

# 저소득 가구 수도요금 지원 프로그램(LIHWAP) 보조금 신청서

작성 및 서명이 완료된 신청서 발송 주소: NYS OTDA/LIHWAP, PO Box 1789, Albany, NY, 12201

## 신청자 또는 가구 정보(인쇄체로 쓰세요)

음용수 및/또는 하수도 요금 고지서 납부를 주로 직접적으로 책임지는 당사자가 본 신청서를 작성해야 합니다. 요금 고지서에 이 신청자의 이름이 있어야 합니다.

이름: \_\_\_\_\_ 성: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

도로명: \_\_\_\_\_ 시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_  유선전화  휴대전화 거주 카운티: \_\_\_\_\_

상기의 주소와 다른 경우의 우편물 주소: \_\_\_\_\_

이메일 주소(선택 사항): \_\_\_\_\_

### 음용수

서비스가 중단 적이 있습니까?  예  아니요 단수 통지서가 있습니까?  예  아니요

나는 다음의 항목에 대한 지원을 신청합니다:  연체 고지서.  최근 고지서

벤더 이름: \_\_\_\_\_ 계정 번호: \_\_\_\_\_

서비스 기간(고지서에 적힌 경우) \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ 연체금액: \$ \_\_\_\_\_

### 하수도

서비스가 중단 적이 있습니까?  예  아니요 단수 통지서가 있습니까?  예  아니요

나는 다음의 항목에 대한 지원을 신청합니다:  연체 고지서.  최근 고지서

벤더 이름: \_\_\_\_\_ 계정 번호: \_\_\_\_\_

서비스 기간(고지서에 적힌 경우) \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ 연체금액: \$ \_\_\_\_\_

### 복합 음용수 및 하수도

서비스가 중단 적이 있습니까?  예  아니요 단수 통지서가 있습니까?  예  아니요

나는 다음의 항목에 대한 지원을 신청합니다:  연체 고지서.  최근 고지서

벤더 이름: \_\_\_\_\_ 계정 번호: \_\_\_\_\_

서비스 기간(고지서에 적힌 경우) \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ 연체금액: \$ \_\_\_\_\_

신청자 본인을 포함해 신청자 가구 전 구성원을 기입하십시오. 필요 시 용지를 추가로 첨부하십시오.

| 이름 | 중간 이름<br>이니셜 | 성 | 성별<br>성별 | 성<br>정체성<br>(선택) | 생년월일 | 나와의<br>관계 | 사회보장번호: | 시민/미국 국적자 또는<br>합법적 거주 외국인                              |
|----|--------------|---|----------|------------------|------|-----------|---------|---|
|    |              |   |          |                  |      | 본인        |         | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
|    |              |   |          |                  |      |           |         | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
|    |              |   |          |                  |      |           |         | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
|    |              |   |          |                  |      |           |         | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
|    |              |   |          |                  |      |           |         | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |

다음의 수당을 받는 가족 구성원이 있습니까?  가정용 에너지 지원 프로그램(HEAP),  보충 영양 지원 프로그램(SNAP),  임시 지원(TA), 또는  보충 보안 수입(SSI 독거)

답변이 예인 경우, 누가 받고 있습니까? \_\_\_\_\_ 사례번호: \_\_\_\_\_

가구 내에 장애인이나 시각 장애인이 있습니까?  예  아니요 답변이 예라면, 그 사람은 누구입니까? \_\_\_\_\_

**소득:** 신청자 본인을 포함한 가구 전 구성원의 이전 달 소득 정보를 기입하십시오. 신청자는 소득 증빙 자료를 제공해야 합니다. 신청자는 다른 가구 구성원을 대표해 소득 정보를 입증해야 합니다. 메디케어 수혜자인 경우, 총액을 기입하고 파트 B 및/또는 파트 D에 납부하는 금액을 표시하세요.

| 수혜자 이름 | 소득원<br>(고용주 이름, 사회보장, 사회보장장애, 양육비, 임대 소득 등) | 빈도<br>(주별, 월별, 격주 등) | 총액<br>(공제 전) | 메디케어 파트 B 및/또는 D 납부액 |
|--------|---|----------------------|--------------|----------------------|
|        |   |                      |              |                      |
|        |   |                      |              |                      |
|        |   |                      |              |                      |
|        |   |                      |              |                      |

**중요 정보 및 동의 사항: (서명하기 전에 주의 깊게 읽어보십시오)**

나는 본 신청서를 제출함에 있어 모든 정보가 사실이며 완전하며 정확한 것으로 이해합니다. 나는 저소득 가구 수도요금 지원 프로그램(LIHWAP) 보조금을 위한 본 신청서와 관련해 내가 고의로 한 거짓 진술이나 기타 허위 진술로 인해 나를 대신해 음용수 및/또는 하수도 사업자(업체)로 지급되는 지원금에 자격이 없는 것으로 판명될 수 있음을 이해합니다. 또한 이 프로그램에 따른 지원을 받기 위해 본인이 고의적인 거짓 진술이나 허위 표현을 할 경우 민사 및/또는 형사적 처벌을 받을 수 있습니다. 본 신청서에 제공하거나 확인을 통해 발견된 정보는 공식 조사를 목적으로 기타 주 기관, 연방 기관 및 지역 기관 그리고 사기 조사 또는 기소를 목적으로 사법 관계 기관에 공개될 수 있습니다. 귀하의 가구를 상대로 청구 요청이 발생한 경우, 모든 사회보장번호(SSN)를 포함한 본 신청서 상의 정보는 청구액 징수 조치를 위해서 연방 및 주 기관은 물론이고, 민간 징수 기관에 제공될 수도 있습니다.

나는 본 신청서를 제공함으로써 LIHWAP 보조금 신청서와 관련해 내가 제공했던 정보를 확인 또는 입증하기 위한 뉴욕주 임시장애지원국(OTDA)에 대한 어떠한 조사에도 동의하고 있는 것으로 이해합니다. 내가 LIHWAP 신청서에 제공했던 정보와 문서는 신원 확인에 사용될 것이며 본인과 기타 가구 구성원이 받은 근로 소득과 불로 소득 입증을 위해, 아울러 신청자가 지급금이나 기타 지원을 받을 수 있는 지 결정하기 위해 공개되거나 재공개될 수 있습니다. 나는 OTDA 또는 기타 주 정부, 연방, 지방 또는 기타 관계자와의 모든 대화, 문자 또는 기타 통신 수단에서 제공된 정보 외에 이들 기관이 내가 제공했던 모든 문서와 본 신청서 상의 정보를 기록, 저장하고 이에 접근해 활용하는 데 동의합니다. 나는 사회보장서비스 지역사무소, 기타 지역 기관이나 단체 및 미국 보건복지부(HHS)를 포함하나 이에 국한되지 않고 LIHWAP 행정에 필요한 모든 기관에 나의 LIHWAP 자격에 관계되거나 본 신청서에 제공된 정보를 공개하는 것에 명시적으로 동의합니다. 또한 보조금 중복을 피하기 위해 본 신청서에 제공되거나 LIHWAP 자격에 관계된 정보를 여타의 기관에 공개하고 이를 사용하는 것에 동의합니다. 나는 LIHWAP 보조금 신청과 관련해 OTDA가 추가 정보를 요청할 수도 있음을 이해하며 OTDA가 정한 시간 내에 요청된 그러한 정보를 제공하는 데 동의합니다.

나는 본 신청서에 유선 전화번호 또는 이동전화 번호를 제공하거나 문자 메시지(SMS/MMS)를 통한 연락을 요청 함으로써 OTDA가 문자 메시지를 전송하거나 전화 연락하거나 LIHWAP에 관계된 음성 메시지를 남기는 데 이러한 번호를 이용할 수 있음을 이해하고 이에 동의합니다. 무선 통신 사업자의 표준 문자 메시지와 데이터 요금이 부과될 수 있습니다. 통화나 문자메시지 수신에 관계된 모든 요금은 개별 수신자 부담입니다. 뉴욕주와 그 대리인은 귀하의 LIHWAP 신청으로 인해 또는 이와 연관된 음성, 문자 메시지, 데이터 비용을 포함하나 이에 국한되지는 않는 손해, 손실, 청구, 지출 또는 비용에 대해 책임을 지거나 이를 인정하지 않습니다. 통화 또는 문자 메시지(SMS/MMS) 수신에 관한 세부 사항은 전화 서비스 사업자에게 확인하십시오. 자동 전화 걸기 시스템으로 문자 메시지가 전송되거나 전화 통화가 이뤄질 수 있습니다. 나는 이메일 주소를 제공함으로써 OTDA가 LIHWAP에 관계된 서신을 내가 제공한 이메일 주소로 전송할 수도 있음을 이해하고 이에 동의합니다.

또한 본 신청서에 제공된 정보를 음용수 및/또는 하수도 지원 프로그램, 단열화 프로그램 및 유틸리티 회사의 저소득층 프로그램에 추천할 때 사용하는 것에 동의합니다. 나는 OTDA에서 음용수 및/또는 하수도 업체에 LIHWAP 수령을 입증하는 데 나의 사회보장번호를 사용할 것이라는 것을 이해합니다. 아울러 나에게 수도 서비스를 제공하는 업체가 LIHWAP 성과 측정을 목적으로 음용수 및/또는 하수도 사용, 소비, 연간 요금 및 OTDA, HHS에 대한 납부 내역을 제한 없이 포함하여 특정 통계 정보를 공개하는 것 또한 허용합니다.

나는 위의 동의 내용을 읽고 이해하였으며 그에 따른 허가 및 동의 사항에 찬성합니다. 나는 본 신청서에 서명하고 이를 OTDA에 제출함으로써 위증죄의 형벌에 따라 그렇게 행동할 것임을 이해하고 이에 동의하며, 본 신청서에 제공된 정보가 사실이며 완전하고 정확함을 단언하고 있습니다.

이름(인쇄체) \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

**기관용**

접수일: \_\_\_\_\_ 데이터 입력일: \_\_\_\_\_

코멘트: \_\_\_\_\_

## 신청자 안내

### 작성 및 서명이 완료된 신청서 발송 주소:

NYS OTDA/LIHWAP  
PO Box 1789  
Albany, NY 12201

**신청하기 위해 필요한 것은 무엇입니까?** 신청자는 본 신청서와 함께 다음의 문서/정보를 포함시켜야 합니다.

- 신청 당사자의 신원 증명서. 신원 문서는 기타 모든 가구 구성원에 대해 요청되나, 필수적인 것은 아닙니다.
- 주거지 증빙 서류. 신청자는 지원을 요청하는 거주지에 거주하고 있어야 합니다.
- 신청자의 영구 및 주 주거지가 기재된 음용수 및/또는 하수도 요금 고지서. 요금 고지서에는 신청서를 작성하는 당사자의 이름이 써 있어야 합니다.
- 신청 당사자 소득 자료 기타 모든 가구 구성원의 소득액이 기입되어야 하지만, 서류가 꼭 필요한 것은 아닙니다.
- 신청 당사자의 유효한 사회보장번호(SSN). SSN는 기타 모든 가구 구성원에 대해 요청되나, 필수적인 것은 아닙니다.

**누가 신청서에 서명하고 작성을 완료해야 합니까?** 신청서는 음용수 및/또는 하수도 요금 납부를 주로 직접적으로 책임지는 당사자가 작성해야 합니다.

**어떤 주소를 기재해야 됩니까?** 현재 주소를 기재해야 됩니다. 주소는 영구적인 주거지의 주소여야 합니다.

**내 전화번호가 필요한 이유는 무엇입니까?** 정보가 추가로 필요할 경우 귀하의 신청서를 적시에 처리할 수 있게 됩니다.

**가구 구성원으로 누구를 기재해야 됩니까?** 혈연관계가 아니거나 금전적으로 도움을 주지 않더라도 귀하의 집에 거주하는 사람이면 다 기재해야 됩니다. 본인을 첫 번째 줄에 기재합니다.

**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 가구 구성원의 성 정체성이 귀하가 해당 인물에 대해 칭하는 성별과 다르며 귀하가 해당 인물의 성 정체성을 기입하고자 하는 경우, 제시된 공간에 “남성”(Male), “여성”(Female), “중성”(Non-Binary), “엑스”(X), “성 전환자”(Transgender), “기타 성 정체성”(Different Identity) 중에서 하나를 인쇄체로 작성해주세요. 인쇄체로 “기타 성 정체성”이라고 작성한 경우, 제시된 공간에 해당 인물의 성 정체성을 더 자세히 설명하실 수도 있습니다.

**시민/외국인 정보:** LIHWAP를 받으려면 미국 시민권자이거나 합법적 거주 외국인이거나 또는 미국 비시민 국민이어야 합니다. 합법적 거주 외국인 또는 미국 비시민 국민의 구성 요건에 관한 추가 정보가 궁금하시다면 뉴욕주 임시장애지원국(OTDA) 상담 전화 1-800-342-3009 번으로 문의하시거나 OTDA 웹사이트 <http://www.otda.ny.gov> 를 방문하십시오.

**모든 가구 구성원의 사회보장번호를 기입해야 합니까?** 신청자의 경우 유효한 사회보장번호는 필요하며 기타 모든 가구 구성원에 대해서도 요구됩니다. 구성원이 사회보장번호가 없지만 신청을 한 상태인 경우 사회보장번호 박스에 “applied”를 기입하십시오. 가구 구성원 중 신청 당사자를 위한 이 부분을 공란으로 두는 경우, 신청서는 처리될 수 없으며 추가 정보를 위해 유예됩니다.

**소득 부분은 어떻게 완성합니까? 증거를 제시해야 됩니까?** 전 가구 구성원의 근로 소득 및 불로 소득을 기입하십시오. 공제전 금액을 기재해 주십시오. 공제 항목은 소득세, 자녀 양육비, 임금 차압, 건강 보험, 노동조합 회비 등을 포함하며 이에 한하지 않습니다. 신청 당사자의 자영업 소득 및 임대료 소득을 포함해 전 구성원의 근로 소득과 불로 소득에 관한 자료를 제출해야 합니다. 기타 소득에 대한 증빙 자료를 제공해야 될 수도 있습니다. 원본을 제출할 경우 반환되지 않습니다. 자격조건은 신청월의 총 가구 월별 소득을 기준으로 합니다. 메디케어 공제전 사회보장 금액을 기입해 주십시오. 메디케어 B 항목 및/또는 D 항목 지급 금액을 개별적으로 기재해 주십시오. 메디케어 B 항목 및 D 항목은 소득에서 제외됩니다. 은행 계좌, CD, 주식, 채권 또는 기타 투자 소득의 이자 또는 배당금 부분만 기입하십시오. 각 계정 개별 기재 공간이 더 필요할 경우 추가 용지를 첨부하십시오. 올해 초부터 현재까지의 수령액을 입력하십시오.

**신청서에 서명하고 날짜를 기재해 주십시오.** 신청서는 음용수 및/또는 하수도 요금 고지서에 이름이 있는 당사자가 서명해야 합니다.

**심리:** 신청자는 신청자가 서명하고 작성한 신청서를 OTDA에 접수한 후 업무일 기준 30일이 지났지만 자격 결정에 대해 통보 받지 못하는 경우, 심리를 요청할 수 있습니다. 작성 내용이 부족한 신청서는 최대 10일 동안 유예될 수 있으며 유예 기간은 통지서를 제공하기 전 30일의 업무일 기간에 포함되지 않습니다. 지원이 거부되었거나 승인된 지원 금액에 동의하지 않는 신청자는 심리 요청 판결을 받은 후 60일이 있습니다. 이메일 주소 [NYSLIHWAP.appeals@otda.ny.gov](mailto:NYSLIHWAP.appeals@otda.ny.gov), 전화번호 (833) 690-0208, 또는 서면 작성 시 NYS LIHWAP Floor 11B, 40 N. Pearl St. Albany, NY 12243의 주소로 심리를 요청할 수 있습니다.

## 허용되는 문서 유형

|   |   |
|---|---|
| <p><b>거주(현재 살고 있는 곳)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 세입자 및 지주의 성명 및 주소가 기재된 임대료 영수증 또는 이름과 주소가 기재된 임대차 계약</li> <li>• 음용수, 하수도 또는 세금청구서</li> <li>• 주택 소유자/세입자의 보험 증서</li> <li>• 수도광열비 청구서</li> <li>• 주소가 기재된 담보대출비용 지급 기록/영수증</li> </ul>  |   |
| <p><b>신원</b></p> <p>신청 당사자의 경우 다음 중 한 가지 이상을 제공해야 합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 운전 면허증</li> <li>• 사진이 부착된 신분증</li> <li>• 미국 여권 또는 귀화 증명서</li> <li>• 출생 증명서 또는 세례 증명서*</li> <li>• 인증된 사회 보장 번호 (SSN)*</li> <li>• 타인의 진술서*</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>*두가지 형식의 입증 자료가 필요합니다.</b></p>          |   |
| <p><b>사회보장번호</b></p> <p>신청 당사자의 유효한 사회보장번호(SSN)를 제공해야 합니다. 만약 SSN이 없으면 사회보장국(SSA)에 신청해야 합니다.</p>  |   |
| <p><b>음용수 및 하수도 검증</b></p> <p>가장 최근의 음용수 및/또는 하수도 요금 고지서 사본, 음용수 및/또는 하수도 요금을 표시한 현재의 세금 고지서 또는 서비스 제공업체 측의 내역서를 제공하십시오. 음용수 및 하수도 요금 고지서가 개별적으로 존재한다면 두 고지서의 사본을 제공하십시오.</p>   |   |
| <p><b>소득:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 최근 4주간의 봉급 명세표</li> <li>• 자영업자일 경우 최근 삼(3) 개월간의 영업 기록 또는 모든 관련 명세서가 포함된 귀하가 신고한 금년도 연방소득세신고서.</li> <li>• 이전 삼(3) 개월간의 임대료 소득/임차료 또는 모든 관련 명세서가 포함된 귀하가 신고한 금년도 연방소득세신고서.</li> <li>• 자녀 양육비 또는 위자료/배우자 수당</li> <li>• 이자/은행/배당 또는 세금 계산서</li> <li>• 하숙제공자 진술서</li> </ul> | <p><b>지원금 관련 서신 또는 다음과 같은 사항에 대한 공식 서신의 복사본:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 사회보장/추가보장수익(SSI)</li> <li>• 재향군인 지원금</li> <li>• 연금</li> <li>• 산재 보상/상해</li> <li>• 실업 보험 수당</li> </ul> |