Washington State Department of Social & Health Services

현금보조금 또는 식품지원 신청서
Application for Cash or Food Assistance

이 신청서를 읽는데 또는 작성하는데 도움이 필요하면 요청하십시오.

귀하의 파일에 이 페이지를 보관하십시오.

현금보조금 또는 식품지원 혜택 신청 방법

- 첨부한 신청서를 작성함. 신청서를 인편으로 지역의 보사부 사무처에 제출하면 오늘 바로 신청업무를 시작할 수 있습니다. 신청서에 반드시 귀하의 이름과 주소를 기입하고 서명(또는 귀하가 위임한 대리인의 서명)을 해 제출하십시오. 주소가 없는사람은 지역의 보사부 사무처에 연락해 이용할 수 있는 우편 주소를 얻을 수 있습니다. 여백이 모자라면 다른 용지에 적어첨부합니다.
- 작성한 신청서와 당국이 요구하는 기타 정보를 가급적 빨리 제공하면 해당 혜택을 더 많이 또는 더 빨리 받을 수도 있음
- 지역 사무처에 가서 신청서를 제출함. 사무처 위치는 www.dshs.wa.gov 에서 확인하실 수 있습니다.
- 신청서를 팩스로 보냄. 팩스 번호: 1-888-338-7410
- 신청서를 다음 주소로 우송함

  DSHS
  CSD-Customer Service Center
  PO Box 11699
  Tacoma, WA 98411-6699
  온라인으로 신청함. 웹사이트: www.washingtonconnection.org

- **건강보험혜택을 신청하려면 반드시 온라인(www.wahealthplanfinder.org), 전화: 1-855-923-4633 또는 HCA 건강보험혜택 신청서(HCA 18-001)를 사용해 신청해야 합니다.**

식품지원과 현금보조금은 얼마나 빨리 받을 수 있습니까?

식품지원이 지금 당장 필요한 경우, 신청서 3 면에 있는 1 항~14 항 질문에 답한 후 지역의 보사부 사무처에 제출하십시오.

귀하의 신분증을 *제시하고* 다음 중 하나에 부합하면 7 일 *이내*에 식품지원 수혜자격 여부가 결정됩니다.

- 이달에 가족 총소득이 $150 이하이고 유동자산이 $100 이하일 경우
- 귀가족의 소득과 자산이 월임대료와 유틸리티 비용(예: 전기비, 수도비)보다 적을 경우
- 가족 중 빈민 이동 노동자나 계절 농장 노동자가 있을 경우

식품지원은 당국이 결정한 바로 그 다음 날로 발급됩니다. 식품지원은 보통 귀하의 신청서가 접수된 날짜부터 시작합니다. 현금보조금은 보통 수혜자격 결정에 필요한 정보가 모두 수집된 날부터 시작됩니다.

민권

본 기관은 연방법, 미국 농무부(USDA) 및 미국 보건복지부(HHS)의 정책에 따라 인종, 피부색, 국적, 성별, 나이 및 장애로 인한 차별대우를 금지하고 있습니다. 또한, 식품영양법(Food and Nutrition Act of 2008)과 USDA 정책 하에 종교 또는 정치적 신념에 근거한 차별대우도 금지됩니다. 차별에 대해 이의를 제기하려면 USDA 또는 HHS 로 연락하십시오. USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 으로 서신을 보내거나 (202) 720-5964(음성 및 TDD)로 전화하십시오. HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 506-F, Whitten Building, 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201 로 서신을 보내거나 (202) 619-0403(음성) 또는 (202) 619-3257(TTY)로 전화하십시오. USDA 및 HHS 는 평등 기회를 제공하는 고용기관입니다.

이민 신분 및 사회보장번호

함께 거주하는 사람으로서 이민 신분으로 인해 지원 혜택을 받을 수 없는 일부 사람에게도 혜택이 제공되는 경우가 있습니다. 그러므로 혜택을 신청하는 모든 사람의 신원을 반드시 당국에 말해야 합니다.

귀하와 함께 거주하는 사람으로서 TANF 또는 식품지원을 신청하는 사람은 연방법(42 CFR 205.52, 7 CFR §273.6)에 따라 사회보장번호(SSN)를 반드시 제공해야만 합니다. 그리고 혜택을 신청하지 않지만 함께 사는 부모 및 배우자의 SSN 이 필요할 수도 있습니다.

당국은 SSN 을 사용해 신분, 수혜자격 확인, 사기행위 예방 및 청구 사례를 징수합니다. 또한 저희 프로그램을 관리하고 해당 법을 따르는 다른 기관과 관련 정보를 교환합니다. 그리고 도주 중인 중범죄자를 체포하기 위해 이 정보를 법집행기관에 제공할 수도 있습니다.

개인 정보 보호 및 현금보조금 및 식품지원

당국은 식품영양법(Food and Nutrition Act of 2008) 개정안에 따라 각 가족성원의 SSN 번호를 포함하여 신청서에 당국이 요구하는 정보를 수집할 수 있습니다. 당국이 요청한 정보를 제공하는 것은 귀하의 의향에 달려있습니다. 하지만 합당한 이유 없이 SSN 또는 SSN 신청 증빙서류를 제공하지 않을 경우 SSN을 제공하지 않은 각 개인에 대한 기본식품지원이 제공되지 않을 수도 있습니다. 이 정보의 일부는 연방소득 및 수혜자격확인시스템(IVES)를 포함하여 컴퓨터 일치 프로그램으로 확인하게 됩니다.

보건사회부에 제공한 정보는 Health Care Authority 및 Health Benefit Exchange에서 관리하는 건강보험 수혜 자격에 영향을 줄 수도 있습니다.

당국이 개인 정보를 사용하는 이유	개인 정보를 제공할 수 있는 곳
• 해당 프로그램에 대한 자격여부 결정 • 초과 지급된 금액 환급 • 프로그램 관리 • 법 준수 확인	• 공무처리를 위해 연방기관 및 주정부 기관 • 법망을 피해 도주 중인 범인을 쫓는 법집행 기관 • 식품지원 초과지불금을 징수하는 사립 미수금 대행기관

식품지원 벌칙 경고

당국은 식품지원 신청인에 관한 정보를 기타 연방기관에 보내 해당 정보의 정확성을 확인합니다. 확인 후 잘못된 정보가 있을 경우 신청인에게 식품지원이 제공되지 않을 수도 있습니다. 정확한 정보가 아니라는 것을 알면서 허위 정보를 제공한 신청인은 형사 처벌을 받을 수 있습니다. 고의적으로 식품지원규정을 위반할 경우 그에 대한 벌칙은 다양하며, 수혜자격 상실, 벌금 또는 구금될 수도 있습니다.

Washington State Department of Social & Health Services

식품지원 및 현금보조금 신청서

Application for Food and Cash Assistance

이 양식을 작성하는 데 도움이 필요하면 말씀해 주십시오.

1. 이름 중간이름 이니셜 성	신청인 또는 신청인이 위임한 대리인의 서명(필수 기입란)	2. 수혜자/의뢰인 ID 번호 (아는 경우)
3. 거주지 주소 시 주 우편번호		4. 자택/우선 연락 전화번호
5. 우편주소(거주지 주소와 다를 경우) 시 주 우편번호		6. 기타 전화번호(들)
		7. 이메일 주소

8. 저는 다음을 신청합니다(모든 해당 사항에 체크요):

☐ 현금 ☐ 식품비 ☐ 보육

9. 본인 또는 제 가족 성원 중에 다음과 같은 사람이 있습니다(모든 해당란에 체크요). ☐ 가정폭력을 겪고 있음 ☐ 장애를 갖고 있음 ☐ 건강문제로 인해 일을 할 수 없음 ☐ 임신 중임. 임산부 이름: _____ 출산 예정일: _____

10. 이 달에 귀가구에게 얼마의 돈이 들어 올 것으로 예상합니까? $_____

11. 가족이 소유하고 있는 현금 또는 은행계좌에 얼마의 돈이 있습니까? $_____

12. 귀가족이 지불하는 임대료(월세)나 모기지(주택융자금)는 얼마입니까? $_____

13. 귀가족이 어느 유틸리티 비용을 지불합니까? ☐ 난방비/냉방비 ☐ 전화요금 ☐ 기타: _____

14. 가족 성원 중에 계절 또는 이동 농장 노동자가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

15. 식품지원을 신청하는 경우 가족 성원 몇 사람을 위해 식품을 사서 조리합니까? _____

16. 보육을 신청하는 경우, 어떠한 활동이 필요합니까(적용되는 모든 것에 체크요)?

☐ 직장 ☐ 학교 ☐WorkFirst ☐ BFET(기초 식품 고용 교육)

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: ☐ Yes ☐ No Screener's Initials: _____ Date: _____

17. ☐ 통역관이 필요합니다. 사용 언어: _____ 또는 ☐ 수화; 통신문을 다음 언어로 번역해 주십시오. _____

18. 혜택을 신청하지 않는 사람을 포함해 전 가족성원을 기재해 주십시오(필요할 경우 다른 용지에 적어 첨부하십시오).

이름 (이름, 중간이름, 성)	남/여	귀하와의 관계	생년월일	이 사람의 혜택을 원하는 경우 체크요	비신청인의 임의 기재 사항			
					사회보장번호	미시민권자일 경우 체크요	인종(아래 보기 참조)	부족명(아메리칸 인디언, 알래스카 원주민)
		본인		☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		

19. 히스패닉 또는 라틴 아메리카인입니까? ☐ 예 ☐ 아니요

인종과 민족 배경 정보 제공 여부는 귀하의 의향에 달려 있습니다. 식품지원 신청서일 경우 본 정보를 제공하지 않으면 USDA 에서 당국으로 하여금 해당 답을 기입하도록 요구합니다. **보기:** 백인, 흑인 또는 아프리카계 미국인, 아시아인, 하와이 원주민, 태평양 섬주민, 아메리칸 인디언, 알래스카 원주민 또는 혼혈 인종

신청인의 이름	사회보장번호	수혜자/의뢰인 ID 번호

I. 일반 정보

1. 지난 30 일간 다른 주정부, 부족 또는 기타 출처로부터 현금보조금 또는 식품지원 혜택을 받았습니다. ☐ 예 ☐ 아니요
2. 제가 대신 신청하는 사람이 워싱턴주가 아닌 타주에서 살고 있습니다. ☐ 예 ☐아니요 타주에 사는 사람: _____
3. 본인 또는 가족 중 누군가가 보증인을 둔 이민자입니다.☐ 예 ☐ 아니요 보증인을 둔 이민자: _____
4. 본인 또는 제 가족 성원 중에 누군가가 다음과 같은 학교에 다니고 있는 16 세 이상의 학생입니다 (해당되는 모든 것에 체크하십시오) ☐ 고등학교 동급 프로그램

   ☐ 고등학교 ☐ 대학교 ☐ 직업학교 학생이름: _____
5. 본인 또는 제가 대신 신청하는 사람은 BFET(고용 및 교육 서비스)에 관한 정보를 원하고 있습니다. ☐ 예 ☐ 아니요
6. 일시적으로 이사를 나간 사람이 있습니다. ☐ 예 ☐아니요 이사를 나간 사람: _____
7. 본인 또는 제가 신청하는 사람 중에 군복무를 한 사람이 있습니다. ☐ 예 ☐ 아니요 군복무를 한 사람: _____
8. 이 사람은 군복무를 한 사람(생존 또는 사망)의 부양가족 또는 배우자입니다. ☐ 예 ☐ 아니요
9. 본인 또는 제가 대신 신청하는 사람은 중범죄자이며, 재판이나 감옥행을 피하려고 도주 중입니다. ☐ 예 ☐ 아니요
10. 본인 거주하는 곳: ☐ 자택 또는 아파트 ☐ 그룹 홈 ☐ 기타: _____

    ☐ 시설(시설 유형 기재): _____ 입소한 날짜: _____
11. 본인은 다음에 해당합니다. ☐ 미혼(싱글) ☐ 기혼 ☐ 이혼 ☐ 별거 ☐ 과부/홀아비

    ☐ 등록 동거 관계에 있음

II. 자산(증빙서류 첨부: 현금만 해당)

자산이란 귀하의 모든 소유물 또는 매매, 교환 또는 현금화할 수 있는 구매품 또는 다른 사람이 갖고 있는 귀하의 돈 등을 들 수 있습니다. 자산에는 가구 또는 의복 등 개인 소모품 등은 포함되지 않습니다. 다음을 자산으로 취급할 수 있습니다.

- 현금
- 당좌예금구좌(Checking account)
- 보통예금구좌(Savings account)
- 학자금
- 신탁
- IRA / 401k
- 주택, 토지 또는 건물
- 예금증서(CD)
- 머니마켓구좌
- 증권
- 퇴직금
- 장례기금, 선불플랜
- 사업 장비
- 가축
- 생명 보험

귀하, 귀배우자 또는 귀하가 혜택을 신청하는 사람 중에 소유하고 있는 또는 구매 중인 자산을 아래에 기재하십시오.

자산	소유주	소유지	가치	소유주	소유지	가치
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$

2. 본인, 제 배우자 또는 제가 혜택을 신청하는 사람 중에는 자동차, 트럭, 밴(van), 보트, RV, 트레일러 또는 기타 모터 운송 수단을 갖고 있습니다.

연도 (예: 1980)	제조사(예: FORD)	모델(예: ESCORT)	리스한 경우 체크요	의료 용도로 사용하는 차량일 경우 체크요	차량 납입 잔금
			☐	☐	$
			☐	☐	$

3. 본인, 제 배우자 또는 제가 혜택을 신청해 주는 사람은 지난 2 년 내 자산을 판매, 교환했거나 남에게 주었거나 양도했습니다(신탁, 차량 또는 종신 부동산 포함). ☐ 예 ☐ 아니요 '예'일 경우 , 해당 자산:_____ 날짜:_____

III. 연금(가족 성원이 한 투자로 현재 받고 있는 또는 앞으로 받을 연금)

연금 주인	회사 또는 업체	금액 또는 가치	월소득	구매일자
		$	$	
		$	$	
			$	$	

신청인의 이름	사회보장번호	수혜자/의뢰인 ID 번호

IV. 근로소득 - 증빙서류 첨부요

1.본인, 제 배우자 또는 제가 혜택을 신청하는 사람이 지난 60 일 내에 직장을 잃었습니다/그만두었습니다. ☐ 예 ☐ 아니요

2. 본인, 제 배우자 또는 제가 혜택을 신청하는 사람에게 근로소득이 있습니다. ☐ 예 ☐ 아니요 '예'일 경우, 이 항목을 작성하십시오.

이 소득의 주인 고용주 이름과 전화번호 시작일 이 직업은 자영업입니까? ☐ 예 ☐ 아니요	받은 총액(공제 전의 금액) $_____ ☐ 매시간 ☐ 매주 ☐ 2 주마다 ☐ 월 2 회 ☐ 매월 주 근무시간: _____ 급여일(예:, 1 일 및 15 일 또는 금요일마다):
이 소득의 주인 고용주 이름과 전화번호 시작일 이 직업은 자영업입니까? ☐ 예 ☐ 아니요	받은 총액(공제 전의 금액) $_____ ☐ 매시간 ☐ 매주 ☐ 2 주마다 ☐ 월 2 회 ☐ 매월 주 근무시간: _____ 급여일(예:, 1 일 및 15 일 또는 금요일마다):

V. 기타 소득(증빙서류 첨부: 가족 전 성원)

- 실직수당
- 사회보장금
- 부족소득
- 도박으로 벌인 소득
- 교육적 혜택(학비융자금, 보조금, 실습)
- 생계보조비(SSI)
- 아동양육비 또는 배우자 부양금
- 철도급부금
- 임대 소득
- 퇴직금 또는 연금
- 재향군인(VA) 또는 군 급부금
- 산업 재해 보상금(L&I)
- 신탁
- 이자/배당금

불로소득 종류	이 소득의 주인	월 총액	이 소득의 주인	월 총액
		$		$
		$		$
		$		$
		$		$
		$		$

VI. 월지출비

임대	모기지	공간 임대	주택 보험	재산세	기타 수수료
$	$	$	$	$	$

임대료 또는 담보 외에 귀하의 가정에서는 어떠한 공과금을 지출하고 있습니까?

☐ 난방비 (전기/가스) ☐ 전기세 (난방비 제외) ☐ 수도세 ☐ 자택/휴대 전화 ☐ 하수도 비용 ☐ 쓰레기 비용

정부 아파트와 같이 다른 사람 또는 기관에서 이들 지출비 전액을 또는 일부를 지불해 줍니다. ☐ 예 ☐ 아니요

'예'일경우 지불해 주는 사람/기관: _____ 관련 지출비: _____ 지불 금액: $ _____

본인, 제 배우자 또는 해당 가족 성원은 다음을 지불 또는 지불해야 합니다(모든 해당사항에 체크요).

☐ 아동 또는 성인 가족 부양비(교통비 포함)	월 지불금: $	지불하는 사람:
☐ 장애인 또는 60 세 이상인 사람에 대한 의료비 (교통비 및 건강보험 보험료 포함)	월 지불금: $	지불하는 사람:
☐ 아동양육비 (증빙 서류)	월 지불금: $	지불하는 사람:

위에 기재한 지출비 중 보고하지 않은 지출비의 경우, 이 지출비를 공제액으로 제하기를 원치 않는 것으로 간주합니다.

VII. 위임 대리인

위임한 대리인이란 DSHS 에서 귀하의 혜택에 관한 정보를 말할 수 있는 사람을 의미합니다. 대리인의 이름은 기입해도 되고, 기입하지 않아도 됩니다. 귀하를 대변할 대리인이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

이 사람은 귀하의 법적 보호자입니까? ☐ 예 ☐ 아니요

대리인 승인서(Authorized Representative form, DSHS 14-532)를 작성해야 할 수도 있습니다.

이름	귀하와의 관계	전화번호

우편 주소	시	주	우편번호

선언 및 서명

현금보조금을 신청하는 경우 가족 중 모든 성인(또는 위임받은 대리인)이 서명을 해야만 합니다.

식품지원혜택을 신청하는 경우 해당 신청인(또는 위임받은 대리인)이 반드시 서명해야 합니다.

본인은 다음을 이해합니다.

- 정확한 정보를 제공해야 하며 보고 요구 조건에 따라야만 합니다.
- 수혜자격 요건에 따르는 증빙서류를 제공해야 합니다.
- TANF(Temporary Assistance for Needy Families)를 받을 경우 아동양육비에 대한 일종의 권리를 워싱턴 주정부에 양도하는 것입니다. 하지만, 본인과 본인의 자녀가 위험에 처할 가능성이 있을 경우 DSHS에 아동양육비 징수를 추구하지 말 것을 요청할 수 있습니다.
- 식품지원 직업요건에 협조해야만 합니다.

위의 사항을 수행하지 않을 경우 혜택이 거절될 수 있으며 받은 것을 상환해야 할 수도 있습니다.

고의적으로 거짓 진술을 하거나 보고해야 할 사항을 보고하지 않을 경우 형사 기소될 수 있음을 이해합니다.

본인은 DSHS에서 본인의 수혜자격 증빙서류 획득을 위해 다른 사람이나 기관에 연락할 수 있음을 승인합니다.

본인은 본인의 권리와 책임에 관해 읽었습니다. 또는 제게 설명해 주었습니다. 그리고 수혜자/의뢰인의 권리와 책임 양식, DSHS 14-113 사본 한 부를 받았습니다. **본인은 워싱턴주법 아래 위증시 처벌을 받는다는 조건 하에 혜택을 신청하는 사람의 시민권 소지 여부 및 이민 신분 관련 정보를 포함하여, 이 신청서에 본인이 제공하는 정보가 모두 진실하며 정확함을 증명 또는 선언합니다.**

신청인의 서명	날짜	신청인의 이름(활자체로 기입)	서명한 장소의 시 및 주
기타 성인 신청인의 서명	날짜	기타 성인 신청인의 이름(활자체로 기입)	서명한 장소의 시 및 주
신청서 작성을 도운 사람 또는 대리인의 서명	날짜	대리인의 이름(활자체로 기입)	서명한 장소의 시 및 주
서명을 "X"로 써 넣은 경우 증인의 서명	날짜	증인의 이름(활자체로 기입)	