인 가?		귀하와 의 관계	귀하는 이 사람과 함께/ 식품을 구입 및/또는 조리합니까?		히스패닉 또는 라티노?		각 인종에 대해 Y(예) 또는 N(아니오)을 기입하십시오* (코드는 아래 설명되어 있음)					
								예	아니오		예	아니오	예	아니오	I	A	B	P	W	
1								<input checked="" type="checkbox"/>		본인	<input checked="" type="checkbox"/>									
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

\*인종/민족 코드: I - 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민, A - 아시아인, B - 흑인 또는 아프리카계 미국인, P - 하와이 원주민 또는 태평양 섬 출신, W - 백인  
본 정보 제공은 자발적인 사항으로. 신청자의 적격 여부나 수혜를 받는 수준에 아무런 영향을 미치지 않습니다. 본 정보는 본 프로그램 수당이 인종, 피부색 또는 출신국과 상관 없이 제공되도록 하기 위해서 요구하는 것입니다.

귀하 그리고 귀하와 함께 살고 있는 모든 사람이 미국 시민권자인가?  예  아니오 "아니오"일 경우, 누가 시민권자가 아십니까? \_\_\_\_\_

귀하 또는 귀하 가구의 누군가가 다른 곳에서 SNAP 또는 임시지원을 신청하거나 받고 있습니까?  예  아니오

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 누군가가 퇴역군인입니까?  예  아니오 있다면 누구입니까? \_\_\_\_\_ **4**

귀하 또는 누군가가 약물 또는 알코올 치료 센터, 주 인증 집단 거주 시설 또는 주 인증 감독/후원 아파트에서 살고 있습니까?  예  아니오

귀하가 영양보충지원 프로그램 (SNAP)을 위해 재인증하고 있는 경우, 귀하의 마지막 신청 또는 재인증 후에 바뀐 것 (예: 이사, 출산, 누군가가 귀하의 가구로 전입 또는 전출)을 9 페이지에 기재하십시오.

더 많은 입력란이 필요하거나 우리에게 필요할지도 모른다고 생각되는 기타 정보가 있으면 9 페이지를 이용해도 됩니다. **3 페이지로 가십시오**

**소득**

귀하의 소득 및 함께 사는 모든 사람의 소득을 모두 기입하십시오. 소득에는 임금, 자영업 소득에서 자영업 비용을 뺀 소득 (예: 베이비시터, 청소, 입주자 또는 하숙인으로부터의 수입) 아동 양육비, 연금, 퇴역군인 급여, 장애, 사회보장 또는 생활 보조금 (SSI), 임차료 또는 식품을 위한 보조금 또는 장학금, 임시 지원 및 친구 또는 친척으로부터의 수입이 포함되지만 이에 국한되는 것은 아닙니다.

소득을 받는 분의 성함	소득원	월 근로 시간	소득을 받는 빈도? (예: 주 1 회, 2 주 1 회, 월 1 회)	받는 총액 공제 전

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 취업 또는 교육 관련 아동/피부양인 부양 비용을 갖고 있습니까?  예  아니오 있다면 누구입니까 \_\_\_\_\_.

지급액 \$ \_\_\_\_\_ 지급 빈도 (예: 주 1 회, 월 1 회) \_\_\_\_\_.

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 근로 시간 또는 소득의 감소를 포함하여 지난 30 일 동안에 직장을 변경 또는 중단하였거나 어떤 형식의 소득이 줄었습니까?  예  아니오

5

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 아직 받지 않은 잠재적 수입을 갖고 있습니까?  예  아니오 “예”일 경우, 9 페이지에서 설명하십시오.

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 누군가가 과업에 참가하고 있습니까?  예  아니오 있다면 누구입니까 \_\_\_\_\_.

귀하는 기숙사 생활을 하는 사람, 수양자녀, 또는 수양 성인입니까? 아니면 이런 사람과 함께 거주하고 있습니까?  예  아니오

“예”일 경우, 기숙사 생활자인 경우 B 에 표시하고 수양 상태인 경우 F 에 표시한 후 그들의 이름을 기입하십시오.  B  F 이름: \_\_\_\_\_.

**재산**

재산은 SNAP 을 신청하는 대부분 가구의 적격성에 영향을 미치지 않습니다. 단, 어떤 재산 정보는 귀하가 신청서 신속 처리를 받을 자격이 있는지를 판단하는 데 이용됩니다.

귀택에 거주하는 사람들은 모두 얼마나 많은 돈을 갖고 있습니까? (예를 들어, 귀하 본인에게, 귀하의 가정에, 공동 보유 계좌를 포함하여 당좌 및 저축 계좌 또는 다른 장소에) \$ \_\_\_\_\_ 귀속 \_\_\_\_\_.

기타 금융 자산? (예를 들어, 주식, 채권, 퇴직 예금 계좌, 저축 채권, 뮤추얼 펀드, IRA, 신탁기금, 시장 금리 연동제 예금)  예  아니오

“예”일 경우, 금액 \$ \_\_\_\_\_ 형식 \_\_\_\_\_ 소유자 \_\_\_\_\_.

귀하 또는 귀하 가구의 사람이 몇 대의 승용차, 트럭 또는 기타 차량을 갖고 있습니까?

#1 연식 \_\_\_\_\_ 제조사 \_\_\_\_\_ 모델 \_\_\_\_\_ 소유자 \_\_\_\_\_

#2 연식 \_\_\_\_\_ 제조사 \_\_\_\_\_ 모델 \_\_\_\_\_ 소유자 \_\_\_\_\_

6

귀하 또는 신청자가 귀하 자신의 주택을 포함하여 부동산을 소유하고 있습니까?  예  아니오 “예”일 경우, 기입하십시오  
부동산 \_\_\_\_\_ 소유자 \_\_\_\_\_

신청자가 SNAP 자격을 얻기 위해 지난 3 개월 이내에 현금 또는 부동산을 매각, 기부 또는 양도한 적이 있습니까?  예  아니오

**교육/훈련 및 언어**

16 세 이상의 가구 구성원 중 자신을 포함하여 신청인 각자의 이름을 기입하십시오. 신청인 각자, 아래의 교육 및 훈련 코드를 이용하여 "최종 학력" 기입란의 해당 상자에 "X"를 기입하십시오. 일인당 상자 하나에만 기입하십시오. 신청인의 "0" 열에 "X"를 기입할 경우 (고등학교 졸업장이나 고등학교 졸업과 동등한 학위를 가지고 있지 않음을 명시함), "수료한 최종 학년" 상자에 수료한 최종 학년을 기입하십시오 (예를 들면 10 학년에 재학 중인 경우, "수료한 최종 학년" 상자에 "9" 를 기입하십시오). 고등학교에 재학 중이거나 고등학교 졸업장을 취득한 사람이 "0" 열에 기입하지 않은 경우 "수료한 최종 학년" 상자를 비워 두십시오.

또한 SNAP 가구에서 16 세 이상 각 개인의 기본 언어를 파악하십시오. 기본 언어는 개인이 말할 때 가장 자주 사용하는 언어입니다.

성명 (이름 및 성)	최종 학력* (코드는 아래 설명되어 있음)							수료한 최종 학년 (아래 정보를 보십시오)	회화시 사용하는 개인의 기본 언어는 무엇입니까?
	0	1	2	3	4	5	8		
									7

\* 교육 및 훈련 코드: 0 - 고교 졸업장 또는 그에 해당하는 학위 미만, 1 - 고등학교 졸업 또는 고등학교 동등 학위, 2 - 준회원 학위 (2년제 대학 학위), 3 - 학사 학위 (4년제 대학 학위), 4 - 대학원 학위 (석사 이상), 5 - 개별화 교육 계획 (Individualized Education Plan, IEP) 수료, 8 - 알 수 없음

참고: 최종 학력, 최종 학년, 기본 언어에 관한 정보 제공은 자발적인 사항입니다. 신청자의 적격 여부나 수혜를 받는 수준에 아무런 영향을 미치지 않습니다. 이 정보가 필요한 이유는 연방보고 요구 사항을 충족시키기 위해서입니다.

**주거 형태 및 경비**

귀하 가구에 해당되는 모든 사항을 표시하십시오:

- 자택 소유 또는 집을 위해 지불     임대     이주/계절 농장 노동자     영구 주거지 없음     친척 또는 친구와 동거

경비를 열거하십시오:

월 임대료 또는 모기지 지급액 \$ \_\_\_\_\_ 연간 주택 관련 세금 \$ \_\_\_\_\_ 연간 주택 관련 보험금 \$ \_\_\_\_\_

난방비 별도 지불?  예  아니오 "예"일 경우, 난방 유형을 명시하십시오:  가스  전기  석유  목재  석탄 I  프로판  기타 (기입하십시오) \_\_\_\_\_

난방회사 이름 \_\_\_\_\_ 난방회사 계좌 No. \_\_\_\_\_

냉방 비용을 전기료에 포함하여 또는 별도로 지불합니까?  예  아니오

유틸리티 비용을 별도로 지불합니까 (난방냉방 이외)?  예  아니오 (예: 조명, 조리 가스, 음식물 쓰레기쓰레기, 수도, 초기 유틸리티 설치).

다른 사람이 귀하를 대신하여 이러한 경비를 지불합니까 (일부 예는 섹션 8 또는 기타 보조금 프로그램입니다)?

예  아니오 "예"일 경우, 누가 무엇을 지불합니까? \_\_\_\_\_

귀하 또는 법적으로 의무가 있는 자녀 양육비를 지불하며 함께 살고 있는 사람이 있습니까?  예  아니오 있다면 누구입니까 \_\_\_\_\_

양육비 지급 대상 아동(들)의 성명 \_\_\_\_\_

지급액 \$ \_\_\_\_\_ 지급 빈도 (예를 들어: 주별, 격주별, 월별) \_\_\_\_\_

귀하 및/또는 귀하와 함께 살고 있는 누군가가 장애인 또는 60 세 이상입니까?  예  아니오 있다면 누구입니까 \_\_\_\_\_

그렇다면 그런 사람에게 의료비 청구서가 있습니까?  예  아니오 "예"일 경우, 무엇을 위한 청구서인지, 금액이 얼마인지와 지불할 책임이 있는 사람을 9 페이지에 기입하십시오.

동거 형태 및 생활비 (계속)

귀하 및/또는 귀하와 함께 살고 있는 누군가가 재산 공제 메디케이드 (Medicaid) 프로그램 (spenddown)의 대상입니까?  예  아니오

“예”일 경우, 누가 \_\_\_\_\_ 금액 \$ \_\_\_\_\_

귀하 또는 귀하와 함께 사는 사람(16 세 또는 17 세)이 학교 또는 교육 프로그램에 등록되어 있습니까?  예  아니오

“예”일 경우, 누가 \_\_\_\_\_ 학교/교육 프로그램 이름 \_\_\_\_\_

귀하 또는 귀하와 동거하는 사람(18 세 - 49 세 사이)이 학교에 재학 중이거나 교육 프로그램(고등학교 이상)을 이수하고 있습니까?  예  아니오

있다면 누구입니까? \_\_\_\_\_

학교/교육 프로그램 이름 \_\_\_\_\_ 플타임(FT)  예  아니오 소득  예  아니오 지출  예  아니오

16 세 이상의 가구원 (신청자 포함)중에 어른이 있는 경우 누구:

임신부입니까?  예  아니오 있다면 누구입니까 \_\_\_\_\_

자신의 일하는 능력이나 수행할 수 있는 일의 유형이 제한받을만큼 건강상의 문제가 있습니까?  예  아니오 있다면 누구입니까 \_\_\_\_\_



본 질문에 답하십시오:

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 보호관찰 또는 가석방 상태를 위반한 사람이거나 중죄 혐의로 처벌, 구금 또는 감금을 피해 도망 중이고, 사법기관의 추적을 받고 있는 중입니까?  예  아니오 있다면 누구입니까 \_\_\_\_\_

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 법원에 따른 보호관찰 또는 가석방을 위반하고 있습니까?  예  아니오 있다면 누구입니까 \_\_\_\_\_

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 사기 또는 고의적 프로그램 위반 때문에 SNAP 수령 자격을 박탈 당한 적이 있습니까?  예  아니오

있다면 누구입니까 \_\_\_\_\_

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 1996 년 9 월 22 일 이후 화기, 탄약 또는 폭발물, 또는 약물을 얻기 위해 SNAP 수당을 거래한 혐의로 기소된 적이 있습니까?  예  아니오 있다면 누구입니까 \_\_\_\_\_

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 1996 년 9 월 22 일 이후 함께 금액 500 달러를 얻기 위해 SNAP 수당을 구입 또는 판매한 혐의로 기소된 적이 있습니까?  예  아니오 있다면 누구입니까 \_\_\_\_\_

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 1996 년 9 월 22 일 이후 어느 주에서 부정하게 SNAP 수당을 중복 수령한 혐의로 기소된 적이 있습니까?  예  아니오 있다면 누구입니까 \_\_\_\_\_

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 1996 년 9 월 22 일 이후 어느 주에서 부정하게 SNAP 수당을 중복 수령한 혐의로 기소된 적이 있습니까?  예  아니오 있다면 누구입니까 \_\_\_\_\_

더 많은 입력란이 필요하거나 우리에게 필요할지도 모른다고 생각되는 기타 정보가 있으면 9 페이지를 이용해도 됩니다.

아래의 중요 정보를 읽어보십시오

SNAP 처벌 경고 - SNAP 신청과 관련하여 귀하가 제공하는 정보는 연방, 주 및 지역 관리의 확인을 받습니다. 정보가 부정확한 경우, 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.

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

- 첫 번째 SNAP-IPV 의 경우 12 개월
- 두 번째 SNAP-IPV 의 경우 24 개월
- 금지 약물 판매가 연루된 거래에서 개인이 SNAP 수당을 사용하거나 받은 법원 판결 시 첫 번째 SNAP-IPV 의 경우 24 개월. (불법 약물 또는 의사의 처방전이 필요한 특정 약물)
- 세 번째 IPV 로 자격을 영구 박탈당하지 않는 한 여러 SNAP 수당을 동시에 수령하기 위해 본인의 신원과 거주지에 대해 허위 진술하여 유죄가 밝혀진 경우 120 개월.

아울러, 법원은 추가로 18 개월 동안 특정 개인의 SNAP 참여를 금지시킬 수 있습니다.



## 아래의 중요 정보를 숙독하십시오 (계속)

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 500 달러 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.

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

다음에 해당하는 경우, SNAP 부적격자로 판정되거나 고의적 프로그램 위반행위를 범한 것으로 판정될 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
- EBT(Electronic Benefit Transfer) 시스템의 일환으로 사용하는 SNAP 수당, 승인 카드 또는 재사용 문서를 사용, 제시, 양도, 취득, 수령, 소지 또는 밀매할 목적으로 연방법 또는 주법을 위반하는 것이 되는 행위를 저지르거나 저지르려고 하는 경우.

또한, 다음 행위는 허용되지 않으며, 다음이 포함된 행위를 하는 경우에는 SNAP 수당을 받을 자격을 박탈 당하고, 벌칙을 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.

실제 받아야 하는 SNAP 수당을 초과하여 받는 경우(초과 지급액), 이를 상환해야 합니다. 귀하의 케이스가 진행되고 있는 경우, 향후 SNAP 급여에서 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 수당 등)과 세금 환급금에서 초과 지급액이 공제될 수 있습니다. 이 채무에는 처리 수수료가 부과될 수도 있습니다.

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

**동의** - 본인은 이 신청서에 서명함으로써 뉴욕주 임시 및 장애 지원국 (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) 또는 사회보장서비스 지역사무소 (local social services district)가 본인이 제공한 정보를 확인하기 위해 조사를 실시하거나, SNAP 수당 요청과 관련하여 조사를 실시하는 것에 대해 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 사회보장번호를 사용하여 본인의 가정용 에너지 공급업체에게 HEAP 수령 여부에 대해 확인한다는 것을 이해합니다. 이러한 허가에는 또한 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 (local Social Services District) 및 연방 보건복지부 (United States Department of Health and Human Services)에 본인의 연간 전력 사용, 전기료, 연료 소비, 연료 유형, 연간 연료비, 결제 이력을 제공하는 것이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.

**비공개 실업 보험(UI) 정보의 공개에 대한 동의** - 본인은 뉴욕주 노동부(DOL)가 실업 보험(UI)을 위한 용도로 보관하는 비공개 정보를 뉴욕주 임시장애지원실(OTDA)에 공개하는 것을 허락합니다. 이 정보에는 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.

## 아래의 중요 정보를 숙독하십시오 (계속)

**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 지역사무소 (social services district)와 뉴욕주가 본인 또는 본인이 적법하게 그에 대한 권한을 부여할 수 있는 본인의 가구 구성원이 수령한 공적 지원 또는 영양보충지원 프로그램 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) 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.

**SUA(표준 유틸리티 보조비) 정보** - 본인은 SNAP 수령자는 당연히 주택 에너지 지원 프로그램(HEAP)에 가입할 수 있는 소득 수준임을 이해합니다. 본인이 이번 달 또는 이전 12 개월 동안 20 달러 이상의 HEAP 수당 또는 기타 이와 유사한 에너지 지원 프로그램 수당을 수령하지 않았다면 본인은 SUA(표준 유틸리티 보조금) 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 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 SNAP 자격을 갖게 되거나 SNAP 수당이 증가할 수 있습니다. 본인은 향후 언제든지 이러한 비용을 신고/증명할 수 있음을 이해합니다. 이러한 공제는 변동 사항 신고에 대한 규정에 따라 향후의 SNAP 계산에 적용될 것입니다.

**SNAP 신청 시**, 본인은 사회보장서비스 지역사무소가 본인의 본 프로그램 신청을 조사하기 위해 소득 및 적격성 검증 시스템을 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 SNAP의 적격성 여부 및/또는 SNAP 수당의 수준에 영향을 줄 수 있다는 점도 알고 있습니다.

**개인정보 보호법 (PRIVACY ACT) 진술 - 사회보장번호(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. SNAP를 신청하는 사람은 SSN를 제출해야 합니다. SNAP수령 부적격자의 SSN도 위와 같은 방식으로 사용 및 공개됩니다. 귀하 또는 신청/재인증을 하는 사람이 SSN가 없다면 사회보장부(SSA.gov)에 SSN를 신청해야 합니다.

뉴욕주는 이런 식으로 본 기관에 제공한 정보를 사용하는 것 외에 본 정보를 이용하여 HEAP(Home Energy Assistance Program)를 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 SNAP을 신청하는 사람의 비자 상태를 확인하기 위해 본인이 제공하는 정보의 진실성이 미국 이민국에서 확인될 수 있음을 이해합니다.

**SNAP의 경우**, 의심스러운 경우에만 시민권을 증빙해야 합니다.



아래의 중요 정보를 숙독하십시오 (계속)

**수권 대리인** - 귀하가 귀하의 상황을 알고 있는 사람에게 귀하를 대신해 SNAP 을 신청 할 권한을 부여할 수 있습니다. 또한 귀하는 귀택 이외의 사람에게 귀하를 대신해 SNAP 급여를 받아 그것을 사용하여 귀하를 위한 식품을 구입할 권한을 부여할 수도 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.

10

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

이름 \_\_\_\_\_ 주소 \_\_\_\_\_ 전화 \_\_\_\_\_

**승인:** 본인은 위증 시 처벌 받을 것을 각오하고 본인이 현지 사회복지사무소에 제공했거나 제공할 정보가 정확하다는 점을 맹세하고 확인합니다. 신청 절차를 완료하려면 아래에 서명을 해야 합니다.

신청자 서명(또는 책임 있는 가구원)  <input checked="" type="checkbox"/>	서명일  11
법적 대리인 서명  <input checked="" type="checkbox"/>	서명일

귀하가 타인을 위해 이 신청서/재인증서 작성을 도왔다면 여기에 귀하의 성명과 주소를 정자로 기입하십시오. 귀하는 전화번호도 자발적으로 정자로 기입할 수 있습니다.

이름 \_\_\_\_\_ 주소 \_\_\_\_\_ 전화 \_\_\_\_\_

추가 정보가 있으면 이 난을 사용하십시오:

사람: \_\_\_\_\_ 설명:

사람: \_\_\_\_\_ 설명:

사람: \_\_\_\_\_ 설명:

12

본인은 본인의 신청서 재인증서를 철회하는 데 동의합니다. 본인은 언제든지 재신청할 수 있음을 알고 있습니다.

서명

13

날짜

**기관 사용란**

적격성 결정자 \_\_\_\_\_ 일자 \_\_\_\_\_

적격성 정보를 입수한 사람의 서명: \_\_\_\_\_ 일자 \_\_\_\_\_

사유 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_     철회     거부     재인증 종료

적격성 승인자 \_\_\_\_\_ 일자 \_\_\_\_\_

SNAP 승인 기간: \_\_\_\_\_ 부터 \_\_\_\_\_ 까지

대면 인터뷰     전화 인터뷰

코멘트: