가족 및 아동 서비스 부문

혜택 신청

작성된 신청서를 지역 카운티 사무소에 전달하거나 팩스 또는 우편으로 보내야 합니다.

이 문서를 읽거나 작성하는 데 도움이 필요하거나 당사와 소통하는 데 도움이 필요한 경우 문의하거나 (877) 423-4746 으로 전화하십시오. 통역을 포함한 우리의 서비스는 무료. 머거리, 청각장애, 청각장애, 언어장애가 있는 경우 711 번(조지아 릴레이)으로 위 번호로 전화하시면 됩니다.

가족 및 아동 서비스 부서(DFCS)에서는 어떤 서비스를 제공합니까?

DFCS 는 다음과 같은 서비스를 제공합니다:

식량지원

푸드 스탬프(SNAP) 혜택은 EBT/Quest 표시가 있는 모든 상점에서 음식을 구입하는 데 사용할 수 있습니다. 푸드 스탬프(SNAP) 계정에서 음식 구입 가격을 차감해 드립니다.

현금 지원/취업 지원 서비스 빈곤 가정을 위한 임시 지원(TANF)은 부양 자녀가 있는 가정에 제한된 시간 동안 현금 지원을 제공합니다. 지원금에 포함된 부모나 보호자는 업무 프로그램에 참여해야 합니다. 현금 지원 프로그램은 또한 TANF 프로그램에 적합하지 않은 난민 가정에 재정적 지원을 제공합니다.

- 손자손녀를 키우는 조부모님(**Grandparents Raising Grandchildren, GRG)은 아이들이 조부모님의 집에서 보살핌을 받을 수 있도록 필요한 지원을 제공할 것입니다.**

의료 지원

메디케이드는 자격이 있는 사람들을 위해 의료비, 의사 방문 및 메디케어 보험료 지불을 도울 수 있습니다.

커뮤니티 아웃리치 서비스

기타 DHS 서비스에 대한 자세한 내용은 당사 웹 사이트 http://dfcs.georgia.gov 를 방문하거나 (877) 423-4746 으로 전화하십시오.

혜택은 어떻게 신청하나요?

1 단계. 신청서를 작성하세요.

질문을 주의 깊게 읽고 정확한 정보를 제공하세요 신청서에 서명하고 날짜를 기입하십시오.

2 단계. 신청서를 지역 사무소에 제출하세요.

1-2 페이지, 17-20 페이지를 찢어서 보관하셔야 합니다.

본 지원서의 3-16 페이지를 지역 DFCS(Division of Family & Children Services) 사무실로 우편, 팩스 또는 가져오십시오. **http://dfcs.georgia.gov/locations** 에서 지역 사무소를 찾을 수 있습니다.

귀하 또는 귀하가 신청하는 사람이 혜택을 받을 자격이 있는 경우, 귀하의 이름, 주소 및 서명이 적힌 신청서를 받은 날부터 푸드 스탬프(SNAP) 혜택이 제공됩니다. TANF 혜택은 신청서가 승인된 날부터 제공됩니다.

자주 묻는 질문

혜택을 받으려면 얼마나 걸립니까?

푸드 스탬프 (SNAP):	최대 30 일
TANF:	최대 45 일
메디케이드:	10 일에서 60 일

자격을 갖추면 7 일 이내에 푸드 스탬프(SNAP)를 받을 수 있습니다. 6 페이지를 보십시오.

얼마를 받을 수 있을까요?

소득, 자원 및 가족 규모에 따라 혜택 금액이 결정됩니다. 귀하의 자격이 결정되는 대로 구체적인 정보를 제공할 수 있습니다.

제가 어떻게 혜택을 받을 수 있을까요?

푸드 스탬프(SNAP)의 경우 전자 혜택 전송(Electronic Benefit Transfer, EBT) 카드를 통해 혜택에 액세스할 수 있습니다. TANF 의 경우 EPPIC 직불 마스터 카드를 발급받아 혜택에 액세스할 수 있습니다. 메디케이드의 경우, 자격이 있는 각 회원에게 메디케이드 카드를 받게 됩니다.

다음 정보를 제공하라는 메시지가 표시될 수 있습니다:

- 푸드 스탬프(SNAP) 및/또는 TANF 를 신청하는 경우 신청자의 신분 증명서. 신분증(ID) 또는 운전면허증(DL)은 허용되는 확인 형식. 의료 지원 신청자에게는 신분 증명서가 필요하지 않습니다.
- 혜택을 요청하는 모든 사람에게 미국 시민권/적격 이민자 자격을 증명합니다. 응급 의료 서비스(EMA)만 신청하는 경우 SSN 이나 이민 상태에 대한 정보를 제공할 필요가 없습니다.
- 지원을 요청하는 모든 사람의 사회 보장 번호.
- 소득 증명서(예: 급여 명세서, 자녀 양육비 지급 및 소득 보상 편지). 의료 지원 신청자에게는 양육비 지급 증명서가 필요하지 않습니다.
- 보육료 영수증, 의료비, 의료 교통비, 임대료/저당비, 양육비 지급 등의 비용 증명서. 의료 지원 신청자에게는 이 정보가 필요하지 않습니다.

우리는 먼저 전자 데이터 소스를 통해 시민권/출입국자 현황 및 소득 정보를 확인하려고 시도할 것입니다. 신청서를 제출할 때 종이 확인 서류가 반드시 필요하지는 않지만, 신청서와 함께 문서를 제공할 수 있습니다. 전자 데이터 소스를 통해 확인할 수 없고 이 정보를 얻는 데 도움이 필요하면 말씀하십시오.

가족 및 아동 서비스
부문

혜택 신청

푸드 스탬프(SNAP), TANF 및/또는 메디케이드를 신청하는 경우 이름, 주소, 서명만 있으면 혜택을 신청할 수 있습니다. 그러나 전체 양식을 작성하시면 귀하의 신청서를 더 빨리 처리하는 데 도움이 될 수 있습니다. 이 양식을 사용하여 두 개 이상의 프로그램 또는 식품 스탬프(SNAP) 프로그램에만 공동 신청할 수 있습니다. 다른 프로그램에 대한 응용 프로그램이 거부되었다는 이유만으로 (SNAP) 응용 프로그램이 거부되는 것은 아닙니다. 저희는 귀하의 푸드 스탬프(SNAP) 신청에 대한 자격 여부를 별도로 결정할 것입니다. 만약 여러분이 기관에 있고 동시에 푸드 스탬프(SNAP)와 SSI 를 신청한다면, 신청서의 제출일은 여러분이 그 기관에서 풀려난 날입니다.

3 단계. 우리와 이야기.
작업자와의 인터뷰를 완료해야 할 수도 있습니다. 만약 그렇다면, 우리는 당신에게 약속을 드릴 것입니다. 이 인터뷰는 전화로 끝낼 수 있습니다.

지원자의 개인정보를 어떻게 활용하나요?

혜택을 신청하고자 하는 사람에게는 SSN(사회보장번호)과 시민권 또는 이민자 신분만 제공하면 됩니다. 이 정보는 소득 및 자격 검증 시스템(IEVS)을 확인하는 데 사용됩니다. 또한 귀하의 정보를 다른 연방, 주 및 지방 기관과 비교하여 귀하의 소득과 자격을 확인하고 임금 정보와 업무 활동 참여를 추적할 것입니다. 가구원이 자신의 SSN, 시민권 또는 이민 상태에 대한 정보를 제공하지 않으려는 경우에도 다른 가구원은 여전히 혜택을 받을 수 있습니다. 응급 의료 서비스만 신청하는 경우, SSN 이나 이민 상태에 대한 정보를 제공할 필요가 없습니다.

다른 사람이 저를 대신해서 지원해도 될까요?
푸드 스탬프(SNAP) 및 메디케이드의 경우, 누군가에게 지원을 요청할 수 있습니다.
TANF 의 경우, 누구나 지원할 수 있지만 부모나 보호자는 반드시 인터뷰해야 합니다.

가족 및 아동 서비스 부문

혜택 신청

(이 응용 프로그램과 당신의 지방, DFCS 사무실에 반납하세요.).

나는 무엇을 적용하나요? (체크 그 모든 적용돼요)

- ❑ **푸드 스탬(보조 영양 지원 프로그램(SNAP)**
  이전에 푸드 스탬프로 알려진 보충 영양 보조 프로그램(SNAP)은 저소득 가정에 매달 혜택을 제공하여 음식 비용을 지불하도록 돕는 연방 자금 지원 프로그램입니다. 그 프로그램은 또한 가족들에게 그들의 음식과 영양 필요성을 가족 스냅에 덜 의존으로 이어진다 고용을 획득하는 것을 돕기 위해 고용과 훈련 기회를 제공한다 영양 교육을 제공해요.
- ❑ **Temporary Assistance for Needy Families (TANF)**
  의하면 한시적 빈곤 가족 부조(나머지 빈곤 가족)아이들과 자격이 있는 가족을 강화에 임시로 매달 현금으로 결제, 하나의 현금 지급 또는 기타 지원 서비스를 제공해요. 만일 그대가 아이들의 부모, 또는 보조금에 포함되고 싶은 관리인, 우리는 너는 업무 프로그램에 참여하도록 요구할 것이에요.
  - ❒ **Grandparents Raising Grandchildren (GRG)**
    손자손녀를 키우는 조부모(Grandparents Raising Grandchildren, GRG)는 아이들이 조부모의 집에서 보살핌을 받을 수 있도록 추가 현금 지급을 제공할 예정입니다. GRG 자격을 얻으려면 신청자가 TANF 를 신청해야 합니다.
- ❑ **난민 현금 지원**

  난민 현금 지원 프로그램은 TANF 프로그램에 참여할 자격이 없는 난민 가정에 재정적 지원을 제공합니다. 난민이라는 용어에는 난민, 쿠바/아이티 입국자, 인신매매 피해자, 아메라스인, 아시리스인, 아프가니스탄인 또는 특별이민 비자(SIV)를 가진 이라크인 또는 자격이 있는 아프가니스탄 가석방자가 포함됩니다.
- ❑ **메디케이드**
  메디케이드는 노인, 시각장애인 또는 장애인 성인, 임산부, 어린이 및 가족에게 의료 서비스를 제공합니다. 신청하시면 모든 메디케이드 프로그램을 살펴보고 어떤 프로그램을 받을 수 있는지 결정하겠습니다.

지원자에 대한 아래 표를 작성해주세요.

이름	중간 이니셜	성	접미사
사는 곳의 주소		아파트	
도시	주	우편번호	
메일주소(다른 경우)			
전화 번호	기타 연락처 번호		
전자 통신: 이메일: 예___ 또는 아니오___(선택 사항) 메시지: 예___ 또는 아니오___(선택 사항)	이메일 주소 (선택 사항):		
선호하는 언어는 무엇입니까?		만약 인터뷰가 필요하다면, 통역을 필요합니까? 예____또는 아니오___	

미국 장애인법: 합리적인 수정 및 커뮤니케이션 지원 요청(해당하는 경우):

합리적인 수정 또는 의사소통 지원이 필요한 장애가 있습니까? 예__아니오__(예인 경우, 요청하신 합리적인 수정 또는 통신 지원 서비스에 대해 설명하십시오:

수화통역기___; TTY____; Large Print___; 전자통신(이메일)입니다.___; 점자____; 비디오 릴레이____; 큐드 음성 통역기____; 구두 통역기___; 촉각 통역기__; 프로그램 마감일을 알리는 전화 통화 알림____; 전화 서명(해당하는 경우)입니다.___; 대면 면접(가정방문)입니다.___; 기타:_____ **이 합리적인 수정 또는 통신 지원이 한 번만 필요합니까? _____아니면 진행 중인 ___ 가능한 경우 이 수정또는 지원이 필요한 시기와 기간을 간략하게 설명하십시오?**

가족 및 아동 서비스 부문

혜택 신청

모든 푸드 스탬프(SNAP), TANF 및 메디케이드 신청자의 경우:

제가 혜택을 신청하는 사람이 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 존재하는 비시민이라는 것을 제가 아는 한 위증죄의 처벌을 받고 있음을 선언합니다. 본인은 또한 본 신청서에 제공된 모든 정보가 제가 아는 한 진실하고 정확하다는 것을 증명합니다. 저는 DHS-DFCS, DCH 및 공인 연방 기관이 이 신청서에 대해 제가 제공하는 정보를 검증할 수 있다는 것을 이해하고 동의합니다. 정보는 과거 또는 현재 고용주로부터 얻을 수 있습니다. 저는 제 정보가 임금 정보와 업무 활동 참여를 추적하는 데 사용될 것이라는 것을 알고 있습니다.

푸드 스탬프(SNAP) 및/또는 TANF 프로그램 요구사항에 따라 상황 변화를 보고합니다. 저는 또한 제 가족 중 복권이나 도박 당첨금을 받는 사람이 있다면 총 4250 달러 이상(세금이나 다른 금액이 원천징수되기 전)을 신고할 것입니다. 이 당첨금들은 우리 가족이 당첨금을 받는 월말부터 10 일 이내에 신고하겠습니다. 잘못된 정보가 있을 경우, 제 혜택이 축소되거나 거부될 수 있으며, 잘못된 정보를 고의로 제공한 혐의로 형사 기소되거나 DHS-DFCS 프로그램에서 실격될 수 있습니다. 제가 허위 정보를 제공하거나 정보를 숨긴다면 기소될 수 있다는 것을 알고 있습니다. 신청 또는 갱신 과정에서 DHS-DFCS 에 일부 비용을 알리지 못하거나 확인하지 못한 경우, DHS-DFCS 는 푸드 스탬프(SNAP) 혜택 금액을 계산할 때 해당 비용을 예산하지 않는다는 것을 알고 있습니다.

조지아주 인적 서비스부(DHS)는 급여 신청 시 이름, 주소, 전화번호, 이메일 주소 및 생년월일 등과 같은 개인 식별 정보(PII)를 수집합니다. 귀하는 개인 정보를 당사에 제출함으로써 이러한 개인 정보를 DHS 정책, 절차 및 법률 및/또는 규정에 의해 허용되거나 요구되는 대로 수집, 사용 및 공개할 수 있다는 데 동의합니다.

_____ _____

서명 **날짜**

_____ _____

위트 니스 서명 만약"X"날짜에 의해 서명 **날짜**

승인된 대표자:

완전한 이 부분은 만약 네가 원하는 사람이나 조직에 작성해 응용 프로그램, 완전한 면접 및/또는 당신의 세전 이익 카드를 음식 가능할 때 가려고 이 가게. 승인된 대표자로 지정하고 싶은 각각의 프로그램 형식으로 해 주십시오를 확인해요. 개인 또는 조직이 어떤 직무를 수행하기를 원하는지 체크해 주십시오. 만약 메디케이드 지원하는 두개 이상 법인 또는 조직 당신의 편에서 행동해야 할 선택할 수 있어요.

승인된 대표자 1 프로그램 유형: 푸드 스탬스(SNAP)❑ TANF ❑ 의료 지원 ❑.
수권 대리인 1 임무: 신청자 대신 서명신청❑ 갱신서 작성 및 제출 통지서 사본 수령 및 기타 커뮤니케이션 ❑ 기타 모든 사항은 신청자 대리행동 ❑ TANF 혜택카드(EPPIC) 수령 ❑

사람 이름 1: _____

조직 이름 1(해당하는 경우): _____ 전화: _____

주소:_____ 아파트:_____

시티: _____ 주:_____ 집:_____

전자 통신: 이메일: 예___ 또는 아니오___(선택 사항) 메시지: 예___ 또는 아니오___(선택 사항)

이메일 주소 (선택 사항)_____

선호하는 언어: _____ 통역이 필요합니까? 예____ 또는 아니오____

가족 및 아동 서비스 부문

혜택 신청

공인 대리인 2 프로그램 유형 푸드 스탬스(SNAP)❑ TANF ❑ 의료 지원 ❑.
수권 대리인 2 임무: 신청자 대신 서명신청 ❑ 갱신서 작성 및 제출 ❑ 통지서 사본 수령 및 기타 커뮤니케이션 ❑ 기타 모든 사항은 신청자 대리행동 ❑ TANF 혜택카드(EPPIC) 수령 ❑

사람 이름 2: _____

조직 이름 2(해당하는 경우): _____ 전화:_____

주소:_____ 아파트:_____

시티: _____ 주:_____ 집:_____

전자 통신: 이메일: 예___ 또는 아니오___(선택 사항) 메시지: 예___ 또는 아니오___(선택 사항)

이메일 주소 (선택 사항)_____

선호하는 언어: _____ 통역이 필요합니까? 예_____ 또는 아니오_____

미국 장애인법: 공인 대리점에 대한 합리적인 수정 및 커뮤니케이션 지원을 요청합니다 (해당하는 경우).

공인 대리인에게 합리적인 수정 또는 의사소통 지원이 필요한 장애가 있습니까? 예__아니오__(예인 경우, 요청하신 합리적인 수정 또는 통신 지원 서비스에 대해 설명하십시오:

수화통역기___; TTY____; Large Print___; 전자통신(이메일)___; 점자____; 비디오 릴레이____; 큐드 음성 통역____; 구술 통역___; 촉각 통역___; 프로그램 마감일을 알리는 전화 통화____; 전화 서명(해당되는 경우) ___; 대면 인터뷰(홈 방문) _____; 기타:_____.

공인 대리점에 이 합리적인 수정 또는 커뮤니케이션 지원이 필요합니까? 일회성___또는 지속적인____? 가능한 경우 이 수정또는 지원이 필요한 시기와 기간을 간략하게 설명하십시오?_____

사무실 전용: 받은 날짜:_____

급행 차선 자격

급행 차선 자격(ELE)은 추가 영양 지원 프로그램(SNAP) 또는 TANF(Temporary Assistance for Need Family)를 받고 있는 19 세 미만의 유자격 어린이를 의료 지원 프로그램에 등록하거나 갱신하는 자동 프로세스입니다. 귀하의 자녀가 SNAP 또는 TANF 수혜 자격이 있는 경우 가족 및 아동 서비스국(DFCS)은 SNAP 또는 TANF 의 가구 규모, 거주지 및 소득 정보를 사용하지만 DFCS 는 MA 규칙을 사용하여 시민권 또는 이민 신분을 확인하여 Medicaid 또는 PeachCare for Kids®에 자녀를 등록하거나 갱신하기로 한 ELE 결정. 자녀가 PeachCare for Kids®를 받을 수 있는 경우, 보험료가 부과될 수 있습니다. DFCS 는 결정 통지서를 보내어 사용자가 변경 사항을 적용하고 언제든지 탈퇴할 수 있도록 할 것입니다.

DFCS 가 SNAP 또는 TANF 의 정보를 사용하여 Medicaid 또는 PeachCare for Kids®에 자녀를 등록하거나 갱신하는 ELE 결정을 내리도록 허용하는 데 동의하십니까?

☐예 ☐아니요

가족 및 아동 서비스 부문

PeachCare for Kids®

혜택 신청

푸드 스탬프(SNAP)를 더 빨리 받을 수 있는 자격이 있습니까? (이 푸드 스탬프(SNAP)지원자들에만 해당)

신청자 및 모든 가구원에 대한 이 질문에 답하여 7 일 이내에 푸드 스탬프(SNAP)를 받을 수 있는지 확인하십시오.

1. 당신이나 가족 구성원 노동자 혹은 계절별 농장 일꾼인가요? ❑ 에 ❑

   아니요 만약 **그렇다면**, 누구 _____

2. 이번 달에 받게 될 총 근로 소득은 다음과 같습니다: $ _____
   고용주 이름_____
   고용 시작 날짜_____ 고용 종료일 _____
   급여율 _____ 주당 근무 시간 _____
   급여 지급 빈도: 주간/격주/반월/월간(원형 1 번)

3. 이번 달에 받게 될 총 불로소득은 다음과 같습니다: $_____
   불로소득 유형_____액수_____
   급여 지급 빈도: 주간/격주/반월/월간(원형 1 번)

   불로소득 유형_____액수_____
   수신 빈도: 주간/격주/반월/월간(원형 1 번)

4. 이번 달의 총 근로소득과 불로소득은 다음과 같습니다: $ _____

5. 당신과 모든 가족 구성원들은 현금이나 은행에 얼마나 많은 돈을 가지고 있습니까? $ _____

6. 월세, 주택 담보 대출, 재산세 및/또는 주택 소유자 보험의 금액은 얼마입니까? $ _____

7. 이번 달 전기, 수도, 가스 및/또는 기타 전력회사의 총 금액은 얼마입니까? $ _____
   (기한이 지난 수수료 및 연체 수수료 금액은 총액에서 제외합니다.)

   a. 당신 집의 주요 난방 또는 냉방 공급원은 무엇입니까? 체크 그 모든 적용돼요
      전기____ 가스_____창문 또는 중앙 에어컨_____등유_____목재_____

   b. 지난 12 개월 동안 에너지 지원을 받은 적이 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니요 예인 경우 받은 금액 $_____

가족 및 아동 서비스 부문

혜택 신청

신청자 및 모든 가구원에 대해 말씀해 주십시오.

의료 지원 신청자의 경우: 함께 살고 있는 21 세 이하의 당신, 당신의 배우자, 당신의 자녀(의붓아들 포함)를 포함하세요 건강 보험이 필요한 미혼 파트너, 세금 신고서에 포함된 사람, 비록 그들이 당신과 함께 살지 않더라도, 그리고 다른 사람 21 세 미만일 때 당신을 돌보고 함께 사는 사람. 건강 보험이 필요하지 않은 당신의 미혼 파트너를 포함할 필요가 없습니다. 결혼하지 않은 파트너의 자녀, 함께 살지만 자신의 세금 신고서를 제출하는 부모(만 21 세 이상인 경우), 또는 자신의 세금 신고서를 제출하는 다른 성인 친척입니다. 응급 의료 서비스(EMA)만 신청하는 경우 SSN 이나 이민 상태에 대한 정보를 제공할 필요가 없습니다.

신청자와 모든 가구원에 대한 아래 표를 작성해주세요. 다음과 같은 연방 법률 및 규정이 있습니다: 2008 년 식품 및 영양법에 따라, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910 및 42 C.F.R. § 435.920, DFCS 가 귀하와 귀하의 가구원들에게 사회보장번호를 요청할 수 있도록 권한을 부여합니다. 귀하의 가정에 살고 있으면서 혜택을 신청하지 않는 사람은 누구나 비신청자로 취급될 수 있습니다. 비신청자는 사회보장번호, 시민권, 출입국자 정보를 알려주지 않아도 되며 혜택을 받을 수 없습니다. 다른 가구원이 다른 자격이 있는 경우에도 여전히 혜택을 받을 수 있습니다. 가족 구성원이 혜택을 받을 수 있는지 여부를 결정하려면, 여전히 그들의 시민권이나 이민 상태에 대해 우리에게 말하고 그들의 사회 보장 번호(SSN)를 알려주어야 합니다. 아직도 자기들의 수입과 자원에 대해 가정의 자격과 이익 수준을 결정할 필요가 있을 것이에요. 신청자가 아닌 가족 구성원이 시민권 또는 이민 신분을 제공하지 않는 경우 미국 시민권 및 이민 서비스(USCIS) SAVE(Systematic Alien Verification for Entitlements) 시스템에 보고하지 않습니다. 만약 이민 상태 정보 응용 프로그램에 제출되었다 하지만, 이 정보는 저장 시스템을 통해 검증하고 가계의 자격과 이익 수준에 영향을 준다고 받을 수 있어요. 우리는 다른 연방, 주 및 지역 기관과 당신의 수입과 자격을 검증 당신의 정보와 일치할 것이에요. 이 정보는 또한 법 집행 기관에 이 법에서 실행 중인지 사람들을 잡기할 수 있어요. 만약 당신의 가구가 푸드 스탬프(SNAP)주장한다면, 이 응용 프로그램에 핵추진 잠수함을 포함한 정보가 연방과 주 각 기관과 민간 채권 추심 전문 회사에 요구 수집에 사용할 줄 수 있어요. 다른 가구원이 SSN, 시민권 또는 이민 자격을 제공하지 못하기 때문에 신청 가구원에 대한 혜택을 거부하지 않습니다.

아름 이름 중간 이니셜 성	관계	이 사람은 혜택을 신청하는 건가요? (예/아니요)	이 사람은 건강 보험이 필요합니까? (예/아니요)	생년월일 형식 (mm/dd/yy)	사회 보장 번호 **(비신청자 선택사항)**	성 (남성/여성)	히스패닉인가요, 라틴계인가요? **(선택사항)** (예/아니요)	레이스 코드 **(선택사항)** (아래 코드 참조)	(아래 코드를 참조) **국가, 자격을 갖춘 이민자 또는 만족스러운 이민 지위에 있습니까? (신청자만 해당)** (예/아니요)
	자신								

레이스 코드(해당 항목 모두 선택):

AI - 미국 인디언 또는 알래스카 원주민입니다. **AS -** 아시아인 **BL –** 흑인 또는 아프리카계 미국인

HP - 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민 **WH -** 흰색

인종/민족 정보를 제공함으로써 귀사는 차별 없는 방식으로 프로그램을 관리할 수 있도록 지원할 것입니다. 귀하의 가구는 이러한 정보를 제공할 필요가 없으며 귀하의 자격이나 혜택 수준에 영향을 미치지 않습니다.

가족 및 아동 서비스 부문

혜택 신청

만약 당신이나 다른 가정 지원자들이 미국이 아니라면요. 시민 또는 미국 국적자는 다음 차트를 작성합니다:
필요에 따라 추가 페이지를 추가하십시오.)

이름 이름 중간 이니셜 성	출입국 관리 서류 유형	계인/인증서/문서 ID 번호	1996 년부터 미국에 사셨나요? (예/아니요)	귀화 날짜/미국 입국 또는 입국 날짜 (해당하는 경우) 체재 (mm/dd/yy)	당신의 배우자 또는 부모가 참전용사입니까? 아니면 현역 미군입니까? (예/아니요)

신청자 및 모든 가구원에 대해 자세히 알려 주십시오

우리는 누가 혜택을 받을 자격이 있는지 결정하기 위해 신청자와 모든 가구원에 대한 더 많은 정보가 필요합니다. 아래 페이지에서 받고 싶은 혜택에 대한 질문에만 답변해 주십시오.

1. 다른 카운티나 주에서 혜택을 받은 사람이 있습니까? (푸드 스탬프(SNAP) 및 TANF 만) ❑ 예 ❑ 아니요

   경우 **예**:
   누구: _____
   어디: _____
   언제: _____

2. 1996 년 8 월 22 일 이후 두 개 이상의 영역에서 여러 FS 혜택을 받기 위해 자신이 사는 곳과 누구인지 허위 정보를 제공한 혐의로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? (식품 스탬프(SNAP)만) ❑ 예 ❑ 아니요

   경우 **예**:
   누구: _____
   어디: _____
   언제: _____

3. 신청일로부터 30 일 이내에 자발적으로 직장을 그만두거나 근로시간을 주당 30 시간 이하로 줄인 사람이 있습니까? (푸드 스탬프(SNAP) 및 TANF 전용) ❑ 예 ❑ 아니요

   만약 그렇다면, 누가 그만두나요? _____
   그/그녀는 왜 그만두었나요?_____

4. 임신한 사람 있어요? (이 질문은 푸드 스탬프(SNAP) 신청자에게는 적용되지 않습니다.) ❑ 예 ❑ 아니요

   그렇다면 예상 납기는 언제입니까? _____; 그리고 얼마나 많은 아기가 예상됩니까? _____
   만약 아니라면, 지난 12 개월 이내에 출산했거나 임신이 종료된 사람이 있습니까?❑ 예 ❑ 아니요

   그렇다면 아기 출산/중단 날짜는 언제였습니까? _____; 얼마나 많은 아기가 출산/예상되었습니까? _____
   임산부 이름 : _____ 태아 아빠 이름 : _____
   아버지의 주소: _____

혜택 신청

5. 메디케이드 신청자의 경우, 지난 3 개월 동안 미납된 의료비가 있나요? ❑ 예 ❑ 아니요
만약 그렇다면, 메디케이드 케이스가 있다면 미지급된 청구서를 보내주세요.

6. 푸드 스탬프(SNAP) 또는 TANF 프로그램에서 자격을 박탈당한 사람이 있습니까? (푸드 스탬프(SNAP) 및 TANF 전용)
❑ 예 ❑ 아니요

경우 **예**:
누구: _____
어디: _____

7. 중범죄로 기소되거나 감옥에 갇히는 것을 피하기 위해 도망치는 사람이 있습니까? (푸드 스탬프(SNAP) 및 TANF 만)
❑ 예 ❑ 아니요
예인 경우, 누구:_____

8. 보호관찰이나 가석방 조건을 위반한 사람이 있습니까? (푸드 스탬프(SNAP) 및 TANF 전용) ❑ 예 ❑ 아니요
예인 경우, 누구: _____

9. 1996 년 8 월 22 일(SNAP 및 TANF 만 해당) 이후 통제된 약물(즉, 마약 중범죄자)의 소지, 사용 또는 유통과 관련된 행동 또는 폭력 중범죄(TANF 만 해당)와 관련된 중범죄 유죄판결을 받은 사람이 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니요

예인 경우:
누구: _____ 언제: _____

a. 마약 중범죄 유죄판결로 선고된 형과 관련된 보호관찰 조건을 준수하고 있습니까? 푸드 스탬프(SNAP)만 해당) ❑ 예 ❑ 아니요

b. 마약 관련 유죄 판결과 관련된 모든 보호관찰 또는 가석방 기간을 성공적으로 마쳤습니까?
(푸드 스탬프(SNAP)만 해당) ❑ 예 ❑ 아니요

c. 마약 관련 유죄 판결과 관련된 모든 보호관찰 또는 가석방 기간을 성공적으로 마쳤습니까?
(푸드 스탬프(SNAP)만 해당) ❑ 예 ❑ 아니요

10. 1996 년 8 월 22 일 이후 식품 스탬프(SNAP) 혜택을 마약과 거래한 혐의로 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? (식품 스탬프(SNAP)만) ❑ 예 ❑ 아니요

경우 예:
누구: _____ 언제: _____

11. 1996 년 8 월 22 일 이후 500 달러 이상의 푸드 스탬프(SNAP) 혜택을 구매하거나 판매한 혐의로 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? (푸드 스탬프(SNAP)만) ❑ 예 ❑ 아니요

경우 예:
누구: _____
언제: _____

12. 1996 년 8 월 22 일 이후에 총, 탄약 또는 폭발물과 푸드 스탬프(SNAP) 혜택을 거래한 혐의로 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? (푸드 스탬프(SNAP)만) ❑ 예❑ 아니요

경우 예:
누구: _____
언제: _____

13. 2014 년 2 월 7 일 이후 법무장관이 해당 범죄와 실질적으로 유사하다고 판단한 주법에 따른 아동의 가중 성적 학대, 살인, 성적 착취 및 기타 학대에 대한 중범죄 유죄 판결을 받았습니다. (푸드 스탬프(SNAP)만) ❑ 예 ❑ 아니요

    예인 경우:
    누구: _____
    언제: _____

    a. 당신은 중범죄 유죄판결로 선고된 형량과 관련된 보호관찰 조건을 준수하고 있습니까? (푸드 스탬프(SNAP)만) ❑ 예 ❑ 아니요

    b. 중범죄 유죄판결로 선고된 형과 관련된 가석방 조건을 준수하고 있습니까? (푸드 스탬프(SNAP)만) ❑ 예 ❑ 아니요

    c. 중범죄 관련 유죄 판결과 관련된 모든 보호관찰 또는 가석방 기간을 성공적으로 마쳤습니까? (푸드 스탬프(SNAP)만) ❑ 예 ❑ 아니요

14. 가족 구성원이 복권이나 도박 당첨금을 받은 적이 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니요

    예인 경우:
    누구: _____ 언제: _____ 받은 금액: _____

15. 주류 판매점, 카지노, 포커룸, 유흥업소, 보석 채권, 나이트 클럽, 살롱/주점, 빙고 홀, 경주 트랙, 총기/탄약 판매점, 유람선, 심령술사, 흡연 가게, 문신/피싱 가게, 스파/마사지 살롱에서 TANF 펀드 또는 EPPIC 카드를 사용한 사람이 있습니까? (TANF 만) ❑ 예 ❑ 아니요

    예인 **경우**:
    누구: _____ 언제: _____

16. 현재 위자료를 받고 있는 혜택을 신청하고 있는 사람이 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니요

    예인 **경우**:
    누구: _____
    월수입금액 : _____
    위자료 약정이 확정되었거나 마지막으로 수정된 날짜입니다: _____

신청자 및 모든 가구원 소득에 대해 말씀해 주십시오

당신이나 당신 가구에 사는 사람은 임금, 팁, 상여금, 자영업, 사회보장/철도 은퇴, 기타 장애, 연금, 실업 또는 기타 소득과 같은 종류의 소득을 받습니까? 푸드 스탬프(SNAP) 및 TANF 의 경우 다음과 같은 수입도 기재하십시오. VA 수입, 양육비, 다른 사람들로부터의 돈 또는 근로자들의 보상입니다. 예인 경우 아래 표를 완성하십시오.

소득이 있는 가구원 이름	소득 유형	고용주 이름 /수입원	월액(공제 전)	수신 빈도(월별, 격주별, 주별)	시간당 지불	주당 근무 시간	날짜의 유급

자영업자일 경우 월 사업비 금액 $_____

가족 및 아동 서비스 부문

혜택 신청

신청자 및 모든 가구원 자원에 대해 알려주세요 - TANF 신청자의 경우, 모든 가구원 및 고령(65 세 이상), 시각장애인 또는 장애인(영구적 장애로 인해 일할 수 없음)인 메디케이드 신청자의 모든 자원을 나열합니다.)

지원하고 있는 누군가가 자원을 가지고 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니요
예인 경우 아래 정보를 작성하십시오(본인, 배우자, 부양가족 또는 다른 사람과 공동으로 소유한 모든 리소스(자산) 확인). 필요한 경우 추가 페이지를 첨부)

계정을 확인	❑ 예 ❑ 아니요	장례 계획/선불 매장 품목입니다.	❑ 예 ❑ 아니요
저축 계정	❑ 예 ❑ 아니요	매장지 또는 계약	❑ 예 ❑ 아니요
국채	❑ 예 ❑ 아니요	주식과 채권	❑ 예 ❑ 아니요
신탁기금	❑ 예 ❑ 아니요	기타(IRA, CD 등)	❑ 예 ❑ 아니요

부동산/홈플레이스 부동산입니까? ❑ 예 ❑ 아니요

배우자가 가치보다 낮은 가격으로 자산을 증여한 적이 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니요
이러한 질문에 예라고 대답한 경우 아래에 설명하십시오.

리소스가 있는 가구 구성원 이름	리소스 유형	계정/정책 번호	가치	은행, 보험회사 등의 명칭

당신이나 당신의 배우자가 차량을 소유하고 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니요
그렇다면 아래에 설명하십시오.

차량을 소유한 가구 구성원	차량 제조사	모델	년	빚진 금액

당신이나 당신의 배우자는 생명보험에 가입되어 있나요? ❑ 예 ❑ 아니요
예인 경우 다음 정보를 완료하십시오.

정책 소유자	보험 회사	정책 번호	액면가	현금 가치

신청자 및 모든 가구원 비용에 대해 말씀해 주십시오(의료급여 신청자의 경우 선택 사항).

부양 자녀와 장애인 성인 가구원의 양육비를 부담하십니까? ❑ 예 ❑ 아니요
예인 경우 아래 표를 완성하십시오.

케어 필요한 사람	케어하는 사람	케어의 이유	공급자의 이름/번호	제공자에게 지급된 금액	얼마나 자주 지불

혜택 신청

부양 자녀와 장애인 성인 가구원의 교통비를 부담하십니까? ❑ 예 ❑ 아니요
이 비용들이 부양가족 관리비에 포함되어 있나요? ❑ 예 ❑ 아니요
아니려면 경우 다음 질문에 답하십시오. 매주 주행하는 총 주행 마일 _____

가족 중에 집 밖에 사는 사람에게 양육비를 주는 사람이 있나요? ❑ 예 ❑ 아니요
예인 경우 아래 표를 완성하십시오.

가구원은 지급 의무	지원이 지급되는 자녀의 이름	납부해야 할 의무 금액	실제 지불 금액	자녀 양육비는 누구에게 지급됩니까?

신청자 및 모든 가구원 비용에 대해 자세히 알려주십시오(의료급여 신청자의 경우 선택 사항).

60 세 이상 또는 장애가 있는 사람이 의료비를 가지고 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니요
예인 경우 아래 표를 완성하십시오.

경비가 있는 가구원	비용 유형 (의사 방문, 병원 방문, 처방, 메디케어 또는 건강보험료, 안경)	빚진 금액	아직 빚이 있나요? 예/아니요	지불 날짜	보험이 보상되나요? 예/아니요

60 세 이상이나 장애인이 교통비 의료비를 가지고 계신가요? ❑ 예 ❑ 아니요
예인 경우 아래 차트를 작성합니다.

여행의 목적 (의사 또는 병원 방문, 약국 픽업)	주행 총 마일 수:	택시비, 버스비, 주차비 또는 하숙:

가족 구성원은 주거비와 공공요금을 가지고 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니요
예인 경우 아래 표를 완성하십시오.

비용	액수	얼마나 자주요?	누가 냈어요?
임대/저당권			
재산세			
재산 보험			
전기			
가스			
쓰레기			
전화			
기타			

혜택 신청

집에 있는 누구와 매달 가계비를 같이 쓰나요? ❑ 예 ❑ 아니요
예인 경우, 누구? _____
주석/문서_____
누구에게 지불했는지_____지급 금액 $_____당 _____
집주인의 이름 _____
집주인의 주 _____
_____

다른 사람이 당신을 위해 이 가계비를 지불하나요? 예 아니요 예인 경우, 아래 차트를 작성합니다.

계산은 누가 하나요?	어떤 청구서가 지불됩니까?
얼마가 지불되었습니까?	이 사람은 누구에게 요금을 지불하나요?

메디케이드를 신청하는 경우 다음 정보를 작성해 주십시오.

세금 신고자 정보

1. 내년에 연방 소득세 신고서를 제출할 계획이 있는 가구원이 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니요
   만약 그렇다면, 누구? (신청할 계획인 각 사람 나열)_____

2. 나열된 세금 신고자 중 배우자와 공동으로 신고할 사람이 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니요 예인 경우 배우자의 이름:
   _____

3. 세금 신고자들 중 누가 그들의 세금 신고서에 대한 부양가족을 청구할 것입니까? ❑ 예 ❑ 아니요 예인 경우 부양 가족의 이름을 기재하십시오 _____

4. 다른 사람의 세금 신고서에 대한 부양가족으로 청구될 사람이 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니요 예인 경우 세금 신고자 및 부양가족 이름을 나열하십시오.
   (제출자) _____
   (부양가족) _____
   세금 신고자와 세금 부양 가족은 어떻게 관련되어 있습니까? _____

공제: 적용되는 것을 모두 확인하고 금액과 얼마나 자주 지불하는지 알려주세요.

- ❑ 위자료 지급 $_____ 얼마나 자주? _____ ❑ 학자금 대출 이자 $_____ 얼마나 자주_____
- ❑ 건강 보험료, 401K 및 기타 세전 공제 $_____얼마나 자주 _____
- ❑ 기타 공제액 $_____ 얼마나 자주 받습니까? _____ 유형: _____

기타 건강 보험

1. 가족 중 누구라도 보험에 가입할 수 있는 다른 건강보험이 있는 사람이 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니요
   위의 4 번 질문에 "예"라고 대답했다면, 다음 정보와 첨부 파일 A 를 작성해 주십시오:

보험계약자의 이름	건강보험 회사 이름, 주소 및 전화 번호	보장 유형(병원, 메디케어 보충제, 약물, 주요 의료)입니다)	적용 대상자의 이름	발효일	정책 번호

2. 이 응용 프로그램에 나열된 사람이 직업에서 의료 혜택을 제공합니까? 부모 또는 배우자와 같은 다른 사람의 직업에서 가져온 보험인 경우에도 예를 선택합니다.
   ❑ 예 아니요, 예인 경우 첨부 A 를 작성해야 합니다.
   이것은 주 직원 복지 제도입니까? ❑ 예 ❑ 아니요

혜택 신청

3. 지난 2 개월 동안 귀하 또는 이 신청서에 기재된 사람이 의료 보험 혜택을 받지 못했습니까?
   a. ❑ 네, 그렇다면 왜 분실되었습니까? _____
   b. ❑ 아니요
4. 18 세에 위탁 관리에 있는 사람 중 메디케이드를 신청한 사람이 있습니까? ❑ 예 ❑ 아니요
5. 집에 미국인이나 알래스카 원주민이 있나요? ❑ 예 ❑ 아니요
   예인 경우 첨부 파일 B 를 완료합니다.

연령(65 세 이상), 시각장애인 또는 장애인(영구적 장애로 인해 업무 수행이 불가능한 경우)인 경우 질문에 답변해 주십시오. (선택사항)

1. 건강 보험에 가입하신 분이 시각 장애인이거나 장애인이신가요?
   ❑ 예❑ 아니오 예인 경우, 이름 _____
2. 당신의 배우자는 현재 메디케어 보험에 가입되어 있습니까?
   ❑ 예❑ 아니요 **예인 경우, 이름** _____
3. SSI(Supplemental Security Income) 신청 3 개월 전부터 미납 의료비를 충당하기 위해 메디케이드를 신청하는 건가요?
   ❑ 예❑ 아니요 예인 경우 SSI 적용 날짜: _____
4. 현재 사망했고 최근 3 개월 이내에 의료비가 미납된 사람을 신청하는 건가요?
   ❑ 예 ❑ 아니요
5. 요양원에 있는 사람의 요양비를 지불하기 위해 메디케이드를 신청하는 건가요?
   ❑ 예 ❑ 아니요
6. SSI 체크가 정지된 18 세 이상의 사람을 위해 메디케이드를 신청하시는 건가요?
   ❑ 예 ❑ 아니요
7. 커뮤니티 케어 서비스, NOW/COMP, 호스피스 케어, 독립 케어 웨이버 또는 디밍 웨이버(케이티 베켓)와 같은 커뮤니티 기반 웨이버 서비스에 대한 지불을 돕기 위해 메디케이드를 신청하고 계십니까?
   ❑ 예 ❑ 아니요

혜택 신청

푸드 스탬프(SNAP) 프로그램의 벌칙

고의로 허위정보를 제공한 경우 혜택을 상실하거나 형사처벌을 받을 수 있습니다.

- 푸드 스탬프(SNAP) 가구는 가족이 받지 말아야 할 혜택을 얻기 위해 허위 정보를 제공하거나 정보를 숨길 수 없습니다.
- 여러분의 것이 아닌 푸드 스탬프(SNAP)나 EBT 카드를 사용하지 말고 다른 사람이 여러분의 것을 사용하도록 하지 마세요.
- 설치되면 신용 카드 지불하기 위해 술이나 담배와 같은 nonfood 것을 사는 것 식품 도장(SNAP)이익을 이용하지 마세요.
- 총기, 탄약 또는 통제 물질(불법 마약)과 같은 불법 품목과 푸드 스탬프(SNAP) 또는 EBT 카드를 교환하거나 판매하지 마십시오.

고의로 식품 스탬프(SNAP) 규칙을 위반한 가구원은 1 년 동안 식품 스탬프(SNAP) 프로그램에서 영구히 금지되거나 최대 25 만 달러의 벌금, 최대 20 년 징역 또는 둘 다 받을 수 있습니다. 또한 다른 해당 연방 및 주 법률에 따라 기소될 수 있습니다. 또한 법원의 명령이 있을 경우 추가로 18 개월 동안 푸드 스탬프(SNAP) 프로그램에서 금지될 수 있습니다.

고의로 규칙을 어긴 가구원은 첫 번째 위반 시 1 년, 두 번째 위반 시 2 년, 세 번째 위반 시 영구히 푸드 스탬프(SNAP)를 받을 수 없습니다.

법원이 통제된 물질의 판매와 관련된 거래에서 푸드 스탬프(SNAP) 혜택을 사용하거나 받은 혐의로 귀하 또는 가구원에게 유죄 판결을 내린 경우, 귀하 또는 해당 가구원은 첫 번째 범죄에 대해 2 년 동안 그리고 두 번째 범죄에 대해 영구적으로 혜택을 받을 수 없습니다.

법원이 총기, 탄약 또는 폭발물 판매와 관련된 거래에서 귀하 또는 가구원이 사용 또는 혜택을 받은 것에 대해 유죄 판결을 내리면 귀하 또는 해당 가구원은 이 위반의 첫 번째 범죄로 식품 스탬프(SNAP) 프로그램에 영구적으로 참여할 수 없습니다.

법원에서 귀하 또는 가구 구성원이 총 500 달러 이상의 혜택을 거래한 혐의로 유죄판결을 받은 경우, 귀하 또는 해당 가구원은 이 위반의 첫 번째 범죄로 식품 스탬프(SNAP) 프로그램에 영구적으로 참여할 수 없습니다.

귀하 또는 가구원이 여러 개의 식품 스탬프(SNAP) 혜택을 받기 위해 신분(신분) 또는 거주지(거주지)에 대해 허위 진술 또는 진술을 한 것으로 밝혀진 경우, 귀하 또는 해당 가구원은 10 년 동안 식품 스탬프(SNAP) 프로그램에 참여할 수 없습니다.rs 입니다.

TANF 프로그램 패널티

TANF 프로그램에서 IPV(Intentional Program Violation)는 개인이 거짓 또는 오해의 소지가 있는 정보를 제공하거나 정보를 보류함으로써 보조 장치(AU)의 자격을 설정 또는 유지하거나 AU 의 편익 감소를 증가 또는 방지하기 위한 의도적인 조치입니다.

- 정보를 숨기고 변경 사항을 제때 보고하지 않거나 사실을 말하지 않는 가구원은 첫 번째 위반에 대해 6 개월, 두 번째 위반에 대해 12 개월, 세 번째 위반에 대해 영구적으로 TANF 혜택을 잃게 됩니다.
  현금 지원 자금 또는 TANF DEBIT 카드를 남용하여 카지노, 주류 판매점, 성인용 오락 시설 "스트립 클럽", 포커 룸, 보석 채권, 나이트 클럽/살롱/주점, 빙고 홀, 경주 트랙, 게임 시설, 총기/탄약 판매점, 심령술사, 흡연 가게에서 현금을 인출하거나 거래를 수행하는 것입니다.s, 문신/천공샵 및 스파/마사지 살롱은 엄격히 금지되며, 첫 번째 위반 시 6 개월, 두 번째 위반 시 12 개월, 세 번째 위반 시 영구히 TANF 혜택을 잃게 됩니다.

- 법원에서 귀하 또는 가구원이 정보를 숨기고 있거나 변경 사항을 제때 보고하지 않거나 사실을 말하지 않고 유죄 판결을 받은 경우, 첫 번째 위반에 대해서는 6 개월, 두 번째 위반에 대해서는 12 개월, 세 번째 위반에 대해서는 영구히 TANF 를 받을 수 없습니다.

- 만약 법원이 둘 이상의 주에서 혜택을 받을 수 있도록 당신이 살고 있는 곳에 대한 허위 정보를 제공한 것에 대해 유죄 판결을 내리면, 당신은 10 년 동안 금지될 것입니다.

- 법원이 1997 년 1 월 1 일 이후에 마약 관련 혐의, 통제 물질 또는 심각한 폭력 중범죄로 유죄 판결을 내린 경우, 귀하 또는 해당 가구원은 자격이 없거나 영구적으로 자격을 박탈당합니다.

가족 및 아동 서비스 부문

혜택 신청

모든 푸드 스탬프(SNAP), TANF 및 메디케이드 신청자의 경우:

제가 혜택을 신청하는 사람이 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 존재하는 비시민이라는 것을 제가 아는 한 위증죄의 처벌을 받고 있음을 선언합니다. 본인은 또한 본 신청서에 제공된 모든 정보가 제가 아는 한 진실하고 정확하다는 것을 증명합니다. 저는 DHS-DFCS, DCH 및 공인 연방 기관이 이 신청서에 대해 제가 제공하는 정보를 검증할 수 있다는 것을 이해하고 동의합니다. 정보는 과거 또는 현재 고용주로부터 얻을 수 있습니다. 저는 제 정보가 임금 정보와 업무 활동 참여를 추적하는 데 사용될 것이라는 것을 알고 있습니다.

푸드 스탬프(SNAP) 및/또는 TANF 프로그램 요구사항에 따라 상황 변화를 보고합니다. 저는 또한 제 가족 중 복권이나 도박 당첨금을 받는 사람이 있다면 총 4250 달러 이상(세금이나 다른 금액이 원천징수되기 전)을 신고할 것입니다.
이 당첨금들은 우리 가족이 당첨금을 받는 월말부터 10 일 이내에 신고하겠습니다. 잘못된 정보가 있을 경우, 제 혜택이 축소되거나 거부될 수 있으며, 잘못된 정보를 고의로 제공한 혐의로 형사 기소되거나 DHS-DFCS 프로그램에서 실격될 수 있습니다. 제가 허위 정보를 제공하거나 정보를 숨긴다면 기소될 수 있다는 것을 알고 있습니다. 신청 또는 갱신 과정에서 DHS-DFCS 에 일부 비용을 알리지 않거나 확인하지 못한 경우, DHS-DFCS 는 SNAP 혜택 금액을 계산할 때 해당 비용을 예산하지 않는다는 것을 알고 있습니다.

조지아주 인적 서비스부(DHS)는 급여 신청 시 이름, 주소, 전화번호, 이메일 주소 및 생년월일 등과 같은 개인 식별 정보(PII)를 수집합니다. 귀하는 개인 정보를 당사에 제출함으로써 이러한 개인 정보를 DHS 정책, 절차 및 법률 및/또는 규정에 의해 허용되거나 요구되는 대로 수집, 사용 및 공개할 수 있다는 데 동의합니다.

_____ _____

신청자의 서명 날짜

_____ _____

승인된 대표자의 서명 날짜

유권자 등록 정보

만약 지금 살고 있는 곳에서 투표에 등록되지 않았다면, 오늘 여기서 투표에 등록하기를 신청하시겠습니까?

_____예

_____아니요

_____유권자 등록 질문에 대답하고 싶지 않습니다

등록을 신청하거나 투표 등록을 거부하는 것은 이 기관이 제공할 지원 금액에 영향을 미치지 않습니다.

유권자 등록 신청서 작성에 도움이 필요하시면 도와드리겠습니다. 도움을 청할지 받을지는 당신의 결정입니다. 개인적으로 지원서를 작성할 수 있습니다.

만약 당신이 누군가가 당신의 등록권, 투표에 대한 등록을 거절하는 것, 등록 여부를 결정하거나 투표에 대한 등록을 신청할 때의 사생활권, 또는 당신의 정당을 선택할 권리 또는 다른 정치적 선호도를 방해했다고 생각한다면, 당신은 국무장관에게 불만을 제기할 수 있습니다. 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 or by calling (404) 656-2871.

두 상자 중 하나를 선택하지 않은 경우, 현재 투표 등록을 하지 않기로 결정한 것으로 간주됩니다.

조지아 유권자 등록 응용프로그램의 사본은 DFCS 응용프로그램, 갱신 및 주소 양식 변경과 함께 포함되어 있습니다. 또한 사례 담당자에게 유권자 등록 신청서를 요청할 수 있습니다. 유권자 등록 신청서를 작성한 경우, 유권자 등록 신청서에 제공된 지침에 따라 조지아 주 국무장관실에 제출하십시오.

혜택 신청

(참고로 이 문서를 보관하십시오.)

이 응용 프로그램에서 사용되는 단어는 무엇을 의미합니까?

이 차트는 이 응용 프로그램에서 사용한 단어를 설명합니다.

신청자	공적 지원이나 혜택을 받기 위해 신청하는 개인입니다.
보조 장치(AU)	지원 유닛에는 함께 살면서 공공 지원/혜택을 받는 자격이 있는 개인이 포함됩니다.
돌보는 사람	자녀와 함께 TANF 를 신청하고 받는 부모, 친척 또는 법적 보호자입니다.
실격	사실을 말하지 않고 받지 말았어야 할 혜택을 받았기 때문에 푸드 스탬프(SNAP) 또는 TANF 사례에서 개인들을 제거하기 위해 취한 조치입니다.
전자 혜택 이전(Electronic Benefit Transfer, EBT)	조지아에서 푸드 스탬프(SNAP)를 받을 자격이 있는 개인에게 혜택을 지급하는 데 사용되는 시스템입니다. 도움을 받는 개인에게는 식품 스탬프(SNAP) 계정에 액세스하는 데 사용되는 EBT 직불 카드가 발급됩니다.
전자 통신	정보에 대한 알림을 받을 방법을 선택할 수 있습니다. 이메일 또는 문자 알림을 받도록 선택하면 GA 게이트웨이 고객 포털에 있는 My Notice 에 알림이 있음을 알리는 메시지가 표시됩니다. 전자 메일 통신을 위해서는 계정을 생성한 후 귀하의 전자 메일 주소를 저희에게 제공하고 GA 게이트웨이 고객 포털에 있는 종이 없는 통지에 대한 약관에 동의해야 합니다. 알림 설정을 업데이트하려면 GA 게이트웨이 고객 포털 웹 사이트(www.gateway.ga.gov)를 방문하십시오. 문자 메시지를 보내려면, 우리에게 당신의 전화번호를 제공해야 합니다. 표준 메시지 및 데이터 요금이 적용될 수 있습니다. 이는 통신사에 따라 다를 수 있으므로 제공업체에 확인하세요.
EPPICard debit MasterCard	조지아 주는 EPPICard debit MasterCard 라고 불리는 TANF 수취인을 위한 편리한 "전자" 지불 옵션을 구현했습니다. 이 지불 옵션에 따라, 돈은 그 달의 첫 번째 달력 날에 수취인의 계좌로 입금됩니다. 첫 번째가 주말 또는 공휴일인 경우, 혜택은 이전 달의 마지막 영업일에 제공됩니다. 자금이 차변 마스터카드에 전자적으로 로드되기 때문에 수취인은 즉시 자신의 자금에 액세스할 수 있습니다.
수혜자 친척	자녀를 대신하여 자신의 이름으로 TANF 를 신청하고 받는 부모, 친척 또는 법적 보호자입니다.
총소득	세금 또는 기타 공제를 고려하기 전의 개인의 총 소득입니다.
가족 구성원	집에 사는 사람 푸드 스탬프(SNAP)의 경우, 함께 살면서 함께 식사를 구입하고 준비하는 개인입니다.
소득	임금, 급여, 수수료, 상여금, 근로자 보상, 장애, 연금, 퇴직금, 이자, 양육비 또는 기타 모든 형태의 돈을 받습니다.
2012 년 중산층 조세감면법	이 법은 카지노, 주류 판매점, 성인용 오락 시설, 포커룸, 보석 채권, 나이트 클럽/살롱/주점, 빙고 홀, 경주 트랙, 게임 시설, 총기/탄약 판매점, 크루즈에서 현금을 인출하거나 거래를 수행하기 위해 현금 지원 자금 또는 TANF 직불 카드를 사용하는 것을 금지합니다. 배, 심령술사, 흡연 가게, 문신술 가게, 스파/살롱 등이 있습니다. 이러한 사업장에서 현금 지원 기금 또는 TANF 직불 카드를 사용하는 것은 수취인 측의 의도적인 프로그램 위반(사기)에 해당합니다.
이주 농장 노동자들	계절적 농장 근로자인 개인은 일하거나 농장 일을 찾기 위해 한 가정에서 다른 가정으로 이동합니다.
비신청자	공적 지원/혜택을 신청하거나 받지 않는 개인입니다. 비신청자는 사회보장번호, 시민권, 이민자 신분 등을 제공할 필요가 없습니다.

혜택 신청

자격을 갖춘 외국인/이민자	자격 있는 외국인/이민자는 다음 범주 중 하나에 해당하는 미국에 합법적으로 거주하는 사람입니다: • 이민 및 국적법(INA)에 따라 합법적으로 영주권(LPR)을 취득할 수 있는 사람입니다. • 1988 년 해외 사업, 수출 자금 조달 및 관련 프로그램 세출법(Foreign Operations, Export Financing and Related Program Appropriations Act of 1988)의 섹션 584 에 의거한 아메리카계 이민자; • INA 제 208 조에 따라 망명을 허가받은 사람입니다; • *난민들은 INA 제 207 조에 따라 수용됩니다;* • INA 제 212 조 (d)(5)에 따라 난민 또는 피수용자로 가석방된 사람; • 1997 년 4 월 1 일 이전에 발효된 INA 의 제 243 조(h) 또는 개정된 INA 의 제 241 조(b)(3)에 따라 추방이 보류되고 있는 개인입니다. • 1980 년 4 월 1 일 이전에 발효된 INA 섹션 203(a)(7)에 따라 조건부 입국이 허가된 사람 • 1980 년 난민 교육 지원법 501 조(e)에 정의된 쿠바 또는 아이티 이민자입니다. • *2000 년 인신매매 피해자 보호법 제 107 조 (b)(1) 항에 따른 인신매매 피해자입니다.* • 개정된 1996 년 개인 책임 및 직업 기회 조정법 431 조 (c)에 명시된 조건을 충족하는 학대받은 이민자 • *아프가니스탄 또는 이라크 이민자들은 INA 의 101(a)(27)조에 따라 특별한 이민자 지위를 부여받았습니다(특정 조건에 따라).* • INA 제 289 조에 따라 미국에 거주하는 캐나다에서 태어난 아메리칸 인디언 또는 인도자기결정 및 교육지원법 제 4 조(e)에 따라 연방에서 인정받은 인디언 부족의 비시민권자 및 • 흐몽 또는 하이랜드 라오스 부족은 베트남 시대 (8/05/1964 – 5/07/1975) 동안 군사 또는 구조 작전에 참여하여 미국 인력에 도움을 주었습니다. 의료 지원 신청자에게만 COFA(Compact of Free Association)는 미크로네시아 연방, 마셜 제도 및 팔라우 공화국의 시민입니다. COFA 이주민들은 5 년 제한 규정을 준수할 필요가 없습니다. COFA 이민자들은 5 년 바를 만나지 않아도됩니다.
자원	현금, 재산 또는 은행 계좌, 차량, 주식, 채권 및 생명 보험과 같은 자산입니다.
계절 농장 노동자들	일 년 중 특정 시간에 일하는 사람들은 농작물을 심고, 따고, 포장합니다. 그들은 농장에서 상시 고용하는 것보다 더 많은 근로자가 필요한 직업이 있을 때 임시로 고용됩니다.
푸드 스탬프 (SNAP) 프로그램의 트래피킹	SNAP 의 트래픽 혜택: (1) EBT 카드, 카드 번호 및 PIN 번호 또는 수동 바우처 및 서명을 통해 발급되고 액세스되는 SNAP 혜택을 직접, 간접적으로, 타인과의 공모 또는 결탁 또는 단독 행동을 통해 현금 또는 적격 식품 이외의 대가를 위해 구매, 판매, 도난 또는 교환하는 행위. (2) 총기, 탄약, 무기, 무기 교환, 폭발물, 또는 통제물질, (3) 반품보증금이 필요한 컨테이너가 있는 SNAP 혜택을 가진 제품을 구매하고, 제품을 폐기하고 보증금액을 위해 컨테이너를 반환하고, 의도적으로 폐기하고, 보증금액을 위해 컨테이너를 반환하는 행위. (4)(5) SNAP 혜택이 있는 제품을 재판매하여 현금 또는 대상 식품 이외의 대가를 받을 목적으로 구매한 제품을 구매하고, 이후 대상 식품 이외의 현금 또는 대가 대가로 SNAP 혜택이 있는 제품을 의도적으로 재판매합니다. (5) 원래 구입한 제품을 의도적으로 구매하는 것입니다.iSNAP 혜택은 현금 또는 적격 식품 이외의 대가와 교환됩니다. (6) EBT(Electronic Benefit Transfer) 카드, 카드 번호 및 PIN(Personal Identification Number)을 통해 발급되고 액세스되는 SNAP 혜택의 교환에 영향을 미치거나 현금 또는 대가와 교환하려고 시도합니다.직접적으로, 간접적으로, 타인과 공모하거나 결탁하거나 단독으로 행동할 수 있는 적격 식품이 아닙니다.

모든 메디케이드 신청자의 경우:

수혜자 또는 제공자에 대한 의심되는 메디케이드 사기를 보고하려면 조지아주 지역사회 보건국-감찰관실에 (지역) (404) 463-7590 또는 (수신자 부담) (800) 533-0686 으로 전화하십시오. 이메일: oiganonymous@dch.ga.gov ; 우편: Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Peachtree Street NW, 5th Floor, Atlanta, GA 30303; 또는 https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud 를 방문하십시오.

ADA/섹션 504 권리에 대한 공지

장애가 있는 사람들을 위한 도움말

조지아주 복지부와 조지아주 지역사회 보건부(이하 "부서")는 연방법*에 따라 장애인이 부서의 프로그램, 서비스 또는 활동에 참여하고 이에 대한 자격을 갖출 수 있는 동등한 기회를 제공해야 합니다. 여기에는 SNAP, TANF 및 의료 지원과 같은 프로그램이 포함됩니다.

부서는 장애에 따른 차별을 피하기 위해 수정이 필요한 경우 합리적인 수정을 제공합니다. 예를 들어, 동등한 액세스를 제공하기 위해 정책, 관행 또는 절차를 변경할 수 있습니다. 동등하게 효과적인 의사 소통을 보장하기 위해 우리는 장애인 또는 장애인 동반자에게 수화 통역사와 같은 의사 소통 지원을 제공합니다. 무료로 도움을 드립니다. 부서는 서비스, 프로그램 또는 활동의 성격을 근본적으로 변경하거나 과도한 재정적 및 관리적 부담을 초래할 수 있는 수정을 요구하지 않습니다.

합리적인 수정 또는 커뮤니케이션 지원을 요청하는 방법

장애가 있고 합리적인 수정, 의사 소통 지원 또는 추가 도움이 필요한 경우 사회 복지사에게 문의하십시오. 예를 들어, 수화 통역사와 같은 효과적인 의사 소통을 위한 도움이나 서비스가 필요한 경우 전화하십시오. 사례 담당자에게 연락하거나 DFCS877-423-4746 또는 DCH Katie Beckett(KB) 팀(678-248-7449)에 연락하여 요청할 수 있습니다. 지역 DFCS 사무실이나 온라인 https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights 에서 구할 수 있는 DFCS ADA 합리적인 수정 요청 양식을 사용하여 요청할 수도 있습니다. KB 팀의 DCH ADA 합리적인 수정 요청 양식 또는 온라인 https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett , 그러나 양식을 사용할 필요는 없습니다.

불만 제기 방법

귀하의 장애로 인해 부서에서 귀하를 차별한 경우 귀하는 불만을 제기할 권리가 있습니다. 예를 들어, 거부되거나 합리적인 시간 내에 조치를 취하지 않은 수화 통역사 또는 합리적인 수정을 요청한 경우 차별 불만을 제기할 수 있습니다. 귀하의 케이스 워커, 지역 DFCS 사무소 또는 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, 877-423-4746 에 있는 DFCS Civil Rights, ADA/Section 504 Coordinator 에게 연락하여 구두 또는 서면으로 불만을 제기할 수 있습니다. 3735. DCH 의 경우 2211 Beaver Ruin Road, Ste.에 있는 KB Team ADA/Section 504 코디네이터에게 문의하십시오. 150, Norcross, GA 30071, or PO Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. DCH 이메일 주소: dch.adarequests@dch.ga.gov .

사례 담당자에게 DFCS 민권, ADA/Section 504 불만 제기 양식 사본을 요청할 수 있습니다. 불만 사항 양식은 https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights 에서도 볼 수 있습니다. 차별에 대한 불만을 제기하는 데 도움이 필요하면 위에 나열된 DFCS 직원에게 연락할 수 있습니다. 청각 장애 또는 난청이 있는 사람 또는 언어 장애가 있는 사람은 교환원을 위해 711 에 전화할 수 있습니다. DCH 민권 불만 사항에 대한 이메일 주소: dch.civilrights@dch.ga.gov . DCH 민권 절차 및 불만 사항 양식 링크는 https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights 에 있습니다.

또한 적절한 연방 기관에 차별 불만을 제기할 수도 있습니다. 미국에 대한 연락처 정보 미국 농무부(USDA) 및 미국 농무부(USDA)는 "비차별 성명"에 포함되어 있습니다.

**1973 년 재활법 섹션 504; 1990 년 미국 장애인법; 그리고 2008 년 미국 장애인법 수정법(Americans with Disabilities Act Amendments Act of 2008)은 장애인이 불법적인 차별을 받지 않도록 보장합니다.*

DCH(Department of Community Health) 정책에 따라 MA 프로그램은 인종, 연령, 성별, 장애, 출신 국가 또는 종교에 따라 자격이나 혜택을 거부할 수 없습니다.

USDA 또는 HHS 에 신청서를 보내지 마십시오

차별 금지 선언문

연방 민권법 및 미합중국에 따라 농무부(USDA) 시민권 규정 및 정책에 따라 이 기관은 인종, 피부색, 출신 국가, 성별(성 정체성 및 성적 취향 포함), 종교적 신념, 장애, 연령, 정치적 신념 또는 이전의 민권 활동에 대한 보복 또는 보복. 미국에서 연방 재정 지원을 받는 프로그램 빈곤 가족을 위한 임시 지원(TANF)과 같은 보건 복지부(HHS) 및 HHS 가 직접 운영하는 프로그램도 연방 민권법 및 HHS 규정에 따라 차별을 받지 않습니다.

프로그램 정보(예: 점자, 큰 활자, 오디오 테이프, 미국 수화)를 얻기 위해 대체 의사 소통 수단이 필요한 장애인은 혜택을 신청한 기관(주 또는 지역)에 연락해야 합니다. 청각 장애, 난청 또는 언어 장애가 있는 개인은 (800) 877-8339 번으로 연방 중계 서비스를 통해 USDA 에 연락할 수 있습니다. 프로그램 정보는 영어 이외의 언어로 제공될 수 있습니다.

USDA 프로그램과 관련된 민권 소송
USDA 는 SNAP(Supplemental Nutrition Assistance Program), FDPIR(Food Distribution Program on Indian Reservations) 등과 같은 많은 식량 안보 및 기아 감소 프로그램에 대한 연방 재정 지원을 제공합니다. 차별에 대한 프로그램 불만을 제기하려면 다음 사이트에서 온라인으로 제공되는 프로그램 차별 불만 신고 양식(AD-3027)을 작성하십시오 https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, 그리고 USDA 사무소에서 편지를 쓰거나 USDA 앞으로 보낸 편지를 써서 양식에서 요청한 모든 정보를 서신으로 제공합니다. 불만 사항 양식 사본을 요청하려면 (866) 632-9992 로 전화하십시오. 작성된 양식이나 서신을 다음을 통해 USDA 에 제출하십시오.

1. **이메일:** 식품 및 영양 서비스, USDA
   1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; 또는
2. **팩스:** (833) 256-1665 또는 (202) 690-7442; 또는
3. **전화번호:** (833) 620-1071; 또는
4. **이메일:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

SNAP 문제와 관련된 기타 정보가 필요한 경우 USDA SNAP 핫라인 번호(800) 221-5689(스페인어로도 되어 있음)에 연락하거나 주 정보/핫라인 번호로 전화해야 합니다(핫라인 번호 목록을 보려면 링크 클릭 상태); 온라인에서 찾을 수 있는 위치: SNAP 핫라인 .

USDA 프로그램과 관련된 민권 소송
HHS 는 TANF, Head Start, 저소득 가정 에너지 지원 프로그램(LIHEAP) 등을 포함하여 건강과 웰빙을 향상시키기 위한 많은 프로그램에 대해 연방 재정 지원을 제공합니다. HHS 가 직접 운영하거나 HHS 가 지원하는 프로그램이나 활동에서 인종, 피부색, 출신 국가, 장애, 연령, 성별(임신, 성적 취향 및 성 정체성 포함) 또는 종교 때문에 차별을 받았다고 생각하는 경우 연방 재정 지원을 제공하는 경우 귀하는 본인 또는 다른 사람을 위해 시민권 사무국(OCR)에 불만을 제기할 수 있습니다.

HHS 를 통해 연방 재정 지원을 받는 프로그램과 관련하여 자신이나 다른 사람에 대한 차별에 대한 불만을 제기하려면 OCR 의 불만 포털 https://ocrportal.hhs.gov/ocr/을 통해 온라인으로 양식을 작성하십시오. 다음 주소로 우편을 통해 OCR 에 문의할 수도 있습니다. 중앙 집중식 사례 관리 운영, 미국 보건 복지부, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; **팩스:** (202) 619-3818; 또는 이메일: OCRmail@hhs.gov. 보다 빠른 처리를 위해 우편 접수보다는 OCR 온라인 포털을 사용하여 불만 사항을 접수할 것을 권장합니다. 민권 불만 제기와 관련하여 도움이 필요한 사람은 OCR 에 OCRMail@hhs.gov 로 이메일을 보내거나 OCR 무료 전화 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 로 전화하세요. 귀머거리, 난청 또는 언어장애가 있는 분은 7-1-1 로 전화하여 통신 중계 서비스를 이용하실 수 있습니다. 우리는 또한 불만 제기를 위한 대안 형식(점자 및 큰 활자 등), 보조 도구 및 언어 지원 서비스를 무료로 제공합니다.

이 기관은 평등한 기회 제공자입니다.

DHS(Department of Human Services)에서는 지역 DFCS 사무소 또는 DFCS Civil Rights and ADA/Section 504 Coordinator (2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, 877-423-4746)에 연락하여 차별 불만을 제기할 수도 있습니다. 657-3735. 제한된 영어 능력에 근거한 차별을 주장하는 불만 사항은 DHS 제한적 영어 능력 및 감각 장애 프로그램 (2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303)에 연락하거나 877-423-4746(음성)로 전화하십시오.

USDA 또는 HHS 에 신청서를 보내지 마십시오