

뉴욕 주 임시 장애자 지원국

# 푸드 스탬프 변경사항 보고 양식

(정자로 기입하십시오.)

케이스 번호

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

아래에 기재된 규정에 따라 상황이 변경되는 경우 반드시 보고하셔야 합니다.

날짜: \_\_\_\_\_

수신자: \_\_\_\_\_

장소: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

이 양식을 작성하여 다음 주소로 우송하십시오.

지역 담당 사무소 이름, 주소 및 전화번호:

### 변경사항 보고에 대한 의무

질문 및 규정을 주의하여 읽으십시오. 규정에 따라 보고하셔야 하는 변경사항을 보고하지 않는 경우, 저희가 푸드 스탬프 혜택 초과 지급에 대한 손해배상을 청구하여 초과 지급액을 징수할 수 있습니다.

반드시 보고하셔야 하는 변경사항은 아래에 설명되어 있습니다. 귀하는 귀하의 가구 내 변경사항을 자진 보고할 수 있으며, 변경사항 보고로 인해 혜택 수준이 높아진다는 것을 증명하시는 경우, 혜택을 확대해드리겠습니다.

귀하는 “6 개월 보고자”이십니까 아니면 “변경사항 보고자”이십니까? 다음 질문에 응답하여 귀하가 “6 개월 보고자”인지 아니면 “변경사항 보고자”인지 알아보실 수 있습니다.

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>1. 귀하는 이양적 푸드 스탬프 혜택을 받고 계십니까 (TBA)?</p>                     | <p><input type="checkbox"/> 예 - 3 페이지의 “TBA”로 가십시오 (질문 2 에서 8 까지는 건너 뛴십시오).</p>          | <p><input type="checkbox"/> 아니오- 아래의 질문 #2 로 가십시오.</p>  |
| <p>2. 귀하는 뉴욕주 영양 개선 프로젝트(NYSNIP)의 혜택을 받고 계십니까?</p>              | <p><input type="checkbox"/> 예 - 3 페이지의 “NYSNIP”로 가십시오 (질문 3 에서 8 까지는 건너 뛴십시오).</p>       | <p><input type="checkbox"/> 아니오- 아래의 질문 #3 으로 가십시오.</p> |
| <p>3. 귀하는 1 회에 5 개월 미만의 푸드 스탬프 혜택을 받도록 인증되셨습니까?</p>             | <p><input type="checkbox"/> 예 -2 페이지의 “변경사항 보고”로 가십시오 (질문 4 에서 8 까지는 건너 뛴십시오).</p>       | <p><input type="checkbox"/> 아니오- 아래의 질문 #4 로 가십시오.</p>  |
| <p>4. 귀하의 가구 구성원 중 귀하의 푸드 스탬프 혜택액에 포함되는 근로 소득이 있는 사람이 있습니까?</p> | <p><input type="checkbox"/> 예 -이 페이지 아래 부분의 “6 개월 보고”로 가십시오 (질문 5 에서 8 까지는 건너 뛴십시오).</p> | <p><input type="checkbox"/> 아니오- 아래의 질문 #5 로 가십시오.</p>  |
| <p>5. 귀하의 가구에 거주하는 모든 성인들(18 세 이상)은 장애자이거나 60 세 이상입니까?</p>      | <p><input type="checkbox"/> 예 -2 페이지의 “변경사항 보고”로 가십시오 (질문 6 에서 8 까지는 건너 뛴십시오).</p>       | <p><input type="checkbox"/> 아니오- 아래의 질문 #6 으로 가십시오.</p> |
| <p>6. 귀하 가구는 \$0 소득 혜택을 받고 계십니까(임시 지원 \$0 포함)?</p>              | <p><input type="checkbox"/> 예 -2 페이지의 “변경사항 보고”로 가십시오 (질문 7 에서 8 까지는 건너 뛴십시오).</p>       | <p><input type="checkbox"/> 아니오- 아래의 질문 #7 로 가십시오.</p>  |
| <p>7. 귀하는 거주지가 없거나 (주소 부재) 이동/계절 농업 근로자입니까?</p>                 | <p><input type="checkbox"/> 예 - 2 페이지의 “변경사항 보고”로 가십시오 (질문 8 은 건너 뛴십시오).</p>             | <p><input type="checkbox"/> 아니오- 아래의 질문 #8 로 가십시오.</p>  |
| <p>8. 귀하는 위의 7 개 질문 모두에 “아니오”로 응답하셨습니다.</p>                     | <p><input type="checkbox"/> 2 페이지 위의 “6 개월 보고”로 가십시오.</p>                                |   |

**6 개월 보고자 규정:** “6 개월 보고” 규정에 따라야 하는 푸드 스탬프 수혜 가구로서 귀하는 다음 세 가지 경우에 해당되지 않는 한 변경사항을 다음 재인증 시에 보고하시기만 하면 됩니다.

1. 귀하의 가구의 월 총소득이 극빈자 수입의 130%를 초과하는 경우, 반드시 매달 총소득액을 130% 초과 해당 달(달력 기준)이 지난 후 10 일 이내에 전화, 서신 또는 직접 방문을 통해 사회보장 서비스 지역 사무소에 보고하셔야 합니다. 총소득은 지급 수표를 현금으로 바꿀 때 받는 액수가 아니라 세금 및 기타 공제액을 빼기 전의 소득액을 말합니다. 저희는 반드시 총소득을 기준으로 푸드 스탬프 혜택에 대한 자격요건을 결정하도록 되어 있습니다. 담당자가 귀하 가족 규모에 해당하는 극빈자 수입의 130%가 무엇을 의미하는지 설명해 줄 것입니다. 극빈자 수입의 130% 초과 여부를 판단하기 위해, 귀하가 근로소득 이외에 받는 기타 모든 종류의 소득을 총소득에 추가해야 합니다. 기타 소득원에는 자녀 양육비 지급액, 실업보험, 임시 지원(TA) 지급액, 근로자 보상금 또는 사회보장 (Social Security) 혜택, 보조 사회보장 수입(SSI) 및 개인 장애 지급액 등이 포함됩니다. 어느 달에든지 귀하의 총 소득이 극빈자 수입의 130%를 넘는다는 것을 보고하지 않는 경우, 해당 달 이후에 받은 모든 혜택은 초과 지급으로 간주될 수 있습니다. 이는 귀하의 총소득이 차후에 극빈자 수입의 130% 미만이 될 경우에도 적용됩니다.

2. 귀하 가구의 인증기간이 6 개월이 넘는 경우: 인증기간 6 개월 확인 시 양식을 받은 후 10 일 이내에 반드시 반송하셔야 할 보고 양식을 받게 됩니다. 귀하의 가구에 다음에 해당하는 변경사항이 있는 경우, 6 개월 확인 시 귀하에게 보내어지는 보고 양식을 사용하여 반드시 변경사항을 보고하셔야 합니다.

#### 6 개월 확인 시 반드시 보고해야 할 변경사항 목록

- 가구 구성원의 모든 소득 출처에 대한 변경사항.
- 귀하의 총 가구 근로소득이 매월 \$100 이상 증감되는 경우 그에 따른 변경액수.
- 사회보장 연금 혜택, 실업 보험 혜택(UIB) 등과 같은 공공 소득원에서 받은 총 가구 불로소득이 매월 \$50 이상 증감되는 경우 그에 따른 변경액수.
- 자녀 양육비 지급액, 개인 장애보험 지급액 등 개인적인 출처에서 받은 총 가구 불로소득이 매월 \$100 이상 증감되는 경우 그에 따른 변경액수.
- 귀하의 푸드 스탬프 가구에 속하지 않은 자녀에게 법원 명령에 의해 귀하가 지불하는 자녀 양육비가 변경되는 경우.
- 가구 구성원 수의 변경.
- 이사하는 경우, 귀하의 새 주소와 변경된 임대료 또는 주택용자 불입금 비용, 난방비 및 공공 요금 비용.
- 새 자동차나 다른 자동차, 또는 다른 운송수단.
- 귀하의 모든 가구 구성원이 가지고 있는 총 현금 및 저축액이 현재 \$2,000 이상(가구 구성원 중 1 명이 장애자이거나 만 60 세 이상인 경우 \$3,000 이상)인 경우, 은행 또는 저축 기관에 있는 가구 소유의 현금, 주식, 채권, 돈의 증가액수.
- 6 페이지에 설명된 처벌을 초래할 수 있는 모든 변경사항.

3. 귀하의 푸드 스탬프 가구원 중 부양가족이 없는 건강한 성인(“ABAWD”)이 있는 경우, 귀하의 개월 당 근로 시간이 80 시간 미만이면 해당 개월 이후 10 일 이내에 반드시 저희에게 알려셔야 합니다.

#### 변경사항 보고 규정

귀하의 가구가 “변경사항 보고” 규정을 따라야 하는 푸드 스탬프 가구로서 다음에 해당하는 경우, 반드시 변경 발생 후 10 일 이내에 보고하셔야 합니다.

- 가구 구성원의 모든 소득 출처에 대한 변경사항.
- 귀하의 총 가구 근로소득이 매월 \$100 이상 증감되는 경우 그에 따른 변경액수.
- 사회보장 연금 혜택, 실업 보험 혜택(UIB) 등과 같은 공공 소득원에서 받은 총 가구 불로소득이 매월 \$50 이상 증감되는 경우 그에 따른 변경액수.
- 자녀 양육비 지급액, 개인 장애보험 지급액 등 개인적인 출처에서 받은 총 가구 불로소득이 매월 \$100 이상 증감되는 경우 그에 따른 변경액수.
- 귀하의 푸드 스탬프 가구에 속하지 않은 자녀에게 법원 명령에 의해 귀하가 지불하는 자녀 양육비가 변경되는 경우.
- 가구 구성원 수의 변경.
- 이사하는 경우, 귀하의 새 주소와 변경된 임대료 또는 주택용자 불입금 비용, 난방비 및 공공 요금 비용.
- 새 자동차나 다른 자동차, 또는 다른 운송수단.
- 귀하의 모든 가구 구성원이 가지고 있는 총 현금 및 저축액이 현재 \$2,000 이상(가구 구성원 중 1 명이 장애자이거나 만 60 세 이상인 경우 \$3,000 이상)인 경우, 은행 또는 저축 기관에 있는 가구 소유의 현금, 주식, 채권, 돈의 증가액수.
- 귀하의 푸드 스탬프 가구원 중 부양가족이 없는 건강한 성인(“ABAWD”)이 있는 경우, 귀하의 개월 당 근로 시간이 80 시간 미만이면 해당 개월 이후 10 일 이내에 반드시 저희에게 알려셔야 합니다.
- 6 페이지에 설명된 처벌을 초래할 수 있는 모든 변경사항.

**이양적 혜택(TBA)을 받는 가구의 푸드 스탬프 혜택 보고 규정**

- 이양적 푸드 스탬프 혜택은 귀하의 TA 케이스가 종료된 후 최대 5 개월까지 계속 받을 수 있는 푸드 스탬프 혜택입니다.
- 이양적 기간 동안은 변경사항을 보고하지 않아도 됩니다. 혜택이 증가할 수 있는 변경사항이 있는 경우, 이양 기간 동안 언제든지 담당자에게 재인증 신청을 일찍 접수해 달라고 연락해서 혜택을 더 많이 받으실 수 있습니다. 서명된 재인증 신청이 접수되고, 모든 재인증 절차가 완료될 때까지는 혜택이 증가될 수 없습니다.
- 이양 기간이 거의 끝나갈 무렵에 재인증을 하여 이 기간이 끝난 후에도 계속 푸드 스탬프를 받을 수 있는지 확인하셔야 합니다. 저희가 이 재인증 요건을 상기시키는 통지를 보내드립니다. 재인증을 하지 않으시는 경우, 저희가 또 다른 통지를 보내드리지는 않으며 귀하의 푸드 스탬프 케이스를 종료해야만 합니다.

**NYSNIP 참여자의 NYSNIP 변경사항 보고**

- NYSNIP 에 참여하기 시작하여 24 개월 후에는 반드시 작성하여 반송하셔야 하는 연락 서신을 받게됩니다.
- 인증 기간 동안에는 24 개월 연락 서신 이외의 변경사항에 대하여 보고하지 않아도 됩니다. 의료비, 임대료 또는 공공 요금 비용의 증가나 소득의 감소를 자진 보고하셔도 됩니다. 귀하가 이러한 변경사항을 보고하고 입증하는 경우 더 많은 푸드 스탬프 혜택을 받을 수 있는 자격이 될 수도 있습니다. 이사하시는 경우, 저희가 귀하에게 보내드리는 통지를 계속 받으실 수 있도록 새 주소를 보고하실 수도 있습니다.

**의료비:** 인증 기간 중 의료비 변경사항은 보고하지 않으셔도 됩니다. 그러나 다음에 해당하는 가구 구성원의 의료비 변경은 자진하여 보고하실 수 있습니다.

- |                            |                   |
|----------------------------|-------------------|
| - 60 세 이상인 자               | - 재향 군인 장애 혜택 수혜자 |
| - 사망한 재향 군인의 장애인 배우자 또는 자녀 | - 정부 장애 퇴직 혜택 수혜자 |
| - 보조 사회보장 소득 (SSI) 수혜자     | - 철도 퇴직 장애 혜택 수혜자 |
| - 사회 보장 장애 지급액 수혜자         | - 장애 기준 의료 지원 수혜자 |

의료비 증가에 대하여 보고 및 증명하시는 경우, 더 많은 푸드 스탬프 혜택을 받게 될 수 있습니다. 의료비 변경사항은 다음 재인증 시 반드시 보고하셔야 합니다

**임시 지원(TA) 보고 규정:** 위에 기재된 규정은 푸드 스탬프 혜택 프로그램에만 적용됩니다. TA 도 받고 계시는 경우에도 변경 발생 후 10 일 이내에 정기 보고 우편물, TA 자격요건 설문지를 통해, 그리고 재인증 시 TA 에 대한 변경사항을 보고하셔야 합니다.

**이 양식을 사용해야 하는 경우**

이 양식은 모든 필수 또는 자진 변경사항 보고에 사용할 수 있습니다. 이사하지 않은 경우에도 아동이나 장애인 성인을 돌보는 비용에 대한 변경이나 거주비용 변경에 대한 보고를 위해 이 양식을 사용하실 수 있습니다. 이 비용이 증가하는 경우 더 많은 푸드 스탬프 혜택을 받게 될 수 있습니다.

보고하시는 변경사항을 증명할 수 있는 경우, 이 양식과 함께 증빙서류를 첨부하십시오. 이렇게 하면 정확한 푸드 스탬프 혜택을 받는데 도움이 됩니다. **변경된 보고사항이 확인된 후에만 혜택을 확대해 드릴 수 있습니다.**

이 양식은 우편으로 보내시거나 위에 적힌 저희 부서로 가져오셔야 합니다. 이 양식을 우송하거나 가져오지지 못할 이유가 있는 경우, 1 페이지에 나와 있는 전화번호로 저희에게 전화해서 변경사항을 보고하셔도 됩니다.

더 이상 푸드 스탬프 혜택을 받기 원하지 않는 경우, 여기에 서명하여 푸드 스탬프 혜택 프로그램 참여를 취소하십시오. 귀하에 대한 푸드 스탬프 혜택이 중단될 것입니다. 푸드 스탬프 혜택 자격요건에 관해 부정확하거나 불완전한 정보를 받았다고 생각하시는 경우 90 일 이내에 청문회를 요청하여 이 취소에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 푸드 스탬프 혜택은 참여를 취소하신 후 언제든지 다시 신청하실 수 있습니다.

**X** \_\_\_\_\_

보고하셔야 하는 귀 가구의 변경사항을 제대로 알리지 않는 경우, 귀하는 그 결과로 받으시는 모든 초과 푸드 스탬프 혜택의 액수만큼 저희에게 빚을 지게 됩니다. 정보를 보고해야 할 의무가 있는데 의도적으로 이를 알리지 않는 경우에도 푸드 스탬프 프로그램에 대한 자격을 상실하게 되며 형사 소추를 받게 될 수 있습니다 (6 페이지의 "푸드 스탬프 처벌 경고"를 참조하십시오).

아래의 양식을 사용하여 변경사항을 보고하십시오

**소득 또는 소득원 변경** - 귀하가 6 개월 보고자인 경우 귀하의 보고 규정은 2 페이지가 시작되는 부분에 설명되어 있습니다. 귀하가 변경사항 보고자인 경우에도, 보고 규정이 2 페이지에 설명되어 있습니다.

| 소득 수령자의 이름 | 소득원 | 새로운 액수 | 수령 빈도 |
|------------|-----|--------|-------|
| 1.         |     | \$     |       |
| 2.         |     | \$     |       |
| 3.         |     | \$     |       |

**가구내 변경사항** - 새로 태어난 자녀 등 모든 새로운 가구 구성원을 아래에 기입하십시오. 집에 입주했거나 이사를 나간 사람, 또는 사망자도 기입하십시오.

| 이름 | 나이 | 관계 | 변경사항 (하나 선택)  | 날짜 | 소득액 | 출처 |
|----|----|----|---|----|-----|----|
| 1. |    |    | <input type="checkbox"/> 가구에 입주<br><input type="checkbox"/> 가구에서 나감 |    | \$  |    |
| 2. |    |    | <input type="checkbox"/> 가구에 입주<br><input type="checkbox"/> 가구에서 나감 |    | \$  |    |
| 3. |    |    | <input type="checkbox"/> 가구에 입주<br><input type="checkbox"/> 가구에서 나감 |    | \$  |    |
| 4. |    |    | <input type="checkbox"/> 가구에 입주<br><input type="checkbox"/> 가구에서 나감 |    | \$  |    |

**주소 변경**

새 주소  시  주  우편번호(ZIP CODE)

주소가 없는 경우에는 맥을 찾아가는 방법을 적으십시오 (노숙자인 경우에는 공란으로 남겨두십시오).

연락가능한 전화번호  
( ) 지역번호

**거주비 변경** - 이사하신 경우, 새로운 비용을 아래에 적으셔야 합니다. 이사하지 않은 경우에도 이 섹션을 이용하여 귀하의 임대료, 주택 불입금 또는 기타 비용의 변경을 보고할 수 있습니다.

숙박인이나 하숙인이 있습니까?  예  아니오 '예'인 경우, 식사는:  포함  비포함

| 임대료                       | 예                        | 아니오                      | '예'인 경우, 월 액수를 적으십시오 | 변경사항 (하나 선택)  |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|---|
| 임대료를 지불하십니까?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                   | <input type="checkbox"/> 동일 <input type="checkbox"/> 더 지불 <input type="checkbox"/> 덜 지불 |
| 다음에 대해 임대료와 별도로 지불하십니까?   | 예                        | 아니오                      |                      |   |
| • 난방 및/또는 냉방              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                      |   |
| • 공공 요금 (전기세, 취사용 가스비 등)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                      |   |
| • 전화비                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                      |   |
| 주택 용자 불입금                 | 예                        | 아니오                      | '예'인 경우, 월 액수를 적으십시오 | 변경사항 (하나 선택)  |
| 주택 용자 불입금을 지불하십니까?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                   | <input type="checkbox"/> 동일 <input type="checkbox"/> 더 지불 <input type="checkbox"/> 덜 지불 |
| 다음은 주택용자 불입금과 별도로 지불하십니까? | 예                        | 아니오                      | '예'인 경우, 월 액수를 적으십시오 | 변경사항 (하나 선택)  |
| • 재산세                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                   | <input type="checkbox"/> 동일 <input type="checkbox"/> 더 지불 <input type="checkbox"/> 덜 지불 |
| • 주택 보험                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$                   | <input type="checkbox"/> 동일 <input type="checkbox"/> 더 지불 <input type="checkbox"/> 덜 지불 |
| • 난방 및/또는 냉방              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                      |   |
| • 공공 요금 (전기세, 취사용 가스비 등)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                      |   |
| • 전화비                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                      |   |

섹션 8 이나 그 외 정부 보조 주택에 거주하십니까?  예  아니오      공공 주택에 거주하십니까?  예  아니오

**자동차 또는 운송수단의 변경** - 지난 번에 저희에게 차량에 관해 알려주신 후 귀하의 가구 내에서 자동차, 트럭, 보트, 캠핑용 자동차, 오토바이 또는 기타 운송수단을 구입, 판매 또는 거래한 사람이 있습니까?

| 제조사 | 모델 | 연식 | 판매 처분한 경우, 판매액 |
|-----|----|----|----------------|
| 1.  |    |    | \$             |
| 2.  |    |    | \$             |
| 3.  |    |    | \$             |

**저축액수 변경** - 귀 가구의 구성원들이 현재 가지고 있는 총 액수를 적으십시오. 현금, 저축계정, 당좌계정, 주식, 채권 또는 기타 투자를 포함하십시오. 귀 가구의 예금액이 \$2,000 이상(가구 구성원 중 만 60 세 이상인 사람이 있거나 장애자로 판명된 사람이 있는 경우 \$3,000 이상)으로 증가된 경우 반드시 알려주셔야 합니다.

\$

**아동 양육, 가족 부양 비용 또는 자녀 양육비 지급액수 변경** - 아동 양육이나 가족 부양 비용이 변경되었습니까? 그러한 경우, 더 많은 푸드 스탬프 혜택을 받으실 수도 있습니다.

| 변경사항 (하나 선택)   | 누구를 위한 지불입니까? | 누구에게 지불합니까? | 새로운 액수 | 지불 빈도 |
|--|---------------|-------------|--------|-------|
| 1. <input type="checkbox"/> 더 이상 비용 없음<br><input type="checkbox"/> 비용 있음 |               |             | \$     |       |
| 2. <input type="checkbox"/> 더 이상 비용 없음<br><input type="checkbox"/> 비용 있음 |               |             | \$     |       |
| 3. <input type="checkbox"/> 더 이상 비용 없음<br><input type="checkbox"/> 비용 있음 |               |             | \$     |       |

**의료 비용 변경 (의사, 치과의사, 병원, 처방약품 등)** - 의료 비용에 대한 변경사항은 재인증 시에만 보고하시면 됩니다. 그러나 다음에 해당하는 가구 구성원의 의료 비용에 대한 변경사항은 아무때나 자진 보고하실 수 있습니다.

- 60 세 이상인 자
- 사망한 재향 군인의 장애 배우자 또는 자녀
- SSI 수혜자
- 사회보장 연금 장애 지급액 수혜자
- 재향 군인 장애 혜택 수혜자
- 정부 장애 퇴직 혜택 수혜자
- 철도 퇴직 장애 혜택 수혜자
- 장애 기준 의료 지원 수혜자

의료비 증가를 보고 및 증명하시는 경우, 더 많은 푸드 스탬프 혜택을 받으실 수 있습니다.

| 이름 | 비용의 유형 | 액수 | 각 지급액의 지급 기한은? |
|----|--------|----|----------------|
|    |        | \$ |                |
|    |        | \$ |                |
|    |        | \$ |                |
|    |        | \$ |                |

보고한 변경사항이 다음 달에도 계속 해당 될 것이라고 생각하십니까? 예 아니오

"아니오"인 경우 설명하십시오:

푸드 스탬프 가구에 관해 보고할 변경사항이 없는 경우 여기에 체크 표시 하십시오. 변경사항 없음

### 혜택 변경

본 양식에 대한 귀하의 응답을 이용하여 귀 가구의 혜택이 변경될 것인지 검토하겠습니다. 귀하의 혜택을 변경하기 전에 어떻게 될 것인가를 설명하는 통지서를 보내드립니다. 저희의 결정에 동의하지 않으시는 경우, 저희의 결정에 이의를 제기하여 청문회에서 발언하실 수 있는 권리가 있습니다.

### 푸드 스탬프 혜택 처벌 경고

푸드 스탬프 혜택 신청과 관련하여 제공하는 모든 정보는 연방, 주 및 지방 관리의 확인을 받게 됩니다. 부정확한 정보가 있는 경우, 푸드 스탬프가 거부될 수 있습니다. 의도적으로 부정확한 정보를 제공하는 경우 형사 소추를 받게 될 수 있습니다.

다음에 해당하는 경우, **다시**는 푸드 스탬프를 받을 수 **없게** 됩니다.

- 두 번째로 푸드 스탬프를 교환하여 통제 약물(불법 마약 또는 의사의 처방이 필요한 특정 약품)을 팔거나 산 것으로 법원의 유죄 판결을 받는 경우. **또는,**
- 푸드 스탬프를 교환하여 총기, 탄약 또는 폭약을 팔거나 얻은 것으로 법원의 유죄 판결을 받는 경우. **또는,**
- 푸드 스탬프와 관련하여 \$500 이상의 악덕거래를 한 것으로 법원의 유죄 판결을 받는 경우. 악덕 거래에는 푸드 스탬프, 승인 카드 또는 사용 기기의 불법 사용, 양도, 취득, 변경 또는 소유가 포함됩니다. **또는,**
- 의도적인 프로그램 위반(IPV)으로 세 번째로 법원의 유죄 판결을 받는 경우.

푸드 스탬프를 교환하여 통제 약물(의사의 처방이 필요한 불법 또는 특정 약품)을 사거나 판 것으로 처음 유죄 판결을 받는 경우, **2**년간 푸드 스탬프를 받을 수 없습니다.

다음의 위반조치를 하는 경우

- 최초의 IPV 인 경우, **1**년간 푸드 스탬프를 받을 수 없게 됩니다.
- 두 번째의 IPV 인 경우, **2**년간 푸드 스탬프를 받을 수 없게 됩니다.

또한 법원은 추가 **18**개월간 푸드 스탬프 혜택을 받지 못하도록 금지할 수 있습니다.

다수의 푸드 스탬프를 받기 위해 신원과 거주지에 관해 허위진술을 하는 경우, **10**년간(또는 이것이 세 번째 IPV 인 경우 **영구적으로**) 푸드 스탬프를 받을 수 없게 됩니다.

다음에 해당하는 경우 IPV 유죄로 판결 받을 수 있습니다.

- 허위 또는 오해를 초래하는 진술을 하거나, 사실을 잘못 이야기하거나, 은폐하거나 알리지 않는 경우. **또는,**
- 푸드 스탬프 혜택, 승인 카드 또는 EBT 시스템의 일부로 사용되는 재사용 가능한 서류를 사용, 제시, 양도, 취득, 수령, 소유 또는 악덕 거래할 목적으로 연방 또는 주 법률의 위반에 해당하는 행위를 하는 경우.

또한 최고 \$250,000의 벌금 및/또는 최고 20년의 징역을 받게 될 수 있습니다.

### 인증

본인은 허위 정보의 은폐나 제공에 대한 처벌을 이해합니다. 또한 본인은 본인의 가구 내의 변경사항을 모두 보고하지 않음으로써 본인이 받게 되는 추가 푸드 스탬프 혜택의 액수 만큼 빚을 지게 된다는 것을 이해합니다. 본인은 필요한 경우 보고된 변경사항을 증명하는데 동의합니다. 본 양식에 적힌 답변은 본인이 아는 한 정확하며 완전합니다. 본인은 본인의 서명이 본인이 제공하는 정보의 확인을 위해 연방, 주 및 지방 관리들이 다른 사람들이나 단체들에 연락하는 것을 승인하는 것임을 이해합니다.

서명

날짜:

X