



영양보충지원프로그램(SNAP) 신청/재인증



본 신청서는 **SNAP** 신청에 한해 사용할 수 있습니다

맹인이거나 앞이 심하게 안 보이고 다른 형식으로 된 신청서가 필요한 경우에는 가까운 지역 사회복지사무소에서 해당 신청서를 신청하시면 됩니다. 사용 가능한 형태의 유형에 대한 정보와 다른 형식으로 된 신청서를 신청하는 방법은 지침서(LDSS-4826A) 또는 www.otda.ny.gov를 참조하십시오.

맹인이거나 앞이 심하게 안 보일 경우 다른 형식으로 작성된 통지서를 받으시겠습니까? ___ 예 ___ 아니오

답변이 예인 경우 다음 중 원하는 형식의 유형을 선택하십시오: ___ 큰 활자 ___ 데이터 CD ___ 오디오 CD ___ 점자(다른 어떤 형식의 양식도 본인에게 같은 효과가 없을 것으로 판단될 경우).

다른 편의 시설이 필요하시면 지역 사회복지사무소에 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 신청서

- 신청서를 받은 당일에 신청서를 제출할 수 있습니다. 신청서에 최소한 귀하의 이름, 주소(있을 경우), 서명이 기입된 경우라야 신청서를 받을 수 있습니다. 본 정보가 귀하의 신청서 제출 날짜를 정합니다.
- 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.

당장 SNAP 수당이 필요합니까? 귀하의 SNAP 신청서의 신속 처리를 받을 수 있습니다:

귀택에 수입 또는 현금성 자원이 거의 또는 전혀 없는 경우 또는 귀하의 임대료 및 유틸리티 비용이 수입 또는 현금성 자원의 범위를 초과하는 경우 또는 SNAP 신청 시 수입 또는 자원이 거의 또는 전혀 없는 상태에서 이주노동자 또는 계절성 농장근로자로 생활하는 경우 신청일로부터 5일 이내에 SNAP 를 수령할 수 있습니다. 기관 거주자가 해당 기관을 떠나기 전 SSI 및 SNAP 를 공동으로 신청할 경우 해당 신청서의 기록 출원일은 신청자가 기관에서 떠나는 날짜가 됩니다.

SNAP 신청 장소

뉴욕시 외곽에 거주하는 경우 myBenefits.ny.gov 에서 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 **1-800-342-3009** 로 전화하면 얻을 수 있습니다.

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

SNAP 인터뷰 예약을 위해 방문하는 데 문제가 있습니까?

SNAP 인터뷰 예약을 위해 방문하는 것이 어렵다면(이런 사유에는 직장, 건강 문제, 교통 또는 자녀 돌봄 문제) 일부 상황의 경우 저희가 전화로 인터뷰를 할 수 있으며, 또는 귀하를 대신해 다른 사람을 보내줄 수 있습니다. 문의사항이 생기면, 전화 인터뷰 대상자인지 알아보려면, 또는 인터뷰 일정을 **재조정해야** 한다면 귀하의 사회복지사무소로 문의하십시오.

뉴욕주 임시장애지원국(NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE)

SNAP 신청서/재인증서

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

법률 상의 이름: _____ 전화번호: _____ 연락 가능한 기타 전화번호: _____

거주지 주소: _____ Apt.# _____ City _____, 뉴욕 우편번호 _____

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

기타 다른 이름으로 알려진 경우: _____ 귀하: 신청 중 또는 재인증 중 통지를 받고자 하는 언어: 스페인어 및 영어 또는 영어만

본 란에 최소한 귀하의 이름, 주소(있을 경우)와, 서명이 기입된 경우라면 신청서를 받을 수 있습니다.	신청자/대리인 서명	2	서명일
--	------------	---	-----

함께 거주하는 사람이 있는 경우 같이 신청하지 않더라도 모두 기입하십시오. 본인을 먼저 기입하십시오.

L N	이름	M I	성	신청자의 사회보장 번호(SSN) (없는 경우, "NONE"으로 기입)	생년월일	혼인 여부	성별 M 또는 F	이 사람이 신청자입니 까?		귀하와의 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	아니 오		예	아니 오	예	아니 오	I	A	B	P	W		
1								✓		본인	✓										
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 시민권자입니까? 예 아니오 '아니오'인 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 '예'인 경우, 누구 _____

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

SNAP 를 재인증하는 분이라면 지난 번 신청 또는 재인증 후 변동 사항이 있으면 9 페이지에 표시하십시오.(가령, 이사, 출산, 입주 또는 퇴거한 사람).

더 많은 란이 필요하거나 저희에게 필요하다고 생각되는 기타 정보가 있다면 9 페이지에 표시하십시오. 3 페이지로 가십시오

소득

귀하의 소득 및 함께 사는 모든 사람의 **모든** 소득을 기입하십시오. 여기에는 임금, 자영업 소득 - 자영업 생산 비용(예를 들어: 베이비시팅, 청소, 세탁살이 하는 사람 또는 기숙사 생활하는 사람에게서 받은 소득), 자녀 양육, 연금, 퇴역군인 수당, 장애, 사회복지 또는 SSI, 보조금 또는 렌트 또는 식품 구입을 위한 장학금, 임시지원, 친구 또는 친척에게서 받은 수입을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

소득을 받는 분의 성함	소득원	월 근로 시간	소득을 받는 빈도? (예: 주 1 회, 격주 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 '예'인 경우, 누구 _____ .

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

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 아직 받지 않은 잠재적 수입을 갖고 있습니까? 예 아니오 '예'인 경우, 9 페이지에 설명하십시오.

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 누군가가 파업에 참가하고 있습니까? 예 아니오 '예'인 경우, 누구 _____ .

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

'예'인 경우, 기숙사 생활자인 경우 B 에 표시하고 수양 상태인 경우 F 에 표시한 후 그 사람의 이름을 기입하십시오. B F 이름: _____ .

5

재산

재산은 SNAP을 신청하는 대부분 가구의 적격성에 영향을 미치지 않습니다. 단, 일부 재산 정보는 신청서 신속 처리를 받을 자격이 있는지를 판단하는 데 이용됩니다.

귀택에 거주하는 사람들은 모두 얼마나 많은 돈을 갖고 있습니까? (예를 들어, 귀하 본인에게; 귀택에, 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'인 경우, 액수 \$ _____ 유형 _____ 소유자 _____ .

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

____ #1 년식 _____ 제조사 _____ 모델 _____ 소유자 _____

____ #2 년식 _____ 제조사 _____ 모델 _____ 소유자 _____

귀하 또는 신청자가 귀하 자신의 주택을 포함하여 부동산을 소유하고 있습니까? 예 아니오 '예'인 경우, 부동산 _____ 을

기입하십시오. 소유자 _____

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

6

주거 형태 및 경비

귀하 가구에 해당되는 모든 사항을 표시하십시오:

자택 소유 또는 집값을 갚아나가는 중 임차 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'인 경우 난방 방식을 기입하십시오: 가스 전기 기름 목재 석탄 프로판 기타(기입하십시오)

난방업체 이름 _____ 난방업체 계좌 No. _____

주거 형태 및 경비 (계속)

냉방 비용을 전기료에 포함하여 또는 별도로 지불합니까? 예 아니오

유틸리티 비용 별도 지불 (난방/냉방 이외)? 예 아니오 (예를 들어, 조명, 조리용 가스, 쓰레기, 용수, 유틸리티 초기 설치비).

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

예 아니오 '예'인 경우, 누가 무슨 비용을 냅니까? _____

귀하 또는 귀하와 동거하는 사람이 법적으로 지켜야 할 아동 양육비를 지급하고 있습니까? 예 아니오 '예'인 경우, 누구 _____

양육비 지급 대상 아동(들)의 성명 _____

지급액 \$ _____ 지급 빈도 (예: 주 1 회, 격주 1 회, 월 1 회) _____

귀하, 및/또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 시각장애인/불구자, 또는 최소 나이 60 세입니까? 예 아니오 '예'인 경우 누구 _____

그렇다면 이 사람에게 의료비 청구서가 있습니까? 예 아니오 '예'인 경우 어떤 내용의 청구서이며 누가 얼마를 지불했는지를 9 페이지 기입하십시오.

귀하, 및/또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 Medicaid 스펠드다운(spendedown)을 받습니까? 예 아니오 '예'인 경우, 누구 _____ 금액 \$ _____

귀하 또는 귀하와 동거하는 사람(16 세 또는 17 세)이 학교 또는 교육 프로그램에 등록되어 있습니까? 예 아니오 '예'인 경우, 누구 _____ 학교 이름/교육 프로그램 _____

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

학교 이름/교육 프로그램 _____ 종일(FT) 예 아니오 소득 예 아니오 비용 예 아니오

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 '예'인 경우, 누구 _____

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 법원 명령에 따라 보호관찰 또는 가석방 상태를 위반하고 있습니까? 예 아니오 '예'인 경우, 누구 _____

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 사기 또는 고의적 프로그램 위반 때문에 SNAP 수령 자격을 박탈 당한 적이 있습니까? 예 아니오 '예'인 경우, 누구 _____

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 '예'인 경우, 누구 _____

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 '예'인 경우, 누구 _____

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 '예'인 경우, 누구 _____

더 많은 란이 필요하거나 저희에게 필요하다고 생각되는 기타 정보가 있다면 9 페이지에 표시하십시오.

아래의 중요 정보를 숙독하십시오

SNAP 처벌 경고 – **SNAP** 신청과 관련하여 귀하가 제공하는 정보는 연방, 주 및 지역 관리의 확인을 받습니다. 제공하신 정보가 정확하지 않은 경우 **SNAP** 이 거부될 수 있습니다. 의도적으로 자격 또는 수당액에 영향을 미치는 잘못된 정보를 제공할 경우에는 형사 처벌을 받을 수 있습니다. 보호관찰 또는 가석방 상태를 위반한 사람이거나 중죄 혐의로 처벌, 구금 또는 감금을 피해 도망 중이고, 사법기관의 추적을 받고 있는 사람은 **SNAP** 수당을 받을 수 없습니다.

SNAP 가족 구성원이 **IPV(Intentional Program Violation)**를 저지른 것으로 확인된 경우 해당 회원은 다음 기간 동안 **SNAP** 수당을 받을 수 없습니다:

- 첫 번째 SNAP-IPV의 경우 12 개월;
- 두 번째 SNAP IPV의 경우 24 개월;
- 금지 약물 판매가 연루된 거래에서 개인이 **SNAP** 수당을 사용하거나 받은 법원 판결 시 첫 번째 SNAP-IPV의 경우 24 개월. (불법 약물 또는 의사의 처방전이 필요한 일부 약물.)
- 영구적인 자격 박탈 상태가 아닌 한 다수의 **SNAP** 수당을 동시에 수령할 목적으로 본인 또는 거주지에 대해 거짓 진술을 한 것으로 드러난 경우 세 번째 **IPV**의 경우 120 개월.

또한, 법원은 추가로 18 개월 동안 **SNAP** 수당을 받지 못하도록 제한할 수 있습니다.



다음에 해당하는 개인의 경우 영구 자격박탈:

- 소형화기, 탄약 또는 폭발물 판매가 연루된 거래에서 **SNAP**를 사용하거나 받은 법원 판결을 바탕으로 한 첫 번째 SNAP-IPV.
- **합계 500 달러 이상**의 **SNAP** 수당 밀때로 법원 유죄판결 시 첫 번째 SNAP-IPV(밀때에는 **SNAP** 공인 카드 또는 액세스 기기의 불법 사용, 양도, 취득, 변경 또는 소지가 포함됩니다)
- 한 개인이 수령 받은 **SNAP**를 금지 약물(불법 약물 또는 의사의 처방전이 필요한 일부 약물) 거래에 사용한 것으로 판단한 법원 판결을 바탕으로 한 두 번째 SNAP-IPV.
- 모든 세 번째 SNAP-IPV 고의적인 프로그램 위반.

SNAP 승인 카드 또는 액세스 장치를 고의적으로 사용, 양도, 취득, 변경 또는 소유한 중범죄 혐의로 기소된 사람은 최대 **250,000** 달러의 벌금형과 최대 **20** 년 수감 또는 두 가지 처벌 모두에 처해질 수 있습니다. 개인도 해당 연방법과 주법에 따라 처벌을 받을 수 있습니다.

다음 사항에 해당하는 경우 **SNAP** 부적격자가 되거나 **IPV** 를 저지른 사람이 될 수 있습니다:

- 수령 자격을 얻거나 더 많은 수당을 수령하기 위해 허위 또는 잘못된 진술을 하거나, 수당 잘못 전하고 숨기고 전달하지 않을 경우
- 의도적으로 제품을 폐기하고 입금액을 환불 받기 위해 물품을 반품함으로써 현금을 받으려는 의도를 가지고 **SNAP** 수당과 함께 제품 구입하는 경우; 또는
- **EBT(Electronic Benefit Transfer)** 시스템의 일환으로 사용하는 **SNAP** 수당, 승인 카드 또는 재사용 문서를 사용, 제시, 양도, 취득, 수령, 소지 또는 밀때할 목적으로 연방법 또는 주법을 위반하는 것이 되는 행위를 저지르거나 저지르려고 하는 경우.

또한 다음은 허용되지 않으며, **SNAP** 수당을 받을 자격을 박탈 당하거나 및/또는 다음과 같은 행동에 대하여 처벌을 받을 수 있습니다:

- 본인의 것이 아닌 **EBT** 카드를 카드 소유자의 동의 없이 사용하거나 소지할 경우; 또는
- 주류나 담배 등 비식품 품목을 구입하기 위해 **SNAP** 수당을 사용하거나, 또는 과거 외상으로 구입한 음식에 대한 금액을 결제할 경우; 또는
- 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** 급여를 초과하여 받는 경우(초과지급), 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 (사회 보장 급여와 같은) 연방 급여와 세금 환급금에서 초과 지급금을 공제할 수 있습니다. 이 채무에는 처리 수수료가 부과될 수도 있습니다.

귀하의 **EBT** 계좌에서 삭제된 **SNAP** 수당이 있다면 현 초과 지급금 차감 시 사용됩니다. 초과 지급금을 상환하지 않고 **SNAP** 을 다시 신청하는 경우, **SNAP** 급여를 다시 받게 되면 수령하는 **SNAP** 급여가 줄어들 것입니다. 수령하는 급여가 감소되면 그 액수를 통보 받게 됩니다.

아래의 중요 정보를 숙독하십시오(계속)

동의 - 본인은 이 신청서에 서명함으로써 뉴욕주 임시장애지원실 또는 지역 사회복지사무소가 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/승인서에 서명함으로써 본인이 제공한 정보와 HEAP(Home Energy Assistance Program) 수당과 관련하여 공인 정부 기관에서 실시한 기타 조사를 확인 및 입증하는 조사에 동의했음을 이해합니다. 또한, 이 신청서에 제공된 정보는 사용 가능한 내후성 지원 프로그램 및 해당 전기회사의 저소득 프로그램 추천에 사용하는 데 동의합니다. 본인은 뉴욕주가 본인의 사회보장번호를 사용하여 본인의 주거용 에너지 공급업체(전기회사 포함)에게 HEAP 수령 여부에 대해 확인한다는 것을 이해합니다. 이러한 허가에는 주거용 에너지 공급업체가 본인의 연간 전기 사용량, 전기 사용료, 연료 소비, 연료 종류, 연간 연료 비용 및 결제 내역 등을 저소득 가정 에너지 지원 프로그램(LIHEAP) 성과 측정의 목적을 위해 임시 및 장애 지원 담당실과 지역 사회보장 서비스국 및 미국 보건복지부에게 특정 통계 정보를 공개하는 것에 대한 허가가 포함됩니다.

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 현지 사회복지사무소에서 근무하는 주립 및 현지 기관 직원과 함께 OTDA가 본 프로그램 신청 시 신청한 SNAP 금액을 책정하거나 또는 본인의 본 수당 금액의 수령 적격 여부를 판단할 때 그리고 본인이 받을 수 없는 수당을 받았는지의 여부를 판단하기 위한 조사를 실시할 때 UI 정보를 사용할 것임을 알고 있습니다.

서비스 제공업체에 정보 유출 - 본인은 주정부 또는 지역당국 하청업체가 제공한 프로그램 관리와 관련하여 서비스 및 지급에 대한 본인의 자격을 확인하는 목적으로 본인을 포함하여 본인이 합법적으로 권한을 부여한 가족 구성원 중 어느 누구든 받는 SNAP(Supplemental Nutrition Assistance Program) 수당에 대한 정보를 지역 사회복지사무소 및 뉴욕주 당국이 함께 공유하는 데 동의합니다. 그러한 서비스로는 본인 또는 본인의 가족 구성원이 일자리를 얻고 유지할 수 있게 도움을 주는 취업 또는 교육 서비스 제공이 포함됩니다.

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 12개월 동안 20달러 이상의 HEAP 수당 또는 기타 이와 유사한 에너지 지원 프로그램 수당을 수령하지 않았다면 본인은 SUA(Standard Utility Allowance) 수령을 위해 난방비, 에어컨 사용비 또는 유틸리티 비용을 따로 지급해야 합니다.

변경사항 - 본인은 본인의 필요사항, 소득, 부동산, 동거 형태, 부양자녀가 없는 신체 건강한 성인(ABAWD) 상태, 노동 시간이 월 80시간 미만인 경우를 포함, 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 SNAP을 받을 수 있게 되거나 SNAP 급여가 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 사회복지사무소가 본인의 본 프로그램 신청을 조사하기 위해 IEVS(Income and Eligibility Verification System)를 통해서 제공되는 정보를 요청하고 사용하고 내용과 일치하지 않는 것이 발견될 경우 부차적인 연락망을 통해 본 정보를 검증할 수 있다는 것을 알고 있습니다. 또한 이러한 정보가 본인이 수령하는 SNAP의 적격성 여부 및/또는 SNAP 수당의 수준에 영향을 줄 수 있다는 점도 알고 있습니다.

개인정보보호법 내용 - 사회보장번호(SSN)의 수집 및 이용 - 식품 및 영양법 2008에 따라 SNAP와 관련하여 각 가구원을 대상으로 SSN을 수집할 수 있습니다. 본 기관이 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. 본 정보는 공식적인 조사를 위해 주 정부 및 연방 기관에 공개되고 법을 피해 도주한 범법자들을 체포하기 위한 목적으로 사법 당국에 공개될 수 있습니다. 본 정보는 신원 확인 및 근로소득과 불로소득을 확인하는 데 사용됩니다.

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

아래의 중요 정보를 숙독하십시오(계속)

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. 에너지 서비스 업체를 확인하고 이들에게 특정 비용을 지불하기 위해 사용되기도 합니다.

시민권자/이민 상태 – 본인은 위증 시 처벌 받을 것을 각오하고 본인 및 본인과 함께 살고 있는 모든 사람들의 시민권 및 이민 상태에 대해 제공한 정보가 사실임을 맹세하고 확인합니다. 본인은 SNAP 을 신청하는 사람의 비자 상태를 확인하기 위해 본인이 제공하는 정보의 진실성이 미국 이민국에서 확인될 수 있음을 이해합니다.

SNAP의 경우, 의심스러운 경우에만 시민권을 증빙해야 합니다.

비차별 고지 – 연방 인권법과 미농무부(USDA) 인권 법규 및 정책에 따라 USDA, 관계 기관, 사무소, 직원, USDA 프로그램에 참여하거나 이를 관리하는 기관들은 인종, 피부색, 출신국가, 성별, 종교적 신념, 장애, 연령, 정치적 신념, 또는 USDA 가 수행하거나 자금을 지원한 프로그램이나 활동에서 사전 인권 행위에 대한 보복을 이유로 차별을 받을 수 없습니다.

장애인으로써 프로그램 정보를 전달할 대체 연락 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 USDA 에 문의해야 합니다. 이 밖에도, 프로그램 정보는 영어 외에 다른 언어로도 제공됩니다.

차별 민원을 제기하려면 USDA Program Discrimination Complaint 양식(AD-3027)을 작성하십시오. 이 양식은 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html에서 그리고 USDA 사무소에서 받을 수 있습니다. 또는 USDA 주소지로 서한을 보내시면 됩니다. 서한에는 양식에서 요청하는 모든 정보를 제공해야 합니다. 민원 양식이 필요한 분은 (866) 632-9992 로 문의하십시오. 작성이 완료된 양식이나 서한은 다음 방식으로 USDA에 보내주십시오:

- (1) 우편주소: 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 로 팩스 송부하십시오 또는
- (3) 이메일: program.intake@usda.gov.

본 기관은 평등한 기회를 제공하는 기관입니다.



아래의 중요 정보를 숙독하십시오 (계속)

법적 대리인 - 귀하가 귀하 가구의 상황을 알고 있는 사람에게 귀하를 대신해 SNAP 을 신청할 권한을 부여할 수 있습니다. 또한 귀하는 귀댁 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 대리인이 어떤 시설에 거주하지 않는 SNAP 가구를 대신해 SNAP 를 신청하는 경우 법적 대리인이 해당 가구에 의해 서면으로 달리 지정되어 있지 않는 한 해당 법적 대리인과 SNAP 가구의 책임 있는 성인 모두 본 페이지 하단의 서명란에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.

9

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.

10

신청자 서명(또는 책임 있는 가구원)	서명일
X	
법적 대리인 서명	서명일
X	

귀하가 타인을 대신해 본 신청서/재인증서 작성을 도왔다면 여기에 귀하의 성명과 주소를 인쇄체로 기입하십시오. 귀하의 전화번호도 자발적으로 인쇄체로 기입할 수 있습니다.

이름 _____ 주소 _____ 전화 _____

추가 정보가 있으면 이 란을 사용하십시오:

사람: _____ 설명: _____

사람: _____ 설명: _____

사람: _____ 설명: _____

11

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

서명 _____ 날짜 _____

기관 사용란

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: Social Services District Provider Agency

(Specify) _____

Reason ____/____/____ Withdrawal Denial Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

SNAP Authorization Period: From _____ To _____

IN-PERSON INTERVIEW TELEPHONE INTERVIEW

Comments:

12