이 신청서의 음영부분에는 기입하지 마십시오

CENTER/ OFFICE	APPLICATION DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	SERV. IND	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS	DISTRICT	SUFFIX	SNAP SUFFIX	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR

CASE NAME	EFFECTIVE DATE	DISPOSITION	SERVICES TRANSACTION TYPE
		☐ DENIAL ☐☐☐ REASON CODE ☐ WITHDRAWAL	☐ NEW OPENING 02 ☐ REOPEN 10 ☐ RECERTIFICATION 06

ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):	DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):	DATE	FORM _____ 0F _____	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION	DATE
					x _____	_____

DATE RECEIVED BY AGENCY	EMPLOYED BY: ☐ SOCIAL SERVICES DISTRICT ☐ PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____

PA AUTHORIZATION PERIOD		MA AUTHORIZATION PERIOD		SNAP AUTHORIZATION PERIOD		SERVICES AUTHORIZATION PERIOD	
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO

뉴욕주 특정 급여 및 서비스 신청서

귀하가 맹인 또는 심한 시각 장애인이어서 다른 형식의 신청서가 필요한 경우에는 귀하의 사회복지 지구에 해당 양식을 요청할 수 있습니다. 가용 형식의 타입 및 대체 형식의 신청서를 요청하는 방법에 대한 추가 안내는 www.otda.ny.gov 또는 https://www.health.ny.gov/ 에서 입수할 수 있는 지침서(전주적으로 PUB-1301)를 참조하십시오.

귀하가 맹인 또는 심한 시각 장애인인 경우,
통지서를 다른 형식으로 받으시겠습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

예인 경우, 원하시는 형식의 타입에 체크하십시오:
☐ 큰 글자 ☐ 데이터 CD
☐ 오디오 CD ☐ 점자, 기타 다른 형식 중 어느 것도 본인에게 동일한 효과가 없다고 주장하는 경우

또 다른 편의 서비스가 필요한 경우 사회복지 지구에 문의하시기 바랍니다.

우리는 귀하를 전문가적으로 존중하는 방식으로 지원하기 위해 노력합니다. 귀하는 자립하기 위해 요구되는 경우 공적 부조 및 보충영양지원 프로그램을 위한 작업 활동 등의 활동에 참가할 책임이 있습니다. 신청서의 "공적 부조" 또는 "PA"는 "가족 지원" 및/또는 "안전망 지원"을 의미합니다. 우리는 두 프로그램을 "공적 부조"라고 부릅니다. 이러한 PA 프로그램은 귀하가 본인과 가족을 충분히 부양할 수 있을 때까지만 지원하기 위한 것입니다. **이 신청서를 작성할 때는 지침서(전주적으로 PUB-1301)와 "숙지 사항" 북 1, 2, 3(LDSS-4148A, LDSS-4148B, LDSS-4148C)을 참조하시고 질문이 있으면 사회복지 지구에 문의하십시오.**

신청서 상의 "MA"는 "Medicaid"를 의미합니다. 동시에 공적 부조 또는 보충영양지원 프로그램을 신청하는 경우에만 이 신청서를 사용하여 MA 를 신청할 수 있습니다. MA 만 신청하기 원하는 경우에는 추가 정보 또는 신청을 위해 https://nystateofhealth.ny.gov/에서 온라인으로 하거나 및/또는 1-855-355-5777 로 전화할 수 있으며 또는 MA 전용 신청서 양식 DOH-4220 을 사용할 수 있습니다. 사회복지사가 양식을 드릴 수 있습니다. MA 헬프 라인은 1-800-541-2831 입니다. Medicare 저축 프로그램(MSP)만 신청하기 원하는 경우에는 양식 DOH-4328 로 신청해야 하며, 사회복지사가 양식을 드릴 수 있습니다. 인적 케어 서비스를 즉각 필요로 하는 경우에는 DOH- 4220 MA 신청서를 사용하여 별도로 MA 를 신청해야 합니다.

이 신청서의 음영부분에는 기입하지 마십시오

섹션 1 귀하 또는 가구원이 신청하는 각 프로그램에 체크하십시오	☐ 공적 부조(PA) ☐ PA 대신 아동 보육 ☐ 보충영양지원 프로그램(SNAP) ☐ Medicaid(MA) 및 SNAP ☐ Medicaid(MA) 및 PA ☐ 서비스(S), 양호 위탁(FC) 포함 ☐ 보육 지원(CC) ☐ 비상 지원(EMRG)만

섹션 2

귀하가 주로 사용하는 언어는? ☐ 영어 ☐ 스페인어 ☐ 기타 (구체적으로) _____

통지를 받고자 하는 언어: ☐ 영어로만 ☐ 영어 및 스페인어

섹션 3 신청자 정보 명료하게 정자체로 기입

이름(성 제외)	중간 이니셜	성	혼인 여부	전화번호 ( ) 지역 번호

번지	아파트 호수	시	카운티	주	우편번호

전교 명 (우편물을 타인의 관리 하에 받는 경우 작성)

우편주소 (위와 다른 경우)	아파트 호수	시	카운티	주	우편번호

현재의 주소지에서 얼마나 오랫동안 거주하였습니까?	년	개월	이 주소지는 쉘터입니까? ☐예 ☐아니오	귀하에게 연락할 수 있는 다른 전화번호	이름	전화번호 ( ) 지역 번호

현재 주소지 약도

이전 주소	아파트 호수	시	카운티	주	우편번호

현재 무주택자인 경우, 여기에 체크하십시오 ☐

신청인을 돕고 있는 기관 / 담당자	전화번호 ( ) 지역 번호

이 신청서의 MEDICAID 부분과 MEDICAID 보장 수령 가능성을 비밀로 유지할 필요가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

섹션 5

이러한 상황 중 어느 것이 귀하에게 해당됩니까?

☐ 임신	1
☐ 가구 폭력 피해자	2
☐ 친권 설정 필요	3
☐ 자녀 양육비 필요	4
☐ 약물/알코올 문제	5
☐ 연료 또는 유틸리티 끊김	6
☐ 머물 장소 없음/홈리스	7
☐ 화재 또는 기타 재난	8
☐ 무소득	9
☐ 기타 심각한 의학적 문제	10
☐ 퇴거 임박	11
☐ 식량 없음	12
☐ 양호 위탁 필요	13
☐ 보육 필요	14
☐ 영어 문제	15
☐ 합리적 편의	16
☐ 기타 _____	17

섹션 4 – SNAP 을 신청하는 경우: 신청서를 받는 당일에 신청서를 제출할 수 있습니다. SNAP 신청서를 제출하려면 아래에 최소한 귀하의 성명, 주소(있는 경우)와 서명이 있어야 합니다. 신청서 마지막 페이지 서명과 면담을 포함하여 신청 절차를 완료해야 합니다. 자격이 되면 신청서를 제출한 날짜까지 소급하여 SNAP 급여를 받을 것입니다. SNAP 급여 신청서를 제출한 날로부터 30 일 이내에 귀하의 신청이 승인 또는 거부되었는지를 통보 받을 것입니다. 귀하 가구에 소득 또는 환금성 자원이 거의 또는 전혀 없는 경우 또는 귀하의 임대료 및 유틸리티 비용이 소득 또는 환금성 자원의 범위를 초과하는 경우에는 신청일로부터 5 력일 이내에 SNAP 급여를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 기관 거주자가 기관을 떠나기 전 생계보조금(SSI)과 SNAP 급여를 모두 신청하는 경우, 해당 신청서의 제출일은 신청자가 기관을 떠나는 날짜가 됩니다.

SNAP 신청자/대리인 서명	서명일
x	

이 신청서의 음영부분에는 기입하지 마십시오

섹션 6 – 가구 정보 – 함께 거주하는 사람이 있는 경우 같이 신청하지 않더라도 모두 기재하십시오. 귀하를 첫 줄에 기재하십시오.

RI	LN	이름, 중간 이름, 성	이 사람은 다음을 신청합니다: PA	SNAP	MA	CC	FC	S	EMRG	생년월일 월/일/년	성별 남 또는 여	성 정체성(선택): (남성, 여성, 논바이너리, X, 트랜스젠더, 기타 정체성 [상세 기입])	귀하 와의 관계	신청 가구원의 사회보장 번호 *(지침서 PUB-1301 을 참조, 또는 사회복지 지구에 문의)*	고등학교 졸업 수준	이 사람이 (미성년 자녀 포함) 귀하와 함께 식품을 구입하거나 음식을 조리합니까? 예	아니오
	01												본인				
	02																
	03																
	04																
	05																
	06																
	07																
	08																

귀하 또는 귀하 가구의 구성원이 다른 사람에게 알려진 결혼하기 전의 성 또는 다른 이름을 갖고 있으면 기재하십시오

행 번호	ONC	이름(성 제외)	중간 이니셜	성

IS ANYONE SANCTIONED?	☐ YES ☐ NO	IF YES, WHO	REASON	END DATE

NON-APPLICANT INFORMATION

LN	FIRST NAME	LAST NAME	LEGALLY RESPONSIBLE YES	NO	FOR WHOM?	CONTRIBUTION/ DEEMED INCOME		CHECK IF MEMBER OF SNAP HOUSEHOLD

NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION

LN	NON-CITIZEN STATUS	STATUS ADJUSTED YES	NO	DATE OF ENTRY/STATUS MONTH	DAY	YEAR	APPLIED FOR CITIZENSHIP YES	NO	SPONSORED YES	NO

INDIVIDUAL EDUCATION

LN	DEGREE RECEIVED	LN		DEGREE RECEIVED
01		05		
02		06		
03		07		
04		08		

CONSIDER

✓ RCA/RMA REFERRAL

이 신청서의 음영부분에는 기입하지 마십시오

섹션 7 – 인종/민족 – 본 정보 제공은 자발적인 것입니다. 이것은 신청자의 적격 여부나 수혜를 받는 수준에 아무런 영향을 미치지 않습니다. 본 정보는 프로그램 급여가 인종, 피부색 또는 민족 기원과 상관 없이 제공되도록 하기 위해서 요청하는 것입니다.

H 히스패닉 또는 라티노
I 미국 원주민 또는 알래스카 원주민
A 아시아인
B 흑인 또는 아프리카계 미국인
P 하와이 원주민 또는 태평양 섬 주민
W 백인
U 알 수 없음**(MA 의 경우에만)**

히스패닉 또는 라티노의 경우 Y(예) 또는 N(아니오)을 기입하십시오

각 인종에 대해 Y(예) 또는 N(아니오)을 기입하십시오

LN	H	I	A	B	P	W	U	CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	ENTER APPROPRIATE CODES REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	

ANTICIPATED FUTURE ACTION		
LINE NO.	CODE	DATE

SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE			
SFUI	CODE	SFUI	CODE
SFUI	CODE	SFUI	CODE

CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Legal	
	Services	
	SSA	
	NYSoH	
	Chronic Care/SSI-Related	
	MA-Only	
	Medicare Savings Program	

CONSIDER
✓ Relationship
✓ Filing Unit
✓ Legally Responsible Relative
✓ Single Economic Unit
✓ SNAP Household Composition
✓ SNAP Aged/Disabled Individual
✓ Photo ID
✓ AFIS (PA Only)
✓ CBIC/PIN
✓ RFI/OCA
✓ Health Insurance

요청된	문서	철함
	사진 신분증	
	출생 증명서	
	혼인 증명서	
	사회보장 카드	
	코드 9 해소	
	이민 지위	
	Multi-Suffix/Co-op 캐이스 통지 (단일 경제 단위 설문)	

이 페이지 전체를 자세히 읽은 후에 작성하십시오. 의문이 있으면 지침서(PUB-1301)를 참조하거나, 또는 사회복지 지구에 문의하십시오.

섹션 8 – 시민권자/만족스러운 이민 지위의 비시민권자

신청하고 있거나 신청이 요구되는 사람을 모두 기재하십시오.

귀하가 다음에 해당되는 경우 섹션 8 및 9 를 작성해야 합니다:

- 보육 지원**만** 신청하는 경우, 그러나 귀하는 보육 서비스를 받을 아동에 대한 정보만 기입하면 됩니다.
- 양호 위탁**만** 신청하는 경우, 그러나 귀하는 양호 위탁 서비스를 받을 아동에 대한 정보만 기입하면 됩니다.
- 특정 상황에서 다른 서비스를 신청하는 경우.

섹션 9 – 인증서

일부 사회복지 프로그램은 귀하가 미국 시민권자, 미국 원주민 또는 미국 출생자 또는 만족스러운 이민 지위의 비시민권자임을 인증할 것을 요구합니다. 기타 프로그램은 요구하지 않습니다.

귀하가 미국 시민권자, 미국 원주민 또는 미국 출생자 또는 만족스러운 이민 지위의 비시민권자**이면서** 다음을 신청하는 경우에만 아래 인증에 서명해야 합니다:

- 공적 부조(가구에 아동이 있거나 가구원이 임신한 경우), 또는
- 보충영양지원 프로그램, 또는
- Medicaid(신청인이 임신한 경우는 제외), 또는
- 보육 지원(아동에 대해서**만** 인증이 필요함), 또는
- 양호 위탁(아동에 대해서**만** 인증이 필요함), 또는
- 특정 상황에서 기타 서비스;
- 비상 결제 지원

모든 가구원을 대신하여 성인 가구원 또는 수권 대리인이 서명할 수 있습니다. 예: 만족스러운 비시민권자 지위가 없는 부모가 만족스러운 비시민권자 지위가 있는 자녀를 대신하여 서명할 수 있습니다.

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)	

SNAP 신청서는 SNAP 가구에 살고 있는 모든 사람을 열거해야 합니다. PA 신청서는 귀하가 위하여 신청하는 모든 아동, 그의 형제자매 및 같이 살고 있는 그러한 자녀의 부모를 열거해야 합니다. 열거된 사람이 미국 시민권자, 미국 출생자 또는 만족스러운 이민 지위의 비시민권자인지를 체크하지 않거나 미국 이민국(USCIS) 번호(외국인 등록 번호) 또는 비시민권자 번호(해당되는 경우)를 제공하지 않으면, 그 사람에게는 지원이 제공되지 않고 나머지 가구원들은 줄어든 급여를 받을 것입니다. 귀하가 미국 원주민인 경우, 시민권자/출생자에 체크하십시오.

각 신청인에 대해 아래 난에 서명하고* 날짜를 기입하십시오.
만족스러운 이민 지위의 비시민권자가 신청하는 경우, 신청하는 각 비시민권자가 만족스러운 이민 지위를 갖는 프로그램에 체크하십시오. (전주적 지침서 Pub-1301 참조.)

LN	이름(성 제외)	중간 이름 이니셜	성	각 사람에 대해 "시민권자 / 미국 출생" 또는 "비시민권자"에 체크하십시오.		USCIS 번호(외국인 등록번호) 또는 비시민권자 번호 (해당되는 경우)	인증서	일자	PA	SNAP	MA	CC	FC	S	EMRG
01				☐ 시민권자/출생자	☐ 비시민권자	A	이름으로 서명 X								
02				☐ 시민권자/출생자	☐ 비시민권자	A	이름으로 서명 X								
03				☐ 시민권자/출생자	☐ 비시민권자	A	이름으로 서명 X								
04				☐ 시민권자/출생자	☐ 비시민권자	A	이름으로 서명 X								
05				☐ 시민권자/출생자	☐ 비시민권자	A	이름으로 서명 X								
06				☐ 시민권자/출생자	☐ 비시민권자	A	이름으로 서명 X								
07				☐ 시민권자/출생자	☐ 비시민권자	A	이름으로 서명 X								
08				☐ 시민권자/출생자	☐ 비시민권자	A	이름으로 서명 X								

위의 난에 체크하고 섹션 9 의 인증에 서명함으로써 본인은, 위증시 처벌 받는다는 조건 하에, 본인 및/또는 본인이 대신하여 서명하고 있는 사람이 미국 시민권자, 미국 원주민 또는 출생자 또는 이민 지위를 만족하는 비시민권자임을 인증합니다.
본인은 이 인증서 서명으로 본인 가구의 신청원에 대한 정보가 해당되는 경우 비시민권자 지위 확인을 위해 미국 이민국에 제출될 수 있음을 이해합니다.
위의 정보 사용 또는 공개는 시민권자 지위 확인과 공적 부조, 보충영양 지원, Medicaid, 보육 지원, 양호 위탁 및 서비스 프로그램의 제공 행정 또는시행과 직접 관련된 사람 및 기관에 국한됩니다.

*** 인증서에 서명하기 원하지만 글을 쓸 수 없는 사람은 입회인 앞에서 라인에 "X" 표시할 수 있습니다. 입회인은 아래에 서명해야 합니다.**

본인은 라인에 표시하는 것을 목격하였습니다: _____,_____,_____,_____,_____ **입회인 서명:** _____ **서명일:** _____

섹션 10 – 양육비집행과 이첩 관련 정보

보육 지원만 신청하는 경우, 양육비를 추구할 것이 요구되지 않으므로 이 섹션을 작성할 필요가 없습니다. 공적 부조 또는 보충 영양 지원 프로그램과 함께 Medicaid 를 신청하는 경우, 귀하와 신청 자녀의 의료 증빙을 우리가 입수하도록 도와야 합니다. 이 섹션을 작성할 필요가 있는지 판단하기 위해 다음 질문에 답하십시오. 해당되는 경우, 본인을 포함하십시오:

1. 귀하는법적 친권이 확립되지 않은 21 세 미만 혼외자를 위해 신청합니까? ☐ 예 ☐ 아니오
2. 21 세 미만이고 부재한 부모(비양육권 부모)가 있는 사람을 위해 신청합니까? ☐ 예 ☐ 아니오

이 두 질문에 "아니오"로 답한 경우에는 이 섹션을 작성할 필요가 없습니다. 섹션 11 로 가십시오.

이 두 질문 중 하나 또는 모두에 "예"로 답한 경우에는 이 섹션을 작성해야 합니다. 귀하가 위하여 신청하는 21 세 미만자 모두의 이름과 해당자의 비양육권 부모 또는 추정(주장)되는 부모에 대해 귀하가 현재 갖고 있는 정보를 제공하십시오.

3. 귀하는 21 세 미만입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

이 질문에 "예"로 답한 경우, 귀하의 비양육권 부모 또는 추정되는 부모(들)에 대한 정보를 제공하십시오.

지원을 득하는 조건으로 귀하는, 본 신청서 끝의 통지, 양도, 승인, 동의 섹션에 설명된 바와 같이, 지원에 관련된 특정 권리를 양도할 것이 요구됩니다. LDSS-5145 양식 "아동 지원 시비스 신청/이관서"를 받으면 작성한 후 양육비집행과(Child Support Enforcement Unit)로 보내주십시오. 가구 폭력 또는 기타 상당한 원인의 경우를 제외하고, 지원을 득하는 조건으로 귀하는 비양육권 부모 또는 추정 부모를 찾고; 21 세 미만의 각 혼외자를 위한 친권을 확립하며; 양육 명령을 확립, 수정 및/또는 강제하기 위해 양육비집행과와 협조할 것이 요구됩니다. 양육비집행과와 협조하지 않는 경우 귀하의 책임과 권리를 설명하는 LDSS-4279 양식, "지원을 위한 책임과 권리 고지"도 귀하는 받을 것입니다.

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Acknowledgment of Parentage or Paternity	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity/ Parentage	
	Birth Certificate	
NEEDED	**REFERRALS**	**COMPLETED**
	CTHP	
	CAP	
	Referral for Child Support Services (LDSS-5145)	
	Parentage /Paternity	

CONSIDER

- ✓ Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse
- ✓ Child Health Plus
- ✓ TASA
- ✓ Petition to Family Court
- ✓ SSI/SSA

21 세 미만자의 성명	비양육권 부모 또는 추정되는 부모의 성명 및 주소	비양육권 부모 또는 추정되는 부모의 생년월일			비양육권 부모 또는 추정되는 부모의 사회보장 번호
		월	일	년	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

섹션 11 – 세무 신고/피부양자 지위 - 가구에 살고 있는 각 사람의 조세 지위를 선택하십시오.

			조세 지위						
이름(성 제외)	중간이름 이니셜	성	미혼	기혼 공동 신고	기혼 단일 신고	가구주 (유자격자가 있는 경우)	피부양 자녀가 있는 유자격 사별자	피부양자 및 세금 신고할 것임	세금 신고를 하지 않을 것임

가구에 살고 있지 않는 세금 피부양자. 귀하와 함께 살고 있지 않으며 귀하 또는 귀하의 가구원이 청구하는 세금 피부양자를 열거하십시오. 귀하가 세금을 신고하지 않는 경우, 이 질문을 건너뛸 수 있습니다.

세금 피부양자 성명			세금 신고자 성명		
이름(성 제외)	중간이름 이니셜	성	이름(성 제외)	중간이름 이니셜	성

섹션 12 – 부재/사별 배우자 정보 – 신청인의 배우자가 다른 곳에 살거나 사망한 경우 아래에 표시하십시오.

신청인 성명	배우자 성명	배우자 생년월일	배우자 사망일, 해당되는 경우	배우자 사회보장 번호

배우자 주소, 해당되는 경우	시	카운티	주	우편번호

섹션 13 – 부재 자녀 정보 – 신청인의 21 세 미만 자녀가 다른 곳에 살고 있는 경우 아래에 표시하십시오.

신청인 성명	부재 자녀 성명	생년월일	자녀 주소 (번지, 시, 카운티, 주, 우편번호)	법적 친권 확립?		귀하는 자녀 양육비를 지불합니까?	
				예	아니오	예	아니오

섹션 14 – 십대 부모 정보

가구에 18 세 미만의 부모("십대 부모")가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

성명 _____

십대 부모의 자녀가 가구에 함께 살고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

십대 부모의 자녀 성명_____

TEEN PARENT

행 번호 _____ 혼인 여부 _____

고등학교 졸업/동등?_____

행 번호 _____ 혼인 여부 _____

고등학교 졸업/동등?_____

TEEN PARENT CHILDREN

LN NO. _____

LN NO. _____

이 신청서의 음영부분에는 기입하지 마십시오

섹션 15 – 소득 정보:

귀하 또는 함께 살고 있는 사람이 다음으로부터 돈을 받는지 표시하십시오:	예	아니오	누구	액수/가액 및 빈도	누구	액수/가액 및 빈도	CD
실업 보험 급여 1							49
생계보조금(SSI) 급여 (주 및 연방합계) 2							45
사회보장 장애인(SSD) 급여 3							42
사회보장 피부양자 급여 4							
사회보장 유족 급여 5							43
사회보장 은퇴 급여 6							44
철도 퇴직연금 급여 7							38
퇴직 급여(연금) 8							39
주식, 채권, 저축 등의 배당금/이자 9							03
근로자 재해 보상 10							59
NYS 장애인 급여 11							33
제대자 연금/급여/보조금 및 출석 12							55
공적 부조 보조금 13							37
GI 부양가족 수당 14							10
교육 보조금 또는 대출 15							
기여금/증여 (받음) 16							
양호 위탁 보조금 (받음) 17							
양육비 (받음) 받는 출처:_____ 18							06
배우자 부양비 (받음) 19							02
민간 장애 보험 - 건강/사고 보험 소득 20							
무과실 책임 보험 급여 21							50
노조 급여(파업 급여 포함) 22							
교육 대출 이외의 대출(받음) 23							
신탁 소득(현재 받을 권리가 있거나 과거에 받을 권리가 있었던, 배부되지 않은 소득 포함) 24							
훈련 수당/급여 25							31
임대 소득 (받음) 26							14
하숙/숙박 소득 (받음) 27							
기타 소득 (자세히기술)							

INCOME

LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD

CONSIDER

- ✓ Child Support Disregard/Pass-Through
  - ☐ Explained ☐ Budgeted
- ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator
- ✓ Disability Review
- ✓ Reception and Placement Grant (SNAP Only)
- ✓ Refugee Matching Grant

공제: 특정 타입의 Medicaid 예산은 신청자/수혜자가 계수 대상 소득에서 연방 세금을 공제하는 것을 허용합니다. 이것은 사람들이 과세 대상 소득을 공제하는 것을 국세청(IRS)이 허용하는 특정 경비입니다. 현재 연도의 세금 신고서에서 귀하가 청구할 경우에만 여기에 공제액을 기록하십시오.	예	아니오	누구	액수/가액 및 빈도	누구	액수/가액 및 빈도
교육자 경비 1						
개인 은퇴 계정(IRA) 공제 2						
학생대출이자 공제 3						
수업료 및 기타 비용 4						
특정 업무 경비 (예비군, 아티스트, 수수료 기반 공무원) 5						
보건저축 계좌 공제 6						
직업 관련 이사 경비 7						
자영업(S/E) 세금 공제 대상 부분 8						
S/E, SIMPLE 및 적격 플랜 9						
S/E 건강보험 공제 10						
조기 저축 인출 페널티 11						
이혼 부양료 12						
가내 생산 활동 공제 13						
36 행에 추가된 추가 조정 (IRS 양식 1040 에만 해당) 14						
궁수 MSA 공제 15						
기타 조정 (구체적으로)						

섹션 16 – 계부모/이민 지위 충족 비시민권자 스폰서 정보

아래의 모든 질문에 답변해 주십시오.

	예	아니오	누구?
귀하와 함께 살고 있는 아동의 계부모에게 어떤 종류의 재산이나 소득이 있습니까?			
귀하 가구의 누군가가 미국 입국을 위해 후원된 이민 지위 충족 비시민권자입니까?			

후원자 이름: _____ 전화번호: _____

주소: _____

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

이 신청서의 음영부분에는 기입하지 마십시오

섹션 17 – 취업 정보

본인은 현재: ☐ 취업하고 있습니다 ☐ 자영업자입니다 ☐ 실직 상태입니다

총 소득 $ _____ 월 근무 시간 수 _____

(임금, 급여, 잔업 수당, 커미션 및 팁 포함)

급여: ☐ 주급 ☐ 격주급 ☐ 월급 지급 요일: _____

고용주 명칭 및 주소: 1

_____ 전화번호 _____

_____

현재 동거하는 사람이 있습니까: ☐ 취업하고 있습니다 ☐ 자영업자입니다

누구: _____

총 소득 $ _____ 월 근무 시간 수 _____

급여: ☐ 주급 ☐ 격주급 ☐ 월급 지급 요일: _____ 2

고용주 명칭 및 주소:

_____ 전화번호 _____

_____

고용주를 통해 건강보험을 이용합니까? ☐ 예 ☐ 아니오

동거자에게 고용주의 건강보험이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

누구: _____ 3

보험회사 명칭: _____

귀하 또는 동거자에게 취업으로 인한 아동 또는 피부양자 경비가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

누구: _____ 4

귀하 또는 동거자에게 기타 취업 관련 경비가 있습니까 ? ☐ 예 ☐ 아니오

누구: _____ 5

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	CINTRAK/RFI/IRCS	
	1099	
	Employment Verification	
	Income Tax Return	
	Self-Employment Worksheet	
	Wage Stubs	
	Work Registration Form	
	Dependent/Child Care Form/Statement	
	Approval of Informal Child Care Provider	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Workers' Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	
	Refugee Cash Assistance	

CONSIDER
✓ Limited English Proficiency
✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)
✓ Explaining Periodic Reporting Requirements
✓ Net Loss of Cash Income
✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources
✓ Employment Sanctions
✓ Temporary Employment
✓ Disability Review
✓ Individual Development Account (IDA)
✓ Voluntary Quit

실업인 경우, 귀하 또는 동거자가 마지막으로 인한 때는 언제였습니다?

누구: _____ 언제: _____

어디서: _____ 6

귀하는(또는 그들은) 왜 일하기를 중단하였습니까? _____

귀하 또는 동거자는 실업을 신고하였습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

예인 경우, 누구? _____ 언제?: _____

신고 현황: ☐ 승인 ☐ 거부 ☐ 미결

귀하 또는 동거자가 파업에 참가하고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

누구: _____ 7

파업 시작일: _____

귀하 또는 동거자는 이주 또는 계절 농장 근로자입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

누구: _____ 8

귀하 또는 동거하는 다른 성인이 근로 능력 또는 수행할 수 있는 작업의 타입을 제한하는 의학적 조건을 갖고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

누구: _____

제한 설명: _____

_____

9

귀하는 오늘 일자리를 받아들일 수 있겠습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 10

받아들일 수 없다면, 왜? _____

무슨 타입의 일을 하기 원합니까? _____

_____ 11

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES

Who Pays	Amount	Name	Age	Care Provider
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			

이 신청서의 음영부분에는 기입하지 마십시오

섹션 18 – 교육/훈련

귀하의 최고 학력은?

__ 고졸 미만

고졸 미만인 경우, 마지막 이수 학년? _____

__ 개별화 교육 계획(IEP) 완료

__ 고졸 또는 고졸 학력 인증서(GED) 또는 고졸 검정 고시(TASC™) 1

__ 준학사 (2 년제 대학 학위)

__ 학사(4 년제 대학 학위) 이상

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child Care Statement	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

가구원 중에 고교 졸업장, 고졸 학력 인증서(GED) 또는 고졸 검정 고시 자격증(TASC™), 또는 그 이상의 학력을 가진 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

예인 경우, 누구: _____ 2

취득 학위:_____

수료일: _____

CONSIDER	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement?	☐	☐
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	☐	☐
Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?	☐	☐
Is anyone in training?	☐	☐
Are any other supportive services appropriate?	☐	☐
Are there any training related expenses?	☐	☐

지원을 신청하거나 받고 있는 귀하 또는 동거자가 다음에 해당되는지를 표시하십시오:

어떤 훈련 프로그램에 참가하고 있거나 한 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

누구 _____

어디서 _____ 3

프로그램 _____

참석일 _____

수료일 _____

16 세 이상이면서 학교 또는 대학에 재학 중입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

누구 _____ 4

어디서 _____

16 세 미만이면서 학교에 재학 중입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

누구 _____

학교 _____

누구 _____

학교 _____

누구 _____

학교 _____

누구 _____

학교 _____ 5

섹션 19 – 재산 정보

귀하 또는 신청하고 있는 동거자가 다음에 해당하는지 표시하십시오:		예	아니오	누구	액수/가액	누구	액수/가액
가용 현금이 있다	1						
당좌 계좌가 있다	2						
저축 계좌 또는 예금 증서가 있다	3						
신용조합 계좌가 있다	4						
생명보험이 있다	5						
자동차 또는 기타 차량에 대한 소유권 또는 등록증을 가지고 있다: 년식 _____ 제조사/모델 _____ 년식 _____ 제조사/모델 _____ 기타_____	6						
주식, 채권, 증서 또는 뮤추얼펀드를 갖고 있다	7						
저축 채권을 갖고 있다	8						
IRA, Keogh, 401(k) 또는 이연보상 계정을 갖고 있다	9						
취소 불능 매장 신탁을 갖고 있다	10						
매장 기금을 갖고 있다	11						
매장 공간을 갖고 있다	12						
자택을 갖고 있다	13						
소득 생산 및 소득 비생산 재산을 포함하여 부동산을 갖고 있다	14						
소득세 환급 대상이다	15						
연금을 갖고 있다	16						
신탁 수혜자이다	17						
신탁 자금, 소송 화해금, 상속 또는 기타 원천의 소득을 받을 것이 예상된다	18						
"신탁내" 계정을 갖고 있다	19						
안전 금고를 갖고 있다	20						
상기 이외의 재산을 갖고 있다	21						
지난 36 개월 내에 현금을 희사했거나 부동산, 소득 또는 동산을 매각/양도한 사람이 있습니까(신청 또는 동거하지 않는 배우자 포함)?	22						
과거에 신탁계좌를 개설하였거나 지난 60 개월 내에 자산을 신탁계좌로 이체한 사람이 있습니까(신청 또는 동거하지 않는 배우자 포함)? 예인 경우, 언제? _____	23						

VEHICLE INFORMATION

YR.	MAKE	MODEL	OWNER'S NAME	AMOUNT OWED	NADA VALUE	EXEMPT YES*	EXEMPT NO	LIEN HOLDER	ACCOUNT NO.
				$	$				
				$	$				

*IF EXEMPT, WHY?

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE	
FACE AMOUNT	CASH VALUE

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Resource Checklist	
	Market Value	
	DMV Clearance	
	Bank Statement	
	Assignment of Proceeds	
	Car/Vehicle Title	
	Car/Vehicle Registration (Older Models)	
	Bank Clearance	
	RFI/OCA	
	1099	

CONSIDER

- ✓ Children's Resources
- ✓ Lump Sum
- ✓ Boats, Campers, Snowmobiles
- ✓ Individual Development Account (IDA)
- ✓ Exempt Vehicles

이 신청서의 음영부분에는 기입하지 마십시오

섹션 20 – 의료 정보

귀하 또는 신청하고 있는 동거자가 다음에 해당하는지 표시하십시오:		예	아니오	예인 경우, 누구?
의료비 청구서가 있거나 의료 관련 비용이 있다	1			
지출 축소로 Medicaid 를 받고 있다	2			
건강 또는 병원/사고 보험이 있다(고용주의 보험 포함)	3			
고용주를 통해 건강보험을 이용한다	4			
Medicare(적색, 백색, 청색 카드)를 갖고 있다	5			
간병인/재택 간병인이 있다	6			
맹인, 병자 또는 장애인이다	7			
발달 장애 아동이다	8			
병원, 요양소 또는 기타 의료 기관에 있다	9			
본 신청의 달에 앞선 3 개월 이내에 지불 또는 미지불된 본 신청의 달에 앞선 3 개월 이내에 지불 또는 미지불된 의료비 청구서가 있다	10			
약물 또는 알코올 의존성이다 또는 이었다	11			
재택/개인 간호가 필요하다	12			
SSI 대상이거나 SSI 를 신청한 적이 있다	13			
임신했다 임신한 경우, 예정일: _____ 기대 출산 수: _____	14			
약물 오용 치료 또는 알코올 치료 프로그램을 받는다	15			
장애 또는 질병 때문에 적어도 12 개월 동안 일할 수 없었다	16			
12 개월 이상 지속되었거나 지속될 장애 또는 질병 때문에 일상 활동이 제한되었다	17			
지난 2 년 이내에 자동차 사고 또는 업무 관련 사고를 당한 적이 있다	18			
Medicaid 또는 Medicare 이외의 정부기관(공공 프로그램)이 귀하의 의료비를 부담한 적이 있다 예인 경우, 무슨 기관 _____	19			
기타 건강 보험 청구가 귀하의 신체적 또는 정서적 건강 또는 안전에 해를 끼치거나 및/또는 귀하의 Medicaid 신청 또는 수령의 프라이버시 및 기밀성을 저해할까요?	20			

증권 번호:

금액:

지급 빈도:

보험회사 명칭:

누가 보장되는가:

발효일:

Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 17 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform?

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Pregnancy Statement	
	Med/Psych Statement	
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
	Drug/Alcohol Statement	
	Paid or Unpaid Medical Bills	
	SSI Application Verification (**PA ONLY**)	

CONSIDER

- ✓ AD/SSI Related
- ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator
- ✓ SNAP Medical Deduction
- ✓ TPHI Reimbursement
- ✓ Buy-In Eligibility
- ✓ Kreiger (LDSS-3664)
- ✓ Domestic Violence
- ✓ SSI Referral
- ✓ Earned Income Credit

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	Medical Report (LDSS-486, 486t)	
	Disability Report	
	AD	
	TPHI	
	ACCES-VR	
	CTHP	
	Family Planning	
	SSA (RSDI)	
	Veteran's Benefits	
	Veteran's Counseling	
	Child Health Plus	
	COBRA Eligibility	
	Nurse's Aide Service	
	Home Care	
	NYSoH	
	MA-Only (DOH-4220)	
	SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)	
	LDSS-4526 or local equivalent	

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT $	

MEDICAL BILLS: ☐ YES ☐ NO

TPHI: ☐ YES ☐ NO

건강 플랜 선택

Medicaid 에 등록된 대부분의 사람들은 제외 카테고리에 들지 않는 한 관리 케어 건강 플랜에 들 것이 요구됩니다. 이 섹션을 통해 의료보험을 선택하십시오. 가입할 수 있는 의료보험에 대해 알아보려면 담당 복지사에게 문의하거나 1-800-505-5678 로 전화하십시오.

귀하가 등록하고 있는 플랜의 명칭	성	이름	생년월일 mm/dd/yy	성별 남/여	ID 번호(Medicaid 카드가 있는 경우 참조)	사회보장 번호 (임신한 경우 옵션)	일차 의료 제공자(PCP) 또는 보건 센터 (현재 제공자의 경우 박스에 체크)	산부인과 명칭 및 ID 번호 (현재 제공자의 경우 박스에 체크)
							☐	☐
							☐	☐
							☐	☐
							☐	☐

섹션 21 – 쉘터

임대주 성명?

_____

임대주 주소?

_____

_____

_____

임대주 전화번호?

( ) _____

	예	아니오	예인 경우, 금액
귀하 또는 동거자가 렌트, 모기지 또는 기타 쉘터 경비를 갖고 있습니까?			$
귀하 또는 동거자가 렌트 또는 기타 쉘터 경비 이외의 난방료를 갖고 있습니까?			$

SHELTER COSTS	MONTHLY ACTUAL COST
A. Room and Board	
B. Rent	
C. Trailer Lot Rent	
D. Mortgage Payment	
1. Principal	
2. Interest	
3. Property Tax (including School Tax)	
4. Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)	
5. Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)	
6. Assessments (Sewer, etc.)	
E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)	
TOTAL (Lines A - E)	

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Landlord Statement	
	Rent Receipt	
	Tenant of Record	
	Customer o Rec rd	
	Volu tary Restrict	
	Mandatory Restrict	
	Subsidized Housing	
	Mortgage/Title Search	
	Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office	
	Property Lien	
	Shelter/Utility Repayment Agreement	

CONSIDER

- ✓ Utility and/or Fuel Restrict
- ✓ Utility Guarantee
- ✓ HEAP
- ✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount
- ✓ Foster Care-Related Additional Allowances
- ✓ SNAP Household Composition Rules
- ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator
- ✓ Real Property Tax Credit
- ✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance
- ✓ Property Lien
- ✓ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household

이 신청서의 음영부분에는 기입하지 마십시오

섹션 21 – 쉘터 (계속)

귀하 또는 동거자가 렌트 또는 기타 쉘터 경비 이외의 다음 경비를 갖고 있습니까?	예	아니오	예인 경우, 금액
전기 (난방 이외의 필요; 예: 전등, 취사, 온수 등) 1			$
천연 가스 (난방 이외의 필요; 예: 취사, 온수 등) 2			$
상수도 3			$
에어컨 4			$
프로판 가스 (난방 이외의 필요) 5			$
하수도 6			$
쓰레기 7			$
기타 유틸리티 및 경비 8 구체적으로 _____			$
귀하는 공공 주택에 살고 있습니까? 9			
귀하는 섹션 8, HUD 또는 기타 보조금 주택에 살고 있습니까? 10			
귀하는 약물/알코올 치료 시설에서 살고 있습니까? 11			

MONTHLY EXPENSES	MONTHLY ACTUAL COST	NAME OF DEALER	ACCOUNT NUMBER	IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD)	WHO IS THE TENANT OF RECORD?
A. Heat*					
B. Electricity (for cooking, lights, hot water)					
C. Gas (for cooking, hot water)					
D. Liquid Propane Gas					
E. Other Utilities or Expenses					
F. Air Conditioning					
G. Utility Installation Fees					
H. Sewer					
I. Trash					
J. Water					

***Check Primary Heat Type:**

☐ Natural Gas ☐ Oil ☐ PSC Electric ☐ Coal ☐ Other _____
☐ Kerosene ☐ Propane ☐ Municipal Electric ☐ Wood

추가 정보

섹션 22 – 기타 경비

귀하 또는 신청하고 있는 동거자가 다음에 해당하는지 표시하십시오:	예	아니오	예일 경우, 금액	HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED		CHILD IN SNAP HH	
					YES	NO	YES	NO
자녀 양육비를 지불한다 1			$					
배우자 부양비를 지불한다 2			$					
아동 보육비를 지불한다 3			$					
피부양자 케어 비용을 지불한다 4			$					
수업료, 수수료 또는 기타 교육 경비를 지불한다 5			$					
추가 경비가 있다(예: 자동차 지불금, 자동차 보험료, 신용카드 결제, 기타 대출금 결제 등) 구체적으로 명기: _____ 6			$					
귀하 또는 신청하고 있는 동거자가 21 세 미만 자녀를 위한 부양비를 적어도 4 개월치 밀려있습니까? 7	☐ 예		☐ 아니오					

섹션 23 – 기타 정보

			VETERAN STATUS	VETERAN CODE
귀하는 가구 배달 또는 공동 식사 서비스에서 음식을 구입하고 있거나 구입할 계획입니까? 8	☐ 예	☐ 아니오		
귀하는 집에서 식사 준비를 할 수 있습니까? 9	☐ 예	☐ 아니오		
귀하 또는 귀하 가구의 구성원이 미국 군대에 복무한 적이 있습니까? 누구? _____ 10	☐ 예	☐ 아니오		
귀하의 배우자가 미국 군인이었습니까? 11	☐ 예	☐ 아니오		
귀하 가구의 누군가가 미국 군대에 있거나 있었던 사람의 피부양자입니까? 누구? _____ 12	☐ 예	☐ 아니오		

귀하 또는 동거자가 현재 지원 또는 서비스를 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 13

예인 경우, 누구	지원의 타입	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED

귀하 또는 동거자가 과거에 지원 또는 서비스를 받은 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 14

예인 경우, 누구 (이전의 성명들을 모두 기재하십시오)	지원의 타입	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ SNAP Dependent Care Deductions
	UIB		

OTHER INFORMATION (CONT.)	YES	NO	WHO
Have you or anyone who lives with you who is applying moved into this county from another New York State county within the past two months?			
Have you or anyone who lives with you ever been found guilty of and/or been disqualified for Public Assistance and/or the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) because of fraud/an Intentional Program Violation?			
Have you or anyone who lives with you received benefits for which they were not entitled, which have not been fully repaid to this or another agency?			
Have you or any member of your household been convicted of making a fraudulent statement or representation of residence in order to receive Public Assistance in two or more states?			
Have you or any member of your household been convicted of fraudulently receiving duplicate SNAP Benefits in any state after September 22, 1996?			
Have you or any member of your household been convicted of buying or selling SNAP Benefits for a combined amount of over $500 or more after September 22, 1996?			
Have you or any member of your household been convicted of trading SNAP benefits for firearms, ammunition or explosives, or drugs?			
Are you or any member of your household fleeing to avoid prosecution, custody or confinement after conviction of a felony or attempted felony and actively being pursued by law enforcement?			
Are you or any member of your household violating probation or parole according to a court order?			

PROPERTY TRANSFER STATUS

I have ☐ **I have not** ☐ sold, transferred or given away any of my property to anyone to get Public Assistance or SNAP Benefits.

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Educational Grant Worksheet	
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

이 신청서의 음영부분에는 기입하지 마십시오

IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING PA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.

Actual Expenses	$
− Actual Income	$
= Difference	$

	YES	NO
Does Client Receive Contribution Towards Difference	☐	☐

If Yes, From Whom?

_____

고려 사항
✓ 실경비, 포함: 쉘터, 연료/유틸리티 비용, 전화 비용 등
✓ 실제 쉘터
✓ 실제 연료/유틸리티 비용
✓ 전화 경비
✓ 자동차 지출
✓ 가구/가전제품 렌털
✓ 케이블 TV
✓ 수업료
✓ 자비 의료비

EMERGENCY CASH ASSISTANCE

Is there an immediate need? If not, why not?

_____

_____

_____

NOTES/COMMENTS

통지, 양도, 승인, 동의

사회보장번호 수집 및 사용 – 2008 년의 식품영양법(개정된 대로의)에 따라 보충 영양 지원 프로그램(SNAP)과 관련하여 각 가구 구성원에 대한 사회보장번호(SSN)의 수집이 허용됩니다. SNAP 을 신청하는 사람이 급여를 받으려면 SSN 을 제공해야 합니다. 귀하 또는 신청자에게 SSN 이 없는 경우, 해당자는 사회보장청에 SSN 을 신청해야 합니다(www.SSA.gov 를 방문하거나 1-800-772-1213 으로 전화하십시오).

이 신청서와 같이 SSN 이 필요한 다른 모든 프로그램과 관련하여 SSN 수집은 필수 사항이며 다음 중 하나 이상의 법률 조항에 의거 승인되었습니다: 사회보장법 제 205(c)조(42 U.S. Code 405), 사회보장법 제 1137 조(42 U.S. Code 1320b-7) 및 1974 년 사생활 보호법 제 7(a)(2)조. 의문이 있으면 지침서(PUB-1301)를 참조하거나, 또는 사회복지 지구에 문의하십시오.

우리가 수집하는 이 정보는 귀하의 가구가 지원 또는 급여를 계속 받을 자격이 되는지 여부를 결정하는데 사용될 것입니다. 이 정보는 신원을 확인하고, 근로 및 불로 소득을 확인하고, 부재 부모가 신청인이나 수혜자를 위한 의료보험 급여를 받을 수 있는지의 여부를 확인하고, 신청인이나 수혜자가 자녀 양육 지원 또는 배우자 지원을 받을 수 있는지 확인하며, 신정인이나 수혜자가 금전적 지원이나 기타 지원을 받을 수 있는지 확인하는데 사용될 것입니다. 본 정보는 컴퓨터 대조 프로그램을 통해 확인될 것입니다. 또한 본 정보는 프로그램 규정에 대한 준수 여부를 감시하고 프로그램을 관리하는 데 사용될 것입니다. 뉴욕주는 이런 식으로 본 기관에 제공한 정보를 사용하는 것 외에 본 정보를 이용하여 가구 에너지 지원 프로그램(HEAP)을 통해 수당을 받는 모든 사람들에 대한 통계를 내기도 합니다(아래 참조).

이 정보는 공식적인 조사를 위해 주 정부 및 연방 기관에 공개되고 법을 피해 도주한 범법자들을 체포하기 위한 목적으로 사법 당국에 공개될 수 있습니다. 가족 지원 및 안전망 지원에 대한 신청자 또는 수령자와 관련하여 SSN 을 포함하여 수집된 정보는 심사원단 형성을 지원하는 데 사용될 수 있습니다. 귀하의 가구를 상대로 SNAP 클레임이 발생한 경우, 모든 SSN 을 포함한 이 신청서의 정보는 연방 및 주 기관, 개인 징수 기관에 전달되어 징수 조치를 취하도록 할 수 있습니다.

자격이 없는 가구원의 SSN 도 위에서 기술한 방식으로 사용 및 공개됩니다.

뉴욕주는 이런 식으로 본 기관에 제공한 정보를 사용하는 것 외에 본 정보를 이용하여 HEAP 를 통해 수당을 받는 모든 사람들에 대한 통계를 내기도 합니다. 이 정보는 사회복지 지구가 업무 수행을 제대로 하도록 하려는 뉴욕주의 업무품질 관리 목적으로 사용됩니다. 정보는 또한 귀하의 에너지 공급업체를 확인하고 이들에게 특정 비용을 지불하기 위해 사용되기도 합니다.

비차별 고지 – 본 기관은 인종, 피부색, 국적, 장애, 연령, 성별은 물론 경우에 따라 종교와 정치적 신념 등을 이유로 차별하는 것이 금지되어 있습니다.

미국 농무부(USDA)도 인종, 피부색, 출신국가, 성별, 종교적 신념, 장애여부, 연령, 정치적 신념을 이유로 차별할 수 없으며, 또는 USDA가 실시하거나 자금을 지원하는 프로그램이나 활동에서 사전 인권 활동을 한 것으로 보복을 받을 수 없습니다.

장애인으로서 프로그램 정보에 대체 커뮤니케이션 수단(예, 점자, 큰 인쇄물, 오디오테이프, 미국수화 등)을 필요로 하는 사람은 수당을 신청한 기관(주 또는 현지)에 연락해야 합니다. 청각 장애인이나 언어 장애가 있는 사람은 Federal Relay Service((800) 877-8339)를 통해 USDA에 문의해야 합니다. 이 밖에도, 프로그램 정보는 영어 외에 다른 언어로도 제공됩니다.

보충 영양 지원 프로그램(SNAP)의 차별 진정을 제기하려면 USDA 프로그램 차별 진정 양식(AD-3027)을 작성하십시오. 이 양식은 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html에서 그리고 USDA 사무소에서 받을 수 있습니다. 또는 USDA 주소지로 서한을 보내시면 됩니다. 서한에는 양식에서 요청하는 모든 정보를 제공해야 합니다. 진정 양식이 필요한 분은 (866) 632-9992로 문의하십시오. 작성이 완료된 양식이나 서한은 다음 방식으로 USDA에 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) 690-7442로 팩스 송부하십시오 또는

(3) 이메일: program.intake@usda.gov.

보충 영양 지원 프로그램(SNAP) 문제 해결에 대한 기타 정보는 스페인어로도 이용 가능한 USDA SNAP 핫라인 번호 (800) 221-5689로 연락하거나 http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm에서 온라인으로 확인할 수 있는 뉴욕주 정보/핫라인 번호(주별 핫라인 번호 목록은 링크를 클릭)로 연락해야 합니다.

미국 보건복지부(HHS)를 통해 연방 재정 지원을 받는 프로그램 관련 차별 진정을 제기하려면 HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201로 서한을 보내거나, 전화번호 (202) 619-0403 (음성) 또는 (800) 537-7697 (TTY)로 연락하십시오.

본 기관은 평등한 기회를 제공하는 기관입니다.

뉴욕주는 성 정체성, 트랜스젠더 상태, 성별 위화감, 성적 지향, 혼인 여부, 군복무 여부, 가정 폭력 피해자 상태, 임신과 관련된 조건, 발현되기 쉬운 유전적 특성, 과거 체포 기록 또는 유죄 판결 기록, 가족 상태, 불법 차별 행위에 대한 보복 등 에 근거한 차별을 추가로 금지합니다.

조사에 대한 동의 – 본인은 공적 부조(PA), Medicaid, 보충 영양 지원 프로그램(SNAP) 급여, 가구 에너지 지원 프로그램 수당, 서비스 또는 보육비 지원 요청과 관련하여 본인이 제공한 정보를 검증 또는 확인하기 위한 조사에 동의합니다. 추가 정보가 요구될 경우 본인은 이를 제공할 것입니다. 본인은 또한 PA 및/또는 SNAP 질 관리 검토를 할 때 뉴욕주 및 연방 담당자에게 협조할 것입니다.

본인이 SNAP 을 신청하는 경우, 본인은 사회복지 지구가 정보를 요청하고 소득 및 자격 검증 시스템을 통해서 제공되는 정보를 사용하여 본인의 본 프로그램 신청을 조사하고 내용과 일치하지 않는 것이 발견될 경우 부차적인 연락망을 통해 본 정보를 검증할 수 있다는 것을 알고 있습니다. 또한 이러한 정보가 본인의 SNAP 적격성 여부 및/또는 본인이 수령하는 SNAP 급여의 수준에 영향을 줄 수 있다는 점도 알고 있습니다.

대외비 실업 보험 정보의 공개에 대한 동의 – 본인은 뉴욕주 노동부(DOL)가 실업 보험(UI)을 위한 용도로 유지하는 대외비 정보를 뉴욕주 임시장애지원실(OTDA)에 공개하는 것을 허락합니다. 이 정보에는 UI 보험료 청구 및 임금 기록이 포함됩니다. 본인은 OTDA 가 사회복지지구에서 근무하는 주 및 지역 기관 직원과 함께 이 신청서에 신청된 공적 부조, Medicaid, 보충 영양 지원 프로그램 수당, 가구 에너지 지원 프로그램 수당 또는 양육비 지원을 확립하거나 또는 본인의 자격 여부를 검증하고 금액을 책정하기 위해 그리고 본인이 자격 없는 수당을 받았는지의 여부를 판단하기 위해 UI 정보를 사용할 것임을 알고 있습니다. OTDA 는 또한 정보를 뉴욕주 아동가족실(OCFS) 및 뉴욕주 보건부(DOH)와도 공유할 수 있습니다. OCFS 는 보육 지원 프로그램을 모니터링하는 데 이 정보를 사용할 것입니다.

서비스 제공기관에 정보 공개 – 본인은 사회복지 지구와 뉴욕주가 본인 또는 본인이 합법적으로 권한을 줄 수 있는 가구원이 받은 공적 부조 또는 보충 영양 지원 프로그램 수당 관련 정보를 주 또는 지역 청부업체가 제공하는 프로그램 행정에 관련된 서비스 및 지급에 대한 본인의 적격성을 검증할 목적으로 공유하는 것을 허락합니다. 그러한 서비스에는 본인 또는 가구원이 취업하는 것을 돕기 위한 취업 알선 또는 훈련 서비스가 포함될 수 있습니다.

변경사항 신고 – 본인은 본인의 주소, 니즈, 소득, 재산, 피부양자가 없는 신체 건강한 성인(ABAWD) 지위, 임신 상태 또는 동거 형태의 변경을 본인이 알고 있거나 믿고 있는 한도 내에서 최대한 **신속하게** 기관에 알릴 것에 동의합니다.

본인이 보육비 지원을 신청할 경우, 가족 소득, 가구 구성원, 취업, 보육 방법 등의 변경 사항과 본인의 자격 지속 또는 급여 액수에 영향을 줄 수 있는 변경 사항을 **즉각** 담당자에게 알리는 것에 동의합니다.

벌칙 – 연방 및 주 법률은 귀하가 공적 부조, Medicaid, 보충 영양 지원 프로그램, 서비스 또는 보육비 지원("지원, 급여 또는 서비스")을 신청할 때 또는 적격 여부에 관한 질문을 받았을 때 진실을 말하지 않았거나, 신청서나 자격 유지에 관해 타인이 진실을 말하지 않도록 한 경우, 벌금, 구금형 또는 양쪽 방법의 처벌을 규정하고 있습니다. 벌칙은 지원, 급여 또는 서비스에 대한 최초 자격 인정 및 자격 지속에 관해 사실을 숨기거나 사실을 공개하지 않거나, 지원, 급여 또는 서비스의 수령 또는 지속을 위해 귀하가 대신 신청한 사람의 권리에 영향을 줄 수 있는 사실을 숨기거나 사실을 공개하지 않은 경우에도 적용됩니다. 귀하가 수권 대리인인 경우, 그러한 지원, 급여 또는 서비스는 귀하가 아닌 그 다른 사람을 위해 사용되어야 합니다. 연방 및 주 법률은 개인이 요양 시설 서비스를 받으면서 Medicaid 신청서를 제출한 첫 번째 달 이전의 60 개월 이내에 개인이나 개인의 배우자가 공정 시장 가격에 미달하여 행해진 재산의 양도가 있을 경우, 이 개인은 특정 기간 동안 요양 시설 서비스 또는 가구 및 지역사회 기반 면제 서비스를 받지 못하게 할 수 있다고 규정합니다. 정보를 숨기거나 거짓 정보를 제공하여 지원, 급여 또는 서비스를 받는 것은 불법입니다.

보충 영양 지원 프로그램 실격 벌칙 – 보충 영양 지원 프로그램(SNAP) 신청과 관련하여 귀하가 제공하는 정보는 연방, 주 및 지역의 관리가 검증할 것입니다. 잘못된 정보가 있을 경우, SNAP 급여가 거부될 수 있습니다. 적격 여부 또는 수당 금액에 영향을 미칠 수 있는 잘못된 정보를 고의로 제공한 경우, 형사 고발을 당할 수 있습니다. SNAP 승인 카드 또는 액세스 장치를 고의적으로 사용, 양도, 취득, 변경 또는 소유한 중범죄 혐의로 기소된 사람은 최대 250,000달러의 벌금형과 최대 20년 징역 또는 두 가지 처벌 모두에 처해질 수 있습니다. 개인도 해당 연방법과 주법에 따라 처벌을 받을 수 있습니다. 보호관찰 또는 가석방 상태를 위반한 사람이거나 중범죄 혐의로 기소, 구금 또는 감금을 피해 도망 중이고, 사법기관의 추적을 받고 있는 사람은 SNAP 급여를 받을 자격이 없습니다.

귀하가 급여 자격을 얻거나 더 많은 급여를 받기 위해 허위 또는 오해를 유발하는 진술을 하거나 사실을 오도, 은폐 또는 알리지 않는 경우; 입금 금액을 위해 고의적으로 제품을 폐기하거나 용기를 반환함으로써 현금을 취할 의도로 SNAP 급여로 제품을 구입하는 경우; 또는 SNAP 급여, 승인 카드 또는 전자 지원금 이체(EBT) 시스템의 일부로 이용되는 재사용 가능한 문서들을 사용, 제시, 양도, 취득, 수령, 소지 또는 불법거래할 목적으로 연방법 또는 주 법률의 위반을 구성하는 행위를 저지르거나 시도하는 경우, 귀하는 SNAP 자격이 없는 것으로 판정되거나 고의적 프로그램 위반(IPV)을 저지른 것으로 판정될 수 있습니다. 또한 다음은 허용되지 않으며, SNAP 급여를 받을 자격을 박탈 당하거나 및/또는 다음과 같은 행동에 대하여 처벌을 받을 수 있습니다:

- SNAP 급여를 사용하여 알코올이나 담배 같은 비식품을 구입;
- SNAP 급여를 사용하여 이전에 외상으로 구입한 식품의 비용을 갚는 행위;
- 현금, 화기, 탄약 또는 폭발물, 또는 약물을 교환하는 대가로 타인이 EBT 카드를 사용할 수 있게 허락하거나 SNAP 가구 구성원이 아닌 개인을 위해 음식을 구입하는 행위; 또는
- 타인의 EBT 카드를 주인의 동의 없이 사용하거나 소지하는 행위.

자격박탈 행정 심리를 통해 또는 연방, 주 또는 지역 법원에 의해 IPV 를 저지른 것으로 판정된 사람, 또는 기소를 위해 회부된 사건에서 자격박탈 행정 심리에 대한 권리 포기서 또는 자격박탈 동의서에 서명한 사람은 다음 기간 동안 SNAP 에 참가할 자격이 없습니다:

- 첫 번째 SNAP-IPV 의 경우 12 개월;
- 두 번째 SNAP IPV 의 경우 24 개월;
- 통제 물질(불법 약물 또는 의사의 처방을 필요로 하는 특정 약물)의 판매에 관련된 거래에서 개인이 SNAP 급여를 사용하거나 받은 것으로 법원이 판결한 사실에 근거한 첫 번째 SNAP-IPV 의 경우 24 개월; 또는
- 세 번째 IPV 로 영구적인 자격 박탈 상태가 아닌 한, 동시에 복수의 SNAP 급여를 수령할 목적으로 본인 또는 거주지에 대해 거짓 진술을 한 것으로 드러난 경우 120 개월.
  이 밖에도, 법원에서 추가 18 개월을 SNAP 에 참여하는 것을 금지할 수도 있습니다.

개인은 다음의 경우 SNAP 급여 수령 자격이 영구 박탈될 수 있습니다:

- 개인이 화기, 탄약 또는 폭발물 판매가 연루된 거래에서 SNAP 급여를 사용하거나 받았다는 법원 판결에 근거한 첫 번째 SNAP-IPV;
- 합계 500 달러 이상을 위한 SNAP 급여 밀매로 법원의 유죄 판결에 근거한 첫 번째 SNAP-IPV(밀매에는 SNAP 공인 카드 또는 액세스 기기의 불법 사용, 양도, 취득, 개조 또는 소지가 포함됨);
- 개인이 통제 약물(불법 약물 또는 의사의 처방을 필요로 하는 특정 약물)의 판매를 포함하는 거래에서 SNAP 급여를 사용 또는 받았다는 법원 판결에 근거한 두 번째 SNAP-IPV; 또는
- 세 번째 SNAP-IPV.

가구 경비 신고/증명 요건 – 귀하의 가구는 보육비 및 공과금 지출에 대한 보충 영양 지원 프로그램(SNAP) 공제를 받으려면 이러한 비용을 신고해야 합니다. 또한 비가구원에게 지불한 임대료/모기지 상환액, 재산세, 보험, 의료비 및 자녀 양육비에 대한 SNAP 공제를 받으려면 이러한 비용을 신고 및 확인해야 합니다. 상기 비용들을 신고/증명하지 않을 경우 미신고/미증명 비용에 대한 공제를 받을 의사가 없는 것으로 간주될 것입니다. 이러한 비용에 대한 공제로 SNAP 을 받을 자격이 생기거나 SNAP 급여가 증가할 수 있습니다. 이러한 비용의 신고/증명은 향후 언제든지 할 수 있습니다. 이러한 공제는 변경 사항 신고에 대한 규정에 따라 차후의 SNAP 급여 계산에 적용됩니다(위의 변경사항 신고 참조).

보충 영양 지원 프로그램 수권 대리인 – 귀하는 귀하 가구의 상황을 알고 있는 사람에게 귀하를 대신하여 보충 영양 지원 프로그램(SNAP) 급여를 신청할 권한을 부여할 수 있습니다. 또한 귀하는 가구원 이외의 사람에게 귀하를 대신해 SNAP 급여를 받거나 그것을 사용하여 귀하를 위한 식품을 구입할 권한을 부여할 수도 있습니다. 타인에게 권한을 부여하려면 서면으로 해야 합니다. 귀하는 바로 아래에 그 사람의 성명, 주소와 전화번호를 정자로 기재하고 이 신청서 끝의 서명란에 서명하게 함으로써 타인에게 권한을 부여할 수 있습니다. 수권 대리인이 어떤 시설에 거주하지 않는 SNAP 가구를 대신해 신청하는 경우, 그렇게 하도록 SNAP 가구가 서면으로 수권 대리인을 달리 지정하지 않은 한, 해당 수권 대리인과 가구의 책임 있는 성인 구성원 모두 본 신청서 끝의 서명란에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.

수권 대리인의 성명, 주소 및 전화번호(정자체 기입):

표준 유틸리티 수당 – 본인은 공적 부조 및 보충 영양 지원 프로그램(SNAP) 수혜자는 당연히 주택 에너지 지원 프로그램(HEAP)에 가입할 수 있는 소득 수준임을 이해합니다. 본인이 이번 달 또는 이전 12 개월 동안 20 달러 이상의 HEAP 수당 또는 기타 이와 유사한 에너지 지원 수당을 수령하지 않은 경우에도 본인은 SNAP 을 위해 냉/난방 표준 유틸리티 수당(즉, 공제)을 받으려면 본인 임차료와 별도로 난방비 또는 에어컨 사용비를 지불해야 함을 이해합니다. 본인은 뉴욕주가 본인의 사회보장번호를 사용하여 본인의 주거용 에너지 공급업체에게 HEAP 수령 여부에 대해 확인한다는 것을 이해합니다. 이러한 허가에는 주거용 에너지 공급업체(본인의 유틸리티 회사 포함)가 본인의 년 전기 사용량, 전기료, 연료 소비량, 연료 타입, 년 연료비 및 결제 이력 등을 저소득 가구 에너지 지원 프로그램 성과 측정의 목적을 위해 뉴욕주 임시장애지원실과 지역 사회복지지구 및 미국 보건복지부에 특정 통계 정보를 공개하는 것에 대한 허가가 포함됩니다.

의료 정보 공개 – 본인은 본인과 가구 구성원의 의료정보를 본인인 동의한 다음 해당자에게 제공하는데 동의합니다. 본인의 1 차 진료 의료기관, 기타 의료서비스 제공자 또는 뉴욕주 보건부(DOH)가 치료, 지불 또는 의료 업무 수행을 위해 본인의 의료보험이나 서비스 제공자에게 필요하다고 생각되는 경우 본인이나 가족의 진료를 담당하는 본인의 의료보험과 의료서비스 기관에게 제공, 본인의 의료보험과 의료 서비스 제공자가 SDOH 와 기타 인증된 연방, 주 및 지역 기관에게 Medicaid 의 행정 목적으로 제공, 본인의 의료보험이 치료, 지급 또는 의료 서비스 업무를 이행하기 위해 필요하다고 생각되는 경우, 기타 개인이나 기관에게 제공. 본인은 지원 및 서비스 제공과 관련하여 본인과 본인이 합법적으로 대신 승인할 수 있는 가구원에 대한 건강 관련 정보와 취업을 포함한 본인의 근로 참여 능력 정보를 공적 부조 급여 제공을 위해 합리적으로 필요한 대로; 아동 복지 서비스 등의 서비스를 위해; 적절한 근로 활동 배정을 결정하기 위해; 생계보조금 신청 필요성을 판단하고 신청하기 위해; 취업 가능성 회복을 위한 적절한 치료 계획을 확립하기 위해; 그리고 현금 지원 수령 6 개월 뉴욕주 시한 면제 자격을 판단하기 위해 뉴욕주 임시장애지원실(OTDA), 뉴욕주 아동가족실 또는 지역 사회복지 지구에 공개하는 것을 승인합니다. 사회보장청이 시행하는 급여를 본인이 신청할 것이 요구되는 경우, 위에서 지정한 정보들이 사회보장청과 공유될 수 있습니다. 본인은 또한 공개되는 정보에는, 아래 난에 체크하지 않은 한, 법률이 허용하는 한도 내에서 본인과 가구 구성원의 HIV, 정신 건강 또는 알코올 및 약물 중독 정보가 포함될 수 있음에 동의합니다. 가족 중 성인 1 명 이상이 Medicaid 의료보험에 가입하고 있는 경우, 정보 공개에 동의하려면 신청하는 각 성인의 서명이 필요합니다. 본인은 본인이 대신하여 동의를 제공할 수 있는 미성년 자녀에 관련된 정보의 공개에 동의할 수 있는 능력이 그를 위한 치료, 진단 및 절차 관련 정보를 입수할 수 있는 범위에 의해 제한됨을 이해합니다.

_____ HIV/AIDS 정보 공개 금지 _____ 약물 및 알코올 정보 공개 금지
_____ 정신 건강 정보 공개 금지

의료 서비스 제공 기관에 대한 정보 공개 – 본인은 본인 또는 모든 가구 구성원이 합법적인 승인을 받아 수령했거나 수령하고 있는 공공 보조 수당과 관련하여, 사회보장청 또는 뉴욕주 정부가 지정한 의료 서비스 제공 기관과 해당 정보를 사회보장청 또는 뉴욕주 정부가 공유하는 것을 허락합니다. 이는 본인 또는 본인의 가구 구성원이 수령 자격이 되는 추가 수당을 쉽게 받을 수 있고, 건강 보험 및 전반적인 복지의 질을 향상시키기 위한 목적입니다.

교육 기록의 공개 – 본인은 뉴욕주 보건부와 사회복지 지구가 다음과 같이 하는 것을 승인합니다: 1) 건강 관련 교육 서비스에 대한 Medicaid 상환금 신청에 필요한 정보를 포함한 본인 및/또는 여기에 명기된 자녀의 교육기록 관련 모든 정보를 획득하는 것; 및 2) 감사를 목적으로 해당 연방정부 관계기관이 이 정보를 열람할 수 있도록 하는 것.

조기 개입 프로그램의 정보 공개 – 본인의 자녀가 뉴욕주의 조기 개입 프로그램에 참여하거나 평가대상이라면 사회복지 지구와 뉴욕주가 Medicaid 에 비용을 청구할 목적으로 본인 자녀의 Medicaid 지원대상 여부에 대한 정보를 본인의 카운티 또는 지자체의 조기 개입 프로그램과 공유할 수 있도록 승인합니다.

어린이/청소년 건강 프로그램 – 본인의 자녀에게 Medicaid 가 적용된다면 이들이 모든 필요한 치료를 포함한 기본적이고 예방적인 치료를 어린이/청소년 건강 프로그램을 통하여 받을 수 있다는 것을 알고 있습니다. 본인은 이 프로그램에 대한 추가 정보를 사회복지지구로부터 얻을 수 있습니다.

MEDICARE – 본인은 Medicaid 대상인 기간에 본인에게 제공된 의료 및 기타 보건 서비스에 대한 향후의 미납 비용을 "Medicare"(타이틀 XVIII 의 파트 B, 보충 의료보험 프로그램)의 지원금을 사용하여 직접 의사 및 의료 제공자에게 지급하는 것을 허용합니다.

의료비 상환

MEDICAID – 귀하는, Medicaid 신청의 일환으로 또는 신청일로부터 2 년 이내에, 신청월 이전의 3 개월 기간 동안 보험 적용이 되는 의학적 치료, 서비스 및 소모품 비용으로 지불한 비용의 상환을 요청할 권리를 가집니다. 신청일 이후에 보험 적용 의학적 치료, 서비스 및 소모품에 대한 상환은 Medicaid 등록 서비스 제공자를 이용한 경우에만 가능합니다.

보험/기타 수당 및 직불금의 양도 – 본인은 공적 부조와 Medicaid 를 위하여 의료나 상해보험 급여를 청구하고 개인적인 부상 클레임이나 본인에게 소속될 수 있는 다른 리소스를 요청하는 것에 동의하며 이 신청서를 제출할 사회복지지구 담당자에게 그러한 자원을 양도함에 동의합니다. 또한 이 신청서를 받는 사회복지지구 담당자가 양도된 모든 급여를 사용 가능하도록 지원할 것입니다.

본인은 본인이나 가구 구성원이 Medicaid 대상인 기간에 제공된 의료 및 기타 보건 서비스와 관련하여 본인이나 가구 구성원에게 의료 또는 상해보험 급여에 대해 부과된 비용을 해당 사회복지지구 담당자에게 직접 지급하는 것을 허용합니다.

MEDICAID 회수 – Medicaid 지원을 받을 때, 귀하가 의료기관에 있으며 귀가할 것으로 예상되지 않는 다면 유치권이 신청되고 귀하의 부동산을 통한 회수가 이루어질 수 있습니다. 귀하를 위해 지급된 MA 는 의료 서비스가 이루어진 시점에 귀하의 법적인 부양 책임을 가진 사람으로부터 회수할 수 있습니다. MA 는 서비스 비용과 잘못 지불된 보험금도 회수할 수 있습니다.

본인은 뉴욕주 보건부를 통해 Medicaid 를 받는 경우 2014 년 4 월 1 일 부로:

- 본인의 사망 전에 본인 부동산에 유치권이 설정되지 않을 것임을 알고 있습니다.
- 본인의 사망시 자산 회수는 본인의 55 회 생일 이후에 받은 요양원, 재택 및 지역사회 기반 서비스 및 관련 병원 및 처방약 서비스의 비용에 대해 Medicaid 가 지급한 금액으로 제한됨을 알고 있습니다.

공적 부조금 회수 – 귀하와 귀하가 법적으로 부양해야 하는 사람을 위해 받은 공적 부조금(PA)은 귀하가 소유하거나 취득할 수 있는 금전이나 자산에서 회수할 수 있습니다. PA 를 받는 조건으로 귀하는 본인 소유 부동산의 담보 제공이나 담보 서류를 작성하도록 요구될 수 있습니다. 귀하의 세금 환급금 및 복권 당첨금의 일부를 PA 채무 상환을 위해 공제할 수 있습니다.

소급 생활보조금에서 공적 부조금 상환 승인 – 본인은 사회보장청(SSA)이 내가 생활보조금(SSI) 수혜 자격이 있는지 여부를 결정하는 동안 사회복지 지구(SSD)가 주 기금 또는 지역 기금에서 나에게 지급하는 공적 부조금(PA)을 위해 사회보장청(SSA)의 청장이 나의 SSI 첫 회 지급금(다시 말해서, 나의 소급 SSI 지급금)을 사용하여 지역 사회복지 지구에 상환하는 것을 허가합니다. SSA 는 연방 지금을 사용하여 지급된 PA 의 경우 SSD 를 상환하지 않습니다.

본인은 나와 SSD 대리인이 본 허가서에 서명했음을 주가 SSA 에 통지한 경우에 한해 본 허가서에 구속됩니다. 주는 나의 SSI 기록과 나의 주 기록이 일치하는지의 여부를 30 일 이내에 통지해야 합니다. SSA 는 30 일이 지난 후에는 이를 승인하지 않습니다. 대신, SSA 는 SSA 법규에 따라 나의 소급 SSI 납입금을 내게 보내줍니다.

나의 SSI 첫 회 납입금만 사용할 수 있습니다. 내 첫 회 납입금이 SSD 에 상환해야 하는 금액을 초과하는 경우 SSA 는 자체 법규에 따라 남은 차액을 제게 보내줍니다.

SSA 의 SSD 상환은 다음 두 가지 상황에서 가능합니다:

(1) 내가 SSI 를 신청하고 SSA 가 내가 수령적격자라고 판단한 경우 SSD 를 상환한다.
(2) 나의 SSI 수당이 종료 또는 정지 후 부활된 경우 SSD 를 상환한다.

SSA 는 내가 SSA 수혜자격 판정을 기다리는 동안 내게 지급한 PA 에 대해 SSD 만을 상환합니다. 이를 가리켜 “임시 지원금”이라고 합니다. 기간은 다음과 같이 시작됩니다: 1) 내가 SSI 수당을 지급 받을 자격이 된 첫 달, 또는 2) 나의 SSI 가 정지 또는 해지된 후 부활된 첫째 날. 이 기간에는 SSI 지급이 실제로 시작된 달이 포함됩니다. SSD 가 나의 마지막 PA 지급을 중단할 수 없다면 이 기간은 다음 달에 종료됩니다.

SSA 가 SSD 를 상환한 후 10 일 이내에, SSD 는 지급된 중간 지원금의 금액을 담은 통지서를 내게 보내주어야 합니다. 통지서는 또한 SSA 가 내게 상환해야 할 남은 SSI 금액을 보낼 수 있는 방법을 알려달라는 내용과 만약 내가 주의 결정에 동의하지 않을 경우 이에 이의 제기할 수 있는 방법을 담은 내용의 서신을 보낼 것이라는 점도 알려줄 것입니다.

이러한 법규에 따라 SSA 는 내가 이 허가서에 서명한 날을 내가 처음 SSI 수혜 자격자가 된 날로 사용해도 됩니다. 이는 내가 다음 60 일 이내에 SSI 를 신청하는 경우에만 해당됩니다.

본 허가서는 어떤 SSI 신청서 또는 SSA 에 계류 중인 나의 이의 제기에도 적용됩니다. 본 허가서는 나의 SSI 케이스가 완전히 결정된 경우 종료됩니다. 그리고 SSA 가 나에게 처음 수당을 지급할 때에 종료됩니다. 또한 주와 나는 허가서 종료에도 동의할 수 있습니다. 본 허가서가 종료된 후 SSI 를 재신청하는 경우 또는 SSI 신청서가 있거나 이의 제기가 계류중인 동안 새로운 SSI 청구서를 제출하는 경우 나는 NYS 법규에 따라 새로운 허가서에 서명해야 합니다.

나는 상환에 대해 SSD 가 내린 결정에 동의하지 않을 경우 공정청문회의 기회를 갖게 됩니다.

나는 "사회복지 프로그램에 대해 알아야 할 사항(What You should Know About Social Services Programs)"이라는 내용의 팸플릿을 받았습니다. 나는 임시 지원금 에 대한 내용을 이해합니다.

지원 – 가족 지원(FA), 안전망 지원(SNA) 또는 타이틀 IV-E 양호 위탁 서비스를 신청하고 수령하는 업무는 신청인/수혜자에게 권리가 있거나 지원을 신청하거나 받고 있는 신청인/수혜자를 위해 다른 가족이 대신하여 신청하는 것을 지원할 임무를 가진 뉴욕주 및 사회복지 지구의 업무입니다(사회복지법, 제 158 및 348 조). 특정 상황에서는 본 양도가 제한됩니다. 이 신청서의 다른 섹션에는 추가 양도에 대한 내용이 포함되어 있습니다.

지원 권리의 양도 – 본인은 본인을 지원할 법적 책임이 있는 개인이 제공하는 지원에 대한 권리와 가구 구성원을 대신한 지원에 대한 권리를 주 및 사회복지지구에 양도합니다. 본인이 가족 지원 또는 안전망 지원을 신청하거나 받은 적이 있다면 본인의 부양권의 책임은 본인 및/또는 가구 구성원이 지원을 받은 기간 동안 발생한 지원으로 한정됩니다. 단, 2009 년 10 월 1 일 이전에 본인 또는 가구 구성원을 위해 주에 할당된 모든 지원권은 계속해서 주 정부에 양도됩니다.

가구 에너지 지원 프로그램 – 본인은 이 신청서/증명서에 서명함으로써 본인이 제공한 정보를 확인하기 위한 조사와 기타 가구 에너지 지원 프로그램(HEAP) 급여와 관련하여 권한 있는 정부 기관에 의한 조사에 동의합니다. 본인은 또한 이 신청서에 제공된 정보를 내한 지원 프로그램 및 유틸리티 회사의 저소득층 프로그램에 추천할 때 사용하는 것에 동의합니다.

본인은 뉴욕주가 본인의 사회보장번호를 사용하여 본인의 주거용 에너지 공급업체에게 HEAP 수령 여부에 대해 확인한다는 것을 이해합니다. 이러한 허가에는 주거용 에너지 공급업체(본인의 유틸리티 회사 포함)가 본인의 년 전기 사용량, 전기료, 연료 소비량, 연료 타입, 년 연료비 및 결제 이력 등을 저소득 가구 에너지 지원 프로그램 성과 측정의 목적을 위해 뉴욕주 임시장애지원실과 지역 사회복지지구 및 미국 보건복지부에 특정 통계 정보를 공개하는 것에 대한 허가가 포함됩니다.

성폭행 정보 – 귀하가 성폭행 피해자인 경우, 사회복지지구에 위탁 정보를 요청할 권리가 있습니다. 위탁 정보를 요청하면, 사회복지지구는 다음 중 하나의 주소와 전화번호를 제공해야 합니다: 1) NYS 보건부가 인증한 성폭행 법의학 검사자 서비스를 제공하는 지역 병원; 2) 지역 강간 위기 센터; 및 3) 성폭행 피해자에게 적합한 지역 옹호, 상담 및 핫라인 서비스. 또한 사회복지지구는 NYS 성폭행 및 가구 폭력 핫라인 번호도 제공해야 합니다: (800) 942-6906 및 (800) 818-0656 (TTY).

양호위탁 지원 인증 – 본인이 양호위탁 지원을 신청하는 경우,본인 가족 재산이 100 만 달러를 초과하지 않음을 인증합니다.

본인은 위의 고지 사항을 읽었고 이해합니다. 본인은 위의 양도, 승인 및 동의를 이해하고 합의합니다. 본인은 위증 시 처벌 받을 것을 각오하고 본인이 현지 사회복지지구에 제공했거나 제공할 정보가 완전하고 정확하다는 것을 서약 및/또는 확인합니다.			
신청자 서명 x	서명일	배우자 또는 보호 대리인 서명 x	서명일
수권 대리인 서명 x	서명일		

하나 이상의 프로그램에 대해 귀하의 신청서를 철회하길 원하는 경우에만 다음 사항을 완료하십시오.

본인은 다음 신청서를 철회하는 데 동의합니다:

☐ 공적 부조 **(PA)** ☐ **PA** 대신 아동 보육 ☐ 보충 영양 지원 프로그램 **(SNAP)** ☐ **Medicaid** 및 **SNAP**

☐ **Medicaid** 및 **PA** ☐ 서비스, 양호 위탁 포함 ☐ 아동 보육 지원 ☐ 비상 지원만

본인은 언제든지 재신청할 수 있음을 알고 있습니다.

신청인/수권 대리인 서명 서명일

x

뉴욕주 기관용 유권자 등록 신청서

"현 거주지에서 유권자 등록이 되어 있지 않았을 경우, 오늘 여기서 등록을 신청하시겠습니까?"

☐ **예** 예에 표시한 경우 아래 **유권자 등록 신청서**를 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 আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

개정 02/25/2020

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?** ☐ **예** ☐ **아니요** 만일 대답을 **아니요**라고 하셨다면 이 신청서를 작성하지 마십시오	**2**	**A) 선거일 전이나 선거 당일에 만 18세가 됩니까?** ☐ **예** ☐ **아니요** **B) 16세 이상이고, 투표일 당일 또는 그 이전에 18세 이상이어야 하며, 그러한 투표 시점에 18세가 될 때까지 등록이 "진행 중"이라고 표시되어 있으면 어떤 투표도 행사할 수 없게 된다는 사실을 알고 계십니까?** ☐ **예** ☐ **아니요** 앞의 두 개 질문에 모두 **아니요**라고 답했다면 투표 등록을 할 수 없습니다.	**For Board Use Only**
3	성 / 이름 / 중간 이니셜 / 호칭			
4	거주지 주소(우편사서함(P.O. Box) 불가) / 아파트 호수 / 도시/타운/빌리지 / 우편번호 / 카운티			
5	우편물 수취 주소(위와 다를 경우) / 우편 사서함, Star Route 등 / 우체국 / 우편번호			
6	생년월일	**7** 성별(선택 사항)	**8** 전화(선택 사항)	이메일(선택 사항)

10	마지막으로 투표한 연도	당시 주소(주택 번지, 도로명, 도시명 기재)	**9**	**신분증 번호** (해당 항목에 표시하고 번호를 기재) ☐ 뉴욕주 DMV 번호 — — — — — — — — — ☐ 사회 보장 번호(Social Security Number) 마지막 4자리 — — — — ☐ 뉴욕주 DMV 번호 또는 사회 보장 번호 없음
	투표 카운티/주	투표 시 사용한 이름(현재 이름과 다를 경우)		

11 정당

정당 가입을 희망합니다

☐ 민주당(Democratic party)
☐ 공화당(Republican party)
☐ 보수당(Conservative party)
☐ 근로가족당(Working Families party)
☐ 녹색당(Green party)
☐ 자유주의당(Libertarian party)
☐ 독립당(Independence party)
☐ SAM 정당
☐ 기타 _____

어떤 정당에도 가입하고 싶지 않고 독립된 유권자가 되고 싶습니다

☐ 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.

잉크로 서명 또는 표시 _____ 날짜 ___ / ___ / ___

(선택 사항) 장기 및 조직 기증 등록

성		
이름	미들 이니셜	호칭
주소		
아파트 호수	도시/타운/빌리지	우편번호
생년월일	성별 ☐ 남 ☐ 여	
눈동자 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 기능 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.

DONATE LIFE New York State

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
- 16세 또는 17세인 경우 투표 사전 등록.

등록 필수 조건:
- 미국 시민이어야 함
- 18세 이상(16세 또는 17세에 사전 등록은 가능하지만 18세가 될 때까지 투표 불가)
- 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 복원된 경우 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 기밀 사항으로 취급되며 유권자 등록 목적으로만 사용됩니다. 유권자 등록을 하지 않기로 결정한 개인 및/또는 본 신청서가 제출된 사무실에 관련된 정보는 기밀 사항이며 유권자 등록 목적으로만 사용됩니다.

신원 확인 절차

선거일 이전에 본 신청서 9번 항목에 기재된 DMV 번호(운전면허증 번호 또는 비운전자 ID 번호)나 사회 보장 번호 마지막 4자리를 통해 귀하의 신원을 확인할 예정입니다.

DMV 또는 사회 보장 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).