

영양 보충 지원 프로그램 (SNAP) 수당 신청/재인증

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

예를 선택하신 경우, 귀하가 원하는 종류의 형식을 선택하십시오.

큰 활자체

데이터 CD

오디오 CD

점자, 다른 대체 형식들이 귀하에게 동일하게 효과가 없다고 주장할 경우.

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

SNAP 을 신청할 경우

- 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 가능자인지를 확인하려면 인터뷰 하기 및 신청서/재인증 2 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 을 재인증하는 경우

- 작성한 재인증 신청서에 서명하여 제출해야 합니다.

반드시 신청서에 서명해야 합니다.

SNAP 수당이 당장 필요합니까? 다음의 경우 SNAP 신청서가 신속하게 처리될 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, 귀하는 신청일로부터 7 역일 이내에 SNAP 수당 수령 자격을 받을 수 있습니다. 기관 거주자가 기관을 떠나기 전 SSI 및 SNAP를 공동으로 신청할 경우, 해당 신청서의 기록 출원일은 신청자가 기관에서 떠나는 날짜가 됩니다.

SNAP 신청 장소

뉴욕시 외곽에 거주하는 경우 myBenefits.ny.gov에서 신청할 수 있으며, 또는 현재 거주하는 카운티의 사회보장서비스 지역사무소로 전화하거나 방문하셔서 신청 패키지를 요청하시면 됩니다. 이 신청 패키지는 우편 또는 해당 사무소에서 수령할 수 있습니다. 거주 카운티 사회보장서비스 지역사무소 주소와 전화번호는 수신자 부담 전화 **1-800-342-3009**번으로 전화하여 확인하실 수 있습니다.

뉴욕시 거주자이면서 임시 지원(Temporary Assistance)을 하지 않은 경우에는 액세스 HRA(Access HRA)에서 온라인으로 신청하거나, 아무 SNAP 사무소에 전화하거나 방문하여 신청서 패키지를 요청할 수 있습니다. 주소와 전화번호는 **1-718-557-1399**번으로 전화하거나 또는 수신자 부담 전화 **1-800-342-3009**번으로 전화하여 확인할 수 있습니다.

차별 금지 고지문 - 연방 인권 법률과 미국 농무부(U.S. Department of Agriculture, 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 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 연방 릴레이 서비스(Federal Relay Service) (800) 877-8339를 통해 연방 농무부(USDA)에 문의해야 합니다. 이 밖에도, 프로그램 정보는 영어 외에 다른 언어로도 제공됩니다.

차별 행위에 관한 불만사항을 제기하려면, 온라인 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 또는 USDA 사무소 어디에서나 제공되는 USDA 프로그램 차별 민원 양식(USDA Program Discrimination Complaint Form) (AD-3027)을 온라인 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html에서 작성하거나, 이 양식에서 요구하는 모든 정보를 기재한 서신을 USDA로 송부하십시오. 민원 양식 사본을 요청하려면, (866) 632-9992로 문의하십시오. 작성이 완료된 양식이나 서한은 다음 방식으로 연방 농무부(USDA)에 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.

본 기관은 평등한 기회를 제공하는 기관입니다. 이 주소로 귀하의 신청서를 보내지 마십시오.

반드시 신청서에 서명해야 합니다.

영양 보충 지원 프로그램 (SNAP) 수당 신청/재인증

신청 정보

SSN: _____ 생년월일: _____
 성명(이름, 성, 미들네임): _____
 낮시간 전화 연락처(지역번호 포함): _____
 자택 주소(거리, 아파트 번호): _____
 도시, 주, 우편 번호: _____
 우편 주소(다른 경우): _____

민족/인종: 이 정보는 모든 사람을 공정한 대우를 받도록 보장하기 위해 수집합니다. 답변 여부를 선택할 수 있으며, 자격 조건이나 수당 금액에 영향을 미치지 않습니다.
민족: 히스패닉 또는 라틴계 입니까? 예 아니오
인종: (해당하는 항목을 모두 선택하십시오)
 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 아시안 흑인 또는 아프리카계 미국인
 하와이 원주민 또는 기타 태평양 아이슬란드 백인

구사 언어: 어떤 언어를 사용하십니까 _____
미국 시민입니까? 예 아니오
뉴욕주 거주자입니까? 예 아니오 **어느 카운티에 살고 있습니까?** _____

특별한 상황이 있습니까? (해당하는 항목을 모두 선택하십시오.)
 신체/정신 장애 청각 장애 시각 장애
 통역 필요 수화 필요 기타: _____
본 양식의 작성에 다른 사람의 도움을 받았습니까? 예 아니오

지원자 성명: _____
지역번호를 포함한 전화번호: _____

가구 정보:

함께 거주하는 사람의 성명을 기재하십시오:

성명(이름, 성, 미들네임): _____ SSN: _____
 생년월일: _____
 성성성별: 남성 여성
 성 정체성(선택 사항): 남성 여성 논바이너리 엑스 트랜스젠더
 기타: _____ 구사 언어: _____

성명(이름, 성, 미들네임): _____ SSN: _____
 생년월일: _____
 성성성별: 남성 여성
 성 정체성(선택 사항): 남성 여성 논바이너리 엑스 트랜스젠더
 기타: _____ 구사 언어: _____

성명(이름, 성, 미들네임): _____ SSN: _____
 생년월일: _____
 성성성별: 남성 여성
 성 정체성(선택 사항): 남성 여성 논바이너리 엑스 트랜스젠더
 기타: _____ 구사 언어: _____

신청서 작성 지침

- 가능한 많은 질문에 대답해주시요.
- 신청서 양식 1 페이지에 평일에 연락할 수 있는 전화번호 또는 메시지를 남기실 수 있는 장소에 전화번호를 기입해 주십시오.
- 신청서를 제출하기 전 반드시 이름을 서명해야 합니다.
- 다음 페이지에서 포함된 권리 및 책임 통지 및 SNAP 처벌 경고에 대한 내용을 읽으십시오.
- 신청서 앞면에 성명과 주소, 뒷면에 서명을 기입하고 나머지 신청서 내용은 나중에 작성하여 신청할 수 있습니다. 이러한 최소한의 정보가 귀하의 신청서 제출 일자가 될 것입니다.
- SNAP 수당은 신청 일자로 소급하여 효력을 발생합니다.

반드시 인터뷰에 참가해야 합니다. 신청서가 접수되면 검토 후 신청서에 제공한 정보를 논의하기 위해 연락을 드릴 것입니다.

유의사항: 연락이 닿지 않는 경우 예정된 전화 인터뷰에 대한 편지를 받게 됩니다.

반드시 검증 자료를 제출해야 합니다. 인터뷰 중, SNAP 수당 수령을 위해 어떠한 검증 자료 및 정보를 제공해야 하는지 설명해드립니다. 제출해야 하는 내용이 포함된 검증 체크리스트를 보내드립니다. 신청서가 접수된 날로부터 30 일 이내에 필요한 검증 자료를 제공해야 합니다. 이러한 자료를 준비하는 데 어려움이 있는 경우 저희에게 도움을 요청하십시오.

결정: 30 일 이내에 신청서에 대한 결정이 내려지게 됩니다.

제출해야 할 검증 자료는 무엇입니까?

다음은 SNAP 수당을 신청할 때 필요한 대부분의 항목입니다.

- **성명과 주소가 기재된 신분증:**
- 주소가 없는 경우 저희에게 알려주십시오.
- **소득 증명.**
- 이자 소득 금액 및 지급 빈도를 포함한 미기한 소득에 대한 내역서 또는 직접 예금 명세서. 근무 중인 경우 마지막 4 주 동안의 급여 내역서, 직접 예금 명세서 또는 수표 사본을 제출하십시오.
- **모든 신청 구성원의 사회 보장 번호.**
- **비시민권자 증명서.** 시민권자가 아닌 경우 법적 비시민권자 신분 증명서를 제출하십시오.
- **교육비 증명:** 선택 사항이지만 다음 중 하나를 증명할 경우 SNAP 수당 금액이 늘어날 수 있습니다.
 - **의료비.** 본인 또는 구성원이 60 세 이상이거나 장애를 인정받은 경우, 틀니, 안경, 보청기 배터리, 예방약, 처방 진통제, 일반 의약품, 의료 서비스 교통비 등에 대한 보험료 또는 공동 지불 영수증으로 현재 *지불 의료비를 확인 받아야 합니다.*
 - **자녀 양육비 지불.** 귀하와 함께 거주하지 않는 사람에게 지급하는 아동 양육비용 및 지불한 금액에 대한 법원 문서와 같은 증거.

또한 다음과 같은 비용이 있는 경우 알려주십시오(선택 사항이지만 SNAP 수당 금액이 더 높아질 수 있습니다).

1. **주거비:** 임대료 또는 모기지 지불액, 부동산세 또는 주택 소유자의 보험.
2. **유틸리티:** 에어컨 비용, 가정용 난방유, 난방용 가스, 난방용 목재 또는 석탄, 조리용 가스, 전기, 전화(휴대폰 포함), 상하수도 또는 쓰레기 처리 서비스와 같은 기타 유틸리티 비용.
3. **부양비:** 자택 또는 외래 간호.

아래의 중요 정보를 읽어보십시오

성별 및 성 정체성: 뉴욕주는 성별, 성 정체성, 성 표현과 무관하게 주의 수당 및/또는 서비스를 이용할 권리를 보장합니다. 귀하 및 모든 가족 구성원의 성별이 남성인지 여성인지 보고해야 합니다. 여기에서 보고되는 성별은 반드시 미국 사회 보장국(United States Social Security Administration)에 현재 등록된 성별과 동일해야 합니다. 성별 기입은 신청을 처리하기 위해 필요합니다. 수령하게 될 수당 카드 혹은 기타 공공 서류에 이러한 내용이 포함되지 않습니다.

성 정체성은 자신의 성별을 스스로 인식하고 규정하는 것입니다. 귀하의 성 정체성은 출생 당시의 성별과 같거나 다를 수 있습니다. 성 정체성은 본 신청에서는 필요하지 않는 정보입니다. 귀하 또는 가족 구성원의 성 정체성이 기입한 해당 인물의 성별과 다르며 해당 인물의 성 정체성을 제공하고자 하는 경우, “남성”(Male), “여성”(Female), “중성”(Non-Binary), “엑스”(X), “성 전환자”(Transgender), “기타 성 정체성”(Different Identity) 중에서 선택해 주십시오. “기타 성 정체성”을 선택할 경우, 제공된 공간에 해당 사람의 신원을 더 자세히 설명하실 수도 있습니다. 정보 제공 여부를 선택하실 수 있습니다. 신청자의 적격 여부나 수혜를 받는 수준에 아무런 영향을 미치지 않습니다.

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

영양보충지원 프로그램(SNAP) 가구 구성원이 고의적 프로그램 위반행위(Intentional Program Violation, IPV)를 저지른 것으로 판명된 경우, 해당 구성원은 다음 기간 동안 영양보충지원 프로그램(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 특정 약물)
- 세 번째 IPV로 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 영양보충지원 프로그램(SNAP) 참여를 금지시킬 수 있습니다.
- 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.
- 함께 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.

영양보충지원 프로그램(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 20 년까지의 구금, 또는 양자 모두에 처해질 수 있습니다. 개인은 적용되는 연방법과 주법에 따라 기소될 수도 있습니다.

다음에 해당하는 경우, 영양보충지원 프로그램(SNAP) 부적격자로 판정되거나 고의적 프로그램 위반행위(IPV)를 범한 것으로 판정받을 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
- 전자수당이체(Electronic Benefit Transfer, EBT) 시스템의 일환으로 사용되는 SNAP 수당, 공인 카드 또는 재사용 가능 문서를 사용, 제시, 양도, 취득, 수령, 소지 또는 밀거래할 목적으로 연방법 또는 주법을 위반하는 행위를 범하거나, 범하려고 시도하는 경우
- 또한 다음 행위는 허용되지 않으며, 다음이 포함된 행위를 하는 경우에는 SNAP 수당을 받을 자격을 박탈 당하고, 처벌을 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.

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

귀하의 전자수당이체(EBT) 계좌에서 공제된 영양보충지원 프로그램(SNAP) 수당이 있다면 현 초과 지급액 차감 시 사용됩니다. 초과 지급액을 반환하지 않고 영양보충지원 프로그램(SNAP)을 다시 신청하는 경우, 수당을 다시 받게 되면 수령하는 영양보충지원 프로그램(SNAP) 수당이 줄어들 것입니다. 수령하는 수당이 감소되면 그 액수를 통보 받게 됩니다.

동의 - 본인은 이 신청서에 서명함으로써 뉴욕주 임시 및 장애 지원국 또는 사회보장서비스 지역사무소가 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 관련해서, 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 사회보장번호(Social Security Number)를 사용하여 본인의 가정용 에너지 공급업체에게 가정용 에너지 지원 프로그램(HEAP) 수당 수령 여부를 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, 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(Department of Labor, DOL)가 UI 용도로 보관하는 비공개 정보를 뉴욕주 임시장애지원국(OTDA)에 공개하는 것을 허락합니다. 해당 정보에는 실업보험(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.

서비스 제공자에 대한 정보 공개 - 본인은 뉴욕주 또는 지역 계약업체가 제공하는 프로그램 관리와 관련된 서비스 및 수당 지급에 대한 본인의 자격 구비 여부를 검증할 목적으로, 사회복지서비스 지역사무소와 뉴욕주가 본인 또는 본인이 적법하게 그에 대한 권한을 부여할 수 있는 본인의 가구 구성원이 수령한 공적 지원 또는 영양보충지원 프로그램 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.

표준 유틸리티 보조비(Standard Utility Allowance, SUA) 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 가정용 에너지 지원 프로그램(HEAP) 수당 또는 기타 이와 유사한 에너지 지원 프로그램 수당을 수령하지 않았다면 본인은 표준 유틸리티 보조금(Standard Utility Allowance) 수령을 위해 난방비, 에어컨 사용비 또는 유틸리티 비용을 따로 지급해야 합니다.

변경사항 - 본인은 본인의 필요사항, 소득, 부동산, 동거 형태, 노동 시간이 한 달에 80시간 미만으로 내려갈 경우를 포함한 피부양자가 없는 신체 건강한 성인 (Able-Bodied Adult without Dependents, ABAWD) 상태, 임신 상태 또는 주소를 본인의 신고 의무에 따라 본인이 알고 있고 믿고 있는 한도 내에서 즉시 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 영양보충지원 프로그램(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 영양보충지원 프로그램(SNAP) 자격을 갖게 되거나 영양보충지원 프로그램(SNAP) 수당이 증가할 수 있습니다. 본인은 향후 언제든지 이러한 비용을 신고/증명할 수 있음을 이해합니다. 이러한 공제는 변동 사항 신고에 대한 규정에 따라 향후의 영양보충지원 프로그램(SNAP) 산정에 적용될 것입니다.

영양보충지원 프로그램(SNAP) 신청 과정에서 본인은 사회복지서비스 지역사무소가 본인의 해당 프로그램 신청에 대해 조사하기 위해 소득 및 자격 검증 시스템(Eligibility Verification System)을 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 영양보충지원 프로그램(SNAP)의 자격 여부 및/또는 영양보충지원 프로그램(SNAP) 수당의 수준에 영향을 줄 수 있다는 점도 알고 있습니다.

개인정보 보호법 (Privacy Act) 진술 - 사회복지번호(SSN)의 수집 및 사용 - 2008년 식품영양법(Food and Nutrition Act)에 따라 SNAP과 관련하여 각 가구 구성원에 대한 사회복지번호(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 SSN를 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 사회복지장부(SSA.gov)에 SSN를 신청해야 합니다.

뉴욕주는 이런 식으로 본 기관에 제공한 정보를 사용하는 것 외에 본 정보를 이용하여 HEAP을 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.

반드시 신청서에 서명해야 합니다.

뉴욕주 기관용 유권자 등록 신청서

“헌 거주지에서 유권자 등록이 되어 있지 않았을 경우, 오늘 여기서 등록을 신청하시겠습니까?”

- 예 예에 표시한 경우 아래 유권자 등록 신청서를 작성해 주십시오
- 아니요 등록하지 않겠습니다 또는
- 이미 현재 주소로 등록했습니다 또는
- 우편 등록 신청서를 신청해 받았습니다

아무 항목에도 표시하지 않은 경우, 유권자 등록을 신청하지 않은 것으로 간주됩니다.

서명 _____ 날짜 _____

이름을 정자체로 기재 _____

중요 사항!

유권자 등록 신청 여부는 본 기관을 통해 귀하에게 제공되는 지원 금액에 영향을 미치지 않습니다.

유권자 등록 신청서 작성에 어려움이 있다면 기꺼이 도와드리겠습니다. 원하신다면 작성에 필요한 도움을 받으실 수 있으니 문의해 주십시오. 도움을 원치 않으시면 혼자서 신청서를 작성하실 수 있습니다.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনাকে এই ফর্মটি ইংরেজীতে পতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

개정: 2019년 1월

유권자 등록 신청서 (작성 지침은 뒷면 참조)

예, 부재자 투표 신청서가 필요합니다

파란색 또는 검은색 펜을 사용해 정자체로 작성하십시오

예, 선거일 지원 근무자로 활동하고 싶습니다

1	미국 시민입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 만일 대답을 아니요라고 하셨다면 이 신청서를 작성하지 마십시오		2	선거일을 기준으로 연령이 만 18세가 되십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 만일 아니요라고 대답했다면 이 신청서를 작성하지 마십시오(올해 기준 18세가 되는 경우는 제외)		3	성		이름		종간 이니셜		호칭		선관위 기재란				
	4			5			6		7		8		9						
거주지 주소(우편사서함(P.O. Box) 불가)		아파트 호수		도시/타운/빌리지		우편번호		카운티		우편물 수취 주소(위와 다를 경우)		우편 사서함, Star Route 등		우체국		우편번호			
6		7		8		9		10		11		12		13		14			
생년월일		성별(선택 사항)		전화(선택 사항)		이메일(선택 사항)		마지막으로 투표한 연도		당시 주소(주택 번지, 도로명, 도시명 기재)		투표 카운티/주		투표 시 사용한 이름(현재 이름과 다를 경우)		신분증 번호 (해당 항목에 표시하고 번호를 기재) <input type="checkbox"/> 뉴욕주 DMV 번호 _____ <input type="checkbox"/> 소셜 시큐리티 번호(Social Security Number) 마지막 4자리 _____ <input type="checkbox"/> 뉴욕주 DMV 번호 또는 소셜 시큐리티 번호 없음			
11		12		13		14		15		16		17		18		19			
정당 정당 가입을 희망합니다 <input type="checkbox"/> 민주당(Democratic party) <input type="checkbox"/> 자유주의당(Libertarian party) <input type="checkbox"/> 공화당(Republican party) <input type="checkbox"/> 독립당(Independence party) <input type="checkbox"/> 보수당(Conservative party) <input type="checkbox"/> SAM 정당 <input type="checkbox"/> 근로가족당(Working Families party) <input type="checkbox"/> 기타 _____ <input type="checkbox"/> 녹색당(Green party) 어떤 정당에도 가입하고 싶지 않고 독립 유권자가 되고 싶습니다 <input type="checkbox"/> 미가입		12		선서: 본인은 다음의 사실을 맹세 또는 단언합니다. • 본인은 미국 시민입니다. • 본인은 선거일 이전에 최소 30일 동안 해당 카운티, 도시, 빌리지에 거주할 예정입니다. • 본인은 뉴욕주 유권자 등록 요건을 모두 충족합니다. • 아래의 서명 또는 표시는 본인의 서명 또는 표시입니다. • 상기 정보는 사실입니다. 본인은 상기 정보가 사실이 아닐 경우 유죄 판결을 받을 수 있고 \$5,000의 벌금형 및/또는 최고 4년간의 징역형에 처해질 수 있음을 이해합니다.		13		14		15		16		17		18		19	
잉크로 서명 또는 표시 _____		날짜 _____		_____		_____		_____		_____		_____		_____		_____		_____	

(선택 사항) 장기 및 조직 기증 등록

성		
이름		종간 이니셜
주소		
아파트 호수	도시/타운/빌리지	우편번호
생년월일	성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
노동자 색	신장	피트 인치
이메일	DMV 또는 ID NYC 번호	

본인은 아래에 서명함으로써 다음 내용을 확인합니다.

- 16세 이상입니다.
- 본인의 장기와 조직을 이식 및 연구 목적을 위해 기증하기로 동의합니다.
- 선관위가 기증자 등록을 위해 본인의 이름 및 신원 정보를 뉴욕주 장기 및 조직 기증 등록부(NYS Donate Life™ Registry)에 제공할 수 있도록 승인합니다.
- 또한, 본인이 사망했을 경우, 등록부가 이러한 정보를 연방정부의 규제를 받는 장기 확보 기관, 뉴욕주의 허가를 받은 조직 및 안구 은행, 뉴욕주 보건국 국장(NYS Commissioner of Health)의 승인을 받은 기타 기관에 제공할 수 있도록 승인합니다.



서명 _____ 날짜 _____

등록 자격 요건

신청서 사용 목적:

- 뉴욕주에서 유권자로 등록
- 마지막 투표 이후 이름 및/또는 주소가 변경된 경우 해당 정보를 변경
- 정당에 가입하거나 가입 정당을 변경

등록 필수 조건:

- 미국 시민이어야 함
- 본 양식을 제출한 해당연도의 12월 31일까지 18세가 되어야 합니다.
(참고: 투표를 행사하려면 총선거, 예비선거 및 기타 선거가 실시되는 날을 기준으로 18세가 되어야 함)
- 선거일 이전에 최소 30일 동안 뉴욕시 또는 뉴욕 카운티의 거주자여야 함
- 중범죄 유죄 판결로 인한 교도소 수감 또는 가석방 기간이 아님(가석방이 사면되었거나 시민의 권리가 회복된 경우는 제외)
- 타 지역에서 유권자 등록을 요청하지 않음
- 법원에서 무능력자로 인정되지 않음

중요 사항!

귀하의 유권자 등록 또는 등록 거부 권리, 유권자 등록 여부의 결정 또는 등록 신청에 대한 사생활 보호 권리, 정당 또는 기타 정치적 선호 사항을 스스로 선택할 권리가 타인에 의해 침해되었다고 판단되는 경우 아래 뉴욕주 선거관리위원회(NYS Board of Elections)로 불만을 제기하실 수 있습니다.

NYS Board of Elections

40 North Pearl St, Suite 5

Albany, NY 12207-2729

전화: 1-800-469-6872

TDD/TTY 사용자는 711번을 눌러 뉴욕주 릴레이

서비스(New York State Relay)를 통해 연결

웹사이트: www.elections.ny.gov

귀하의 등록 결정 의사는 기밀사항으로 취급되며 유권자 등록 목적으로만 사용됩니다. 유권자 등록을 하지 않기로 결정한 개인 및/또는 본 신청서가 제출된 사무실에 관련된 정보는 기밀사항이며 유권자 등록 목적으로만 사용됩니다.

신원 확인 절차

선거일 이전에 본 신청서 9번 항목에 기재된 DMV 번호(운전 면허증 번호 또는 비운전자 ID 번호나 소셜 시큐리티 번호 마지막 4자리를 통해 귀하의 신분을 확인하게 됩니다).

DMV 또는 소셜 시큐리티 번호가 없다면 사진이 부착된 유효한 신분증, 가장 최근의 공과금 고지서, 은행 입출금 내역서, 급여 지불 수표, 정부 발행 수표 또는 본인의 이름과 주소가 기재된 기타 정부 발행 문서를 통한 신원 확인이 가능합니다. 위에 해당하는 신분증의 사본을 본 신청서에 동봉해 접수할 수 있습니다.

선거일 전에 귀하의 신원을 확인할 수 없는 경우, 처음 투표 시 신분증 제시를 요청받게 됩니다.

신청서 작성 시 주의 사항:

선거관리위원회에 거짓된 정보를 제공하거나 허위로 유권자 등록을 진행하는 행위는 범죄 행위입니다.

9번 항목: 반드시 하나를 선택해야 합니다. 궁금한 점이 있으면 위에 명시된 신원 확인 절차를 참고하십시오.

10번 항목: 전에 한 번도 투표한 적이 없으면 “없음(None)”이라고 기재하고, 마지막으로 투표한 날짜를 기억할 수 없으면 물음표(?)를 기재하십시오.

다른 이름을 사용하여 투표한 경우 해당 이름을 기재하고, 그렇지 않으면 “같음(Same)”이라고 기재하십시오.

11번 항목: 하나의 항목에만 표시하십시오. 정당 가입은 선택 사항이지만, 정당 예비 선거에 투표하려는 투표자는 해당 정당에 가입해야 합니다(주 정당 규칙에서 별도로 허용하는 경우는 제외).