

**보조영양지원프로그램(SNAP) 변경 신고 양식**  
(잘 보이도록 인쇄하십시오)

케이스 번호

귀하의 현 상황에 변경 사항이 있으면 반드시 신고해야 합니다  
아래 명시된 규칙에 따라.

날짜: \_\_\_\_\_

이 양식을 작성한 후 다음 주소로 우송하십시오:

지역구 이름, 주소 및 전화번호:

받는사람: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**변경사항 신고 의무**

질문과 규칙을 꼼꼼히 읽으십시오. 규칙에 따라 신고해야 하는 변경사항을 신고하지 않을 경우 보조영양지원프로그램(SNAP) 수당의 초과지급금에 대해 클레임을 걸고 초과지급분을 다시 돌려받아야 할 수 있습니다.

신고해야 할 변경사항은 아래와 같습니다. 귀하는 SNAP 가구에 대한 변경사항을 자발적으로 신고할 수 있으며, 이러한 변경사항으로 귀하의 수당 레벨이 증가하고 이러한 변경사항을 확인해줄 경우 수당이 증가합니다.

귀하는 “단순 신고자”(6개월)입니까? 아니면 “변경 신고자”입니까? 다음 질문에 답변하면 귀하가 “단순 신고자”인지 아니면 “변경 신고자”인지를 알 수 있습니다.

1. 잠정적 SNAP 수당(TBA)을 수령하십니까?	<input type="checkbox"/> 예- 3 페이지의 “TBA”로 가십시오 (2-8 번 질문을 건너 뛰십시오)	<input type="checkbox"/> 아니오- 아래 2 번 질문으로 가십시오
2. Do 뉴욕주영양개선프로젝트(NYSNIP) 수당을 수령하십니까?	<input type="checkbox"/> 예- 3 페이지의 “NYSNIP”으로 가십시오(3-8 번 질문을 건너 뛰십시오)	<input type="checkbox"/> 아니오- 아래 3 번 질문으로 가십시오
3. 귀하는 한 때 3 개월 동안 SNAP 수당을 승인 받았습니까?	<input type="checkbox"/> 예- 2 페이지의 “변경 신고”로 가십시오(4-8 번 질문을 건너 뛰십시오)	<input type="checkbox"/> 아니오- 아래 4 번 질문으로 가십시오
4. 귀택에서 귀하의 SNAP 수당 액수에 포함되는 소득을 버는 사람이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예- 2 페이지의 “간소화 신고”로 가십시오(5-8 번 질문을 건너 뛰십시오)	<input type="checkbox"/> 아니오- 아래 5 번 질문으로 가십시오
5. 귀택에 거주하는 모든 성인(18 세 이상)은 영구 장애인입니까 아니면 60 세 이상입니까?	<input type="checkbox"/> 예- 2 페이지의 “변경 신고”로 가십시오(6-8 번 질문을 건너 뛰십시오)	<input type="checkbox"/> 아니오- 아래 6 번 질문으로 가십시오
6. 귀택의 소득은 0 달러(임시지원금 0 달러 포함)입니까?	<input type="checkbox"/> 예- 2 페이지의 “변경 신고”로 가십시오(7-8 번 질문을 건너 뛰십시오)	<input type="checkbox"/> 아니오- 아래 7 번 질문으로 가십시오
7. 귀하는 보호소(주소지 없음)가 없습니까 아니면 이주자/계절노동자입니까?	<input type="checkbox"/> 예- 2 페이지의 “변경 신고”로 가십시오(8 번 질문을 건너 뛰십시오)	<input type="checkbox"/> 아니오- 아래 8 번 질문으로 가십시오
8. 위 모든 질문에 “아니오”라고 답변하였습니다	<input type="checkbox"/> 2 페이지 상단에 있는 “간소화 신고”로 가십시오	

**SIMPLIFIED REPORTING RULES:** “단순 신고” 규칙에 따른 SNAP 가구로서 귀하는 다음 세 가지 상황 외에는 다음 번 재승인 시 변경사항을 신고해야 합니다:

- 귀댁의 월 총수입이 빈곤선(poverty level)의 130%를 초과하는 경우 130% 선을 초과하는 달로부터 10 일 이내에 전화, 서면 또는 직접 사회복지 구에 이 월별 금액을 신고해야 합니다. 총수입이란 세전 수입으로 다른 공제금액을 제한 것이며, 수표를 현금화할 때 받는 금액이 아닙니다. 총수입은 SNAP 수당 자격을 검토할 때 사용됩니다. 귀하의 담당자가 귀댁 규모의 가정에 빈곤선 130%의 의미를 설명해줄 것입니다. 귀하가 130% 이상의 빈곤선인지 알려면 소득 외에 받는 다른 종류의 수입을 총수입에 추가하면 됩니다. 여기에 포함되는 다른 수입원으로는 자녀지원금, 실업보험, 임시지원금(TA), 산재보상금, 사회보장연금, 보조적 소득 보장금(SSI), 개인장애기금이 있습니다.
 

총수입이 어느 달에 빈곤선 130%를 넘긴 사실을 신고하지 않은 경우 이달 이후 수령한 모든 수당은 초과지급금으로 산정될 수 있습니다. 향후 총수입이 130% 빈곤선 이하로 떨어지더라도 마찬가지입니다.
- 귀댁의 승인 기간이 6 개월 이상인 경우: 귀댁의 승인 기간에 대해 6 개월 단위로 점검 시 정기 신고 양식을 수령한 날로부터 10 일 이내에 반드시 이 양식을 보내주어야 합니다. 귀댁에 아래 표시된 변경사항 중 해당하는 것이 있을 경우 6 개월 단위 점검 시 귀댁에 발송된 신고양식에 이 내용을 반드시 신고해야 합니다.
 

**6 개월 점검 시 신고할 변경사항 목록:**

  - 귀댁 구성원의 수입원 변경 내역
  - 월 100 달러 이상 등락을 보이는 귀댁의 총 소득 변경 내역
  - 사회보장연금 또는 실업보험금과 같은 총 공적 불로소득액의 월 100 달러 이상의 등락을 보이는 변경 내역
  - 자녀지원금 또는 개인장애보험과 같은 공적 불로소득액의 월 100 달러 이상의 등락을 보이는 변경 내역
  - SNAP 가구 이외 아동에게 지급해야 하는 법적 아동지원금의 변경 내역
  - 동거하는 사람의 변경 내역
  - 이사 시 새 주소와 신규 임대료 또는 담보대출 상환비용, 난방/에어컨 비용 및 공공요금
  - 신차 또는 다른 차, 또는 기타 차량
  - 은행 또는 저축 기관에 맡긴 가계 현금, 주식, 채권, 재화의 증가, 모든 가족 구성원의 총 현금 및 저축액이 2,250 달러 이상인 경우(가족 구성원 중 한명이 장애인이거나 60 세 이상인 경우 3,500 달러)
  - 6 페이지에 명시된 벌금이 부과되는 가구 내 변경 사항
  - SNAP 를 받는 가족 구성원이 부양가족이 없는 신체 건강한 성인(Able-Bodied Adult Without Dependents, ABAWD)인 경우, 매월 80 시간 미만으로 일을 하면 반드시 해당 월말에서 10 일 사이에 지역 사무소에 반드시 보고해야 합니다. ABAWD 는 ABAWD 에 관한 연방 규정 요건을 충족시키는 데 도움을 받기 위해 지역 사무소에 자격을 갖춘 직업 활동을 요청할 수 있습니다. SNAP 를 받는 가족 중 누군가가 ABAWD 인 경우, 귀하는 또한 연방 정부가 승인한 ABAWD 가 면제된 지역으로 이사한 경우나 ABAWD 가 ABAWD 요건에서 면제되어야 한다고 ABAWD 가 믿는 경우에도 보고해야 합니다.

**변경 신고 규칙:**

“변경 신고” 규칙에 따른 SNAP 가구로서, 귀댁은 변경사항이 발생한 달이 끝난 날로부터 10 일 이내에 다음 변경사항을 반드시 신고해야 합니다:

- 귀댁 구성원의 수입원 변경 내역
- 월 100 달러 이상 등락을 보이는 귀댁의 총 소득 변경 내역
- 사회보장연금 또는 실업보험금과 같은 총 공적 불로소득액의 월 100 달러 이상의 등락을 보이는 변경 내역
- 자녀지원금 또는 개인장애보험과 같은 공적 불로소득액의 월 100 달러 이상의 등락을 보이는 변경 내역
- SNAP 가구 이외 아동에게 지급해야 하는 법적 아동지원금의 변경 내역
- 동거하는 사람의 변경 내역
- 이사 시 새 주소와 신규 임대료 또는 담보대출 상환비용, 난방/에어컨 비용 및 공공요금
- 신차 또는 다른 차, 또는 기타 차량
- 은행 또는 저축 기관에 맡긴 가계 현금, 주식, 채권, 재화의 증가, 노인 또는 장애인 가족 구성원이 없는 가족 구성원의 총 현금 및 저축액이 2,250 달러 이상인 이거나 또는 가족 구성원 중 한명이 장애인이거나 60 세 이상인 구성원이 있는 경우 3,500 달러
- SNAP 를 받는 가족 구성원이 부양가족이 없는 신체 건강한 성인(Able-Bodied Adult Without Dependents, ABAWD)인 경우, 매월 80 시간 미만으로 일을 하면 반드시 해당 월말에서 10 일 사이에 지역 사무소에 반드시 보고해야 합니다. ABAWD 는 ABAWD 에 관한 연방 규정 요건을 충족시키는 데 도움을 받기 위해 지역 사무소에 자격을 갖춘 직업 활동을 요청할 수 있습니다. SNAP 를 받는 가족 중 누군가가 ABAWD 인 경우, 귀하는 또한 연방 정부가 승인한 ABAWD 가 면제된 지역으로 이사한 경우나 ABAWD 가 ABAWD 요건에서 면제되어야 한다고 ABAWD 가 믿는 경우에도 보고해야 합니다.
- 6 페이지에 명시된 벌금이 부과되는 가구 내 변경 사항

**잠정적 수당을 수령하는 가구의 경우 TBA 변경 신고:**

- 임시지원 케이스가 종료되면 최장 5 개월 동안 잠정적 SNAP 수당이 계속 지급될 수 있습니다.
- 이 잠정적 기간 동안에는 변경사항을 신고하지 않아도 됩니다. 귀하의 수당을 늘릴 수 있는 변경사항이 생긴 경우 담당자에게 연락하여 잠정적 기간 동안 언제든지도 수당을 증액 받기 위한 조기 재승인 신청서를 접수할 수 있습니다. 재승인 신청서가 접수되어 전체 재승인 절차가 완료될 때까지는 수당이 증액되지 않습니다.
- 잠정적 기간이 끝난 후 SNAP 수당을 계속 받을 수 있는지 알려면 잠정적 기간이 끝날 때쯤 재승인을 받아야 합니다. 이 재승인 요건을 알려드리는 통지문을 발송해드릴 것입니다. 재승인을 받지 않을 경우 다른 어떤 통지문도 발송하지 않고 귀하의 SNAP 케이스를 종료합니다.

**NYSNIP 참여자의 NYSNIP 변경 신고:**

- NYSNIP 참여를 시작하면 24 개월 전에 작성 및 반송할 연락 통지문을 받게 됩니다.
- 재승인 기간 동안에는 24 개월 연락통지문 외에 다른 변경사항을 신고할 필요가 없습니다. 의료비, 임대료, 냉난방비, 또는 유틸리티 비용의 증가 또는 수입 감소 사항은 자발적으로 신고해도 됩니다. 이러한 변경사항을 신고하고 승인하는 경우 더 많은 SNAP 수당을 받을 수 있습니다. 이사하는 경우 새 주소를 신고하지 않아도 되지만 귀하에게 보내는 통지문을 계속 수령하려면 새 주소를 알려주어야 합니다.

**임시지원(TA) 신고 규칙:** 위에 명시된 규칙은 SNAP에만 적용됩니다. TA까지 수령하는 경우 TA 적격성 설문조사 시 또는 재승인 시 변경 10 일 이내에 TA에 대한 변경사항을 신고해야 합니다.

**본 양식 사용 시기:**

본 양식은 필수 또는 자발적인 변경사항 신고에 사용할 수 있습니다. 또한 자녀 또는 장애가 있는 성인을 돌보는 비용의 변경사항이나 이사하지 않았더라도 보호소 거주 비용의 변경사항을 신고할 때에도 본 양식을 사용할 수 있습니다. 이 비용이 증가한 경우 더 많은 SNAP 수당을 받을 수 있습니다.

SNAP을 받는 가족 구성원이 부양가족이 없는 신체 건강한 성인(Able-Bodied Adult Without Dependents, ABAWD)인 경우, 매월 80 시간 미만으로 일을 하면 반드시 해당 월말에서 10 일 사이에 지역 사무소에 반드시 보고해야 합니다. ABAWD는 ABAWD에 관한 연방 규정 요건을 충족시키는 데 도움을 받기 위해 지역 사무소에 자격을 갖춘 직업 활동을 요청할 수 있습니다. SNAP을 받는 가족 중 누군가가 ABAWD인 경우, 귀하는 또한 연방 정부가 승인한 ABAWD가 면제된 지역으로 이사한 경우나 ABAWD가 ABAWD요건에서 면제되어야 한다고 ABAWD가 믿는 경우에도 보고해야 합니다.

본 양식은 위에 표시된 기관으로 우송, 팩스 송신 또는 인편으로 보내야 합니다. 어떤 사유로 본 양식을 우송, 팩스 송신 또는 인편으로 보낼 수 없을 경우 변경사항을 myBenefits.ny.gov를 통해 온라인으로 신고하거나 본 양식의 1 페이지에 표시된 전화번호로 저희에게 전화를 걸어 신고해야 합니다.

**SNAP 참여 철회 - SNAP 수당을 더 이상 받고 싶지 않다면 SNAP 참여를 철회한다는 서명을 여기에 하십시오.** 귀하의 SNAP 수당은 지급이 중단될 것입니다. SNAP 수당 적격성에 대해 부정확하거나 불완전한 정보가 있다고 생각되는 경우 90 일 이내에 공정심사를 요구하여 본 철회에 이의를 제기할 권한이 있습니다. 철회 후 언제든지도 SNAP 수당을 재신청할 수 있습니다.

X \_\_\_\_\_

신고해야 할 가구 내 변경사항에 대한 정보를 제공하지 않을 경우 그로 인해 수령하는 추가 SNAP 수당을 되갚아야 합니다. 신고할 정보를 고의로 제공하지 않은 경우 SNAP 수령 자격도 박탈되며 기소 위협에 처해질 수 있습니다(6 페이지의 첨부된 "SNAP 처벌 경고" 참조).

**아래 양식을 사용하여 변경사항을 신고하십시오**

**수입 또는 수입원 변경** - 단순 신고자의 경우 신고 규칙은 2 페이지부터 설명되어 있습니다. 변경 신고자의 경우에도 2 페이지에 설명된 신고 규칙을 참고하십시오.

수입 발생자 이름	고용주 명 또는 수입원	새 금액	주당 일한 총 근무 시간, 제직 시	수령 횟수
1.		\$		
2.		\$		
3.		\$		

**가구 내 변경사항** - 갓 태어난 아기들을 포함해 가구 내 모든 새로운 구성원을 아래에 표시하십시오. 이사해 왔거나 나간 사람 또는 사망한 사람도 표시하십시오.

이름	생년 월일	관계	변경사항(하나를 체크하십시오)	날짜	수령 방식에 따른 수입액(주급, 격주급, 월급)	주당 일한 총 근무 시간, 제직 시	수입원
1.			<input type="checkbox"/> 가정의 일원이 되다 <input type="checkbox"/> 가정을 떠나다		\$		
2.			<input type="checkbox"/> 가정의 일원이 되다 <input type="checkbox"/> 가정을 떠나다		\$		
3.			<input type="checkbox"/> 가정의 일원이 되다 <input type="checkbox"/> 가정을 떠나다		\$		
4.			<input type="checkbox"/> 가정의 일원이 되다 <input type="checkbox"/> 가정을 떠나다		\$		

**주소 변경**

새로운 우편 주소	시	주	우편번호
거리 주소가 없을 경우 집의 방향을 표시하십시오 (노숙자인 경우 빈칸으로 두십시오)			연락 가능한 전화번호 (지역 번호)

**주거비 변동사항** - 이사한 경우 아래에 새로운 비용을 표시하십시오. 이사하지 않았더라도 이 섹션을 이용해 임대료, 담보대출금 비용 또는 기타 비용의 변동 사항을 알릴 수 있습니다.

세입자 또는 하숙인입니까?  예  아니오 "예"일 경우 식사  포함  미포함

임대료	예	아니오	"예"인 경우, 월 금액을 표시하십시오	변경사항(하나를 체크하십시오)
임대료를 내십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> 같음 <input type="checkbox"/> 더 많음 <input type="checkbox"/> 더 적음
임대료에서 다음 내역을 따로 지불하십니까?	예	아니오		
• 냉난방	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• 유틸리티(전기, 주방 가스, 쓰레기 수거 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
담보 대출금 납부액	예	아니오	"예"인 경우, 월 금액을 표시하십시오	변경사항(하나를 체크하십시오)
담보 대출금을 납부하고 계십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> 같음 <input type="checkbox"/> 더 많음 <input type="checkbox"/> 더 적음
담보 대출금에서 다음을 각각 지불하십니까:	예	아니오	"예"인 경우, 월 금액을 표시하십시오	변경사항(하나를 체크하십시오)
• 재산세	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> 같음 <input type="checkbox"/> 더 많음 <input type="checkbox"/> 더 적음
• 주택 보험	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> 같음 <input type="checkbox"/> 더 많음 <input type="checkbox"/> 더 적음
• 냉난방	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• 유틸리티(전기, 주방 가스, 쓰레기 수거 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

섹션 8 또는 기타 보조금으로 지어진 주택에 살고 계십니까?  예  아니오      공영 주택에 살고 계십니까?  예  아니오

**차량 대수의 변경** - 지난 번 귀하의 차량에 대해 신고하신 이후 승용차, 트럭, 보트, 캠핑용 자동차, 오토바이 또는 기타 차량을 구매하신 가족 구성원이 있습니까?

자동차 제조회사	모델	연식	차량을 판매하신 경우, 판매한 금액을 기입하세요
1.			\$
2.			\$
3.			\$

**저축금의 변경** - 귀택의 구성원들이 현재 가지고 있는 총 금액을 표시하십시오. 현금, 입출금 예금, 저축 예금, 주식, 채권 및 기타 투자금액을 포함하십시오. 귀택의 저축금이 2,250 달러 이상 (귀택 내 60 세 이상 또는 장애 판명을 받으신 분이 있으신 경우 3,500 달러 이상) 증가했는지에 대해 말씀해 주셔야 합니다. \$

**아동 보육비, 피부양자 보호비 및 자녀 양육비의 변경** - 자녀의 보육비나 피부양자 보호비가 변경되었습니까? 변경되었다면, SNAP 수당을 더 많이 받으실 수 있습니다.

변경사항(하나를 체크하십시오)	누구를 위해?	누구에게 지불하십니까?	새 금액	얼마나 자주 지불하십니까?
1. <input type="checkbox"/> 더 이상 비용을 지불하지 않습니다 <input type="checkbox"/> 비용을 지불합니다			\$	
2. <input type="checkbox"/> 더 이상 비용을 지불하지 않습니다 <input type="checkbox"/> 비용을 지불합니다			\$	
3. <input type="checkbox"/> 더 이상 비용을 지불하지 않습니다 <input type="checkbox"/> 비용을 지불합니다			\$	

**의료비(의사, 치과 의사, 병원, 처방전 등) 변경사항** - 재승인 시 의료비 변경 내역을 신고해야 합니다. 그러나 다음에 해당하는 가족 구성원의 의료비 변경 내역은 자발적으로 신고할 수 있습니다:

- 60 세 이상
- 장애 배우자 또는 사망한 퇴역 군인의 자녀
- 보조적 소득 보장금(SSI) 수령자
- 장애인 사회 보장 지원 연금 수령자
- 퇴역 군인의 장애 연금 수령자
- 정부의 장애인 퇴직 연금 수령자
- 철도 은퇴 장애 연금 수령자
- 장애 기반 의료 지원금 수령자

이러한 변경사항을 신고하고 승인하는 경우 더 많은 SNAP 수당을 받을 수 있습니다.

이름	비용의 종류	금액	각 수령금액은 얼마나 자주 받으십니까?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

신고하신 변경 사항이 다음 달에도 계속 반영되기를 원하십니까?  예  아니요

“아니오”인 경우 설명해 주세요:

귀택의 SNAP 에 대해 신고할 변경사항이 없는 경우 여기를 클릭하세요  변경 사항 없음

**수당 변경**

본 양식 내 귀하의 답변을 참고로 귀택의 수당이 변경될 지 여부를 알 수 있습니다. 귀택의 수당을 변경하기 전에 변경 관련 공지를 보내드릴 것입니다. 저희 결정에 동의하지 않으시는 경우, 공청회를 통해 이의를 제기하실 수 있습니다.

읽은 후 6 페이지에 사인하십시오

**SNAP(SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM) 처벌 경고**

**SNAP 처벌 경고** – SNAP 신청과 관련하여 귀하가 제공하는 정보는 연방, 주 및 지역 관리의 확인을 받습니다. 제공하신 정보가 정확하지 않은 경우 SNAP이 거부될 수 있습니다. 수당 액수를 결정하는 데 영향을 미치는 잘못된 정보를 의도적으로 제공할 경우, 형사 고발의 대상이 될 수 있습니다. 집행 유예나 가석방을 위반했거나 중범죄에 대한 기소, 구금 또는 감금을 피하기 위해 도주 중이거나 사법 집행 기관에서 적극적으로 추적하는 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 12개월;
  - 두 번째 SNAP-IPV의 경우 24개월;
  - 첫 번째 SNAP-IPV의 경우 24개월, 즉 규제 물품 판매를 포함하는 거래에 대한 개인적 사용 또는 받은 SNAP 수당(불법 약물 또는 의사의 처방을 필요로 하는 특정 약물)에 대한 법원 사실을 기반으로 함;
  - 세 번째 IPV로 자격을 영구 박탈당하지 않는 한 여러 SNAP 수당을 동시에 수령하기 위해 본인의 신원과 거주지에 대해 허위 진술하여 유죄가 밝혀진 경우 120개월.
- 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 SNAP를 사용하거나 받은 법원 판결을 바탕으로 한 첫 번째 SNAP-IPV.
- 함께 500 달러 이상의 SNAP 수당 밀매로 법원 유죄판결 시 첫 번째 SNAP-IPV(밀매에는 SNAP 공인 카드 또는 액세스 기기의 불법 사용, 양도, 취득, 변경 또는 소지가 포함됨)
- 두 번째 SNAP-IPV는 규제 물품 판매를 포함하는 거래에 대한 개인적 사용 또는 받은 SNAP 수당(불법 약물 또는 의사의 처방을 필요로 하는 특정 약물)에 대한 법원 사실을 기반으로 함;
- 모든 세 번째 SNAP 고의적 프로그램 위반사항.

SNAP 승인 카드 또는 액세스 장치를 의도적으로 사용, 이전, 취득, 변경 또는 소유한 중범죄로 유죄 판결을 받은 사람은 누구나최고 250,000 달러의 벌금형 또는 최고 20년형을 언도 받거나 또는 두 가지 판결을 모두 받을 수 있습니다. 개인도 해당 연방법과 주법에 따라 처벌을 받을 수 있습니다.

다음에 해당하는 경우 SNAP 자격을 박탈 당하거나 IPV 유죄를 받을 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
- SNAP수당, 승인 카드 또는 전자 지원금 이체 (EBT) 시스템의 일부로 이용되는 재사용 가능 문서들을 사용, 제출, 양도, 취득, 수령, 소지 또는 불법 거래할 목적으로 연방법이나 주 법률을 위반하는 행위를 저지르거나 저지르려고 시도하는 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
- 타인이 현금, 총기, 탄약 또는 폭발물, 또는 약물을 교환하는 대가로 EBT 카드를 사용할 수 있게 허락하거나 SNAP 가족 구성원이 아닌 개인을 위해 음식을 구입하는 대가로 이 카드를 사용할 경우.

SNAP 수당이 더 많이 지급된 경우 (초과 지급), 귀하는 반드시 수당을 상환해야 합니다. 귀하가 수당을 계속 받고 있을 경우, 귀하가 향후 수령하는 SNAP 수당에서 초과 지급 금액을 회수할 것입니다. 귀하가 수당을 받고 있지 않을 경우, 귀하의 계정에 남아있는 사용되지 않은 SNAP 수당에서 초과 지급 금액을 회수하거나 귀하가 현금으로 상환해야 할 수도 있습니다.

상환하지 않은 초과 지급 수당이 있을 경우, 연방 정부가 자동적으로 회수하거나 징수 대상이 됩니다. 귀하가 수령하고 있는 연방 수당(예: 사회 보장 수당)과 세금 환급액에서 초과 지급액이 징수될 수 있습니다. 이 부채는 또한 징수 처리 수수료 부과 대상입니다.

귀하의 EBT 계정에서 사라진 모든 SNAP 수당은 현재의 초과 지급액을 줄이기 위해 사용됩니다. SNAP를 다시 신청하면서 채무 금액을 상환하지 않은 경우, 수당을 다시 받기 시작하면 SNAP 수당이 줄어들게 됩니다. 귀하가 수령하게 될 줄어든 수당 액수는 그 시점에서 통보받게 됩니다.

**승인**

본인은 허위 정보를 제공하거나 은닉한 데 대한 처벌을 이해합니다. 또한 제 가정 내 변경 사항을 충분히 신고하지 않아 발생하는 영양 보충 지원 프로그램 (SNAP)의 추가 혜택에 대한 비용을 다시 갚아야 함을 이해합니다. 필요한 경우 신고된 변경 사항에 대한 증명을 해야 함에 동의합니다. 제가 아는 한 이 양식의 답변은 정확합니다. 제 서명으로 제가 제공한 정보의 입증을 위해 연방정부, 주정부 및 지역 관계자가 타인 또는 타조직에 연락할 수 있도록 허가합니다.

서명  X	날짜
-------------	----