

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                                                                                                                        |                         |                                       |                |                                         |                                   |                                                                  |                              |                                         |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|----------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|--|
| CENTER/<br>OFFICE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | INTERVIEW DATE | UNIT ID                                                                                                                | WORKER ID               | CASE TYPE                             | CASE NUMBER    | DISTRICT                                | CATEGORY                          | LANG                                                             | NUMBER<br>REUSE<br>INDICATOR |                                         |  |
| CASE NAME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                                                                        |                         |                                       | EFFECTIVE DATE | DISPOSITION<br><input type="checkbox"/> | CLOSE<br><input type="checkbox"/> |                                                                  |                              | REASON CODE<br><input type="checkbox"/> |  |
| ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                                                                                                                        | DATE                    | ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR): |                | DATE                                    | FORM<br>OF                        | SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION<br>DATE |                              |                                         |  |
| DATE RECEIVED BY AGENCY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                | EMPLOYED BY: <input type="checkbox"/> SOCIAL SERVICES DISTRICT <input type="checkbox"/> PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____ |                         |                                       |                |                                         |                                   |                                                                  |                              |                                         |  |
| PA AUTHORIZATION PERIOD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                                                                                                                        | MA AUTHORIZATION PERIOD |                                       |                |                                         | SNAP AUTHORIZATION PERIOD         |                                                                  |                              |                                         |  |
| FROM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                | TO                                                                                                                     |                         | FROM                                  |                | TO                                      |                                   | FROM                                                             |                              | TO                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                                                                                                                        |                         |                                       |                |                                         |                                   |                                                                  |                              |                                         |  |
| <p style="text-align: center;"><b>뉴욕주 특정 수당 및 서비스 재인증 양식</b></p> <p>귀하가 눈이 안 보이거나, 시력이 심각하게 손상되고, 이 재인증 양식을 다른 형식으로 필요로 하는 경우, 귀하는 귀하의 사회보장서비스 지역사무소에 해당 자료를 요청할 수 있습니다. 이용 가능한 형식의 유형 및 귀하가 대체 형식으로 된 재인증 양식을 요청할 수 있는 방법에 관한 추가 정보에 대해서는, 본 양식에 첨부된 안내서(PUB-1313 Statewide)를 참조해 주십시오. 안내서는 <a href="http://www.otda.ny.gov">www.otda.ny.gov</a> 또는 <a href="https://www.health.ny.gov/">https://www.health.ny.gov/</a>에서 확인할 수 있습니다.</p> <p>귀하가 눈이 안 보이거나, 시력이 심각하게 손상된 경우,<br/>다른 형식으로 서면 고지서를 받으시겠습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>예를 선택하신 경우, 귀하가 원하는 <input type="checkbox"/> 큰 활자체 <input type="checkbox"/> 데이터 CD<br/>종류의 형식을 선택하십시오. <input type="checkbox"/> 오디오 CD <input type="checkbox"/> 점자, 다른 대체 형식들이 귀하에게<br/>동일하게 효과가 없다고 주장할 경우.</p> <p>다른 도움이 필요한 경우, 귀하의 해당 사회보장서비스 지역사무소에 문의하시기 바랍니다.</p> <p>저희는 전문가로서 정중한 태도로 귀하를 돕고 지원하기 위해 최선을 다합니다. "공적 부조(Public Assistance)" 또는 "PA"가 재인증 양식에 기재되어 있다면, "가족 지원(Family Assistance)" 및/또는 "안전망 지원(Safety Net Assistance)"을 의미합니다. 두 가지 프로그램 모두를 "공적 부조"라고 부릅니다. <b>본 재인증 양식 작성시 안내서(PUB-1313 Statewide) 및 "필수 숙지 사항(What You Should Know)" 안내서 1, 2, 및 3(LDSS-4148A, LDSS-4148B, 및 LDSS-4148C)을 참조해 주십시오. 문의사항이 있는 경우 사회보장사무소에 연락하십시오.</b></p> <p>재인증 양식의 "MA"는 "Medicaid"를 의미합니다. 귀하가 동시에 공적 부조 또는 보충 영양 지원 프로그램을 신청할 경우에만 본 재인증 양식을 이용해 MA를 신청할 수 있습니다. MA만을 재인증하고자 할 경우, 온라인 <a href="https://nystateofhealth.ny.gov/">https://nystateofhealth.ny.gov/</a> 및/또는 전화 1-855-355-5777 번에서 자세한 정보를 확인하거나 재인증할 수 있습니다. 또는 귀하의 근로자가 제공하는 MA 전용 신청서류인 DOH-4220 양식을 활용하거나 MA 헬프라인 1-800-541-2831 번으로 전화해 재인증할 수 있습니다. Medicare 절약 프로그램(Medicare Savings Program, MSP)을 재인증하고자 할 경우, 반드시 근로자가 제공하는 DOH-4328 양식으로 신청해야 합니다. 개인 돌봄 서비스를 즉시 이용해야 할 경우, DOH-4220 MA 신청서 양식을 이용해 별도로 MA를 신청해야 합니다.</p> |                |                                                                                                                        |                         |                                       |                |                                         |                                   |                                                                  |                              |                                         |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |   |   |                                                                |  |   |                  |  |                                                                                                                                                                         |                   |                   |  |  |                   |   |  |       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---|---|----------------------------------------------------------------|--|---|------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|--|--|-------------------|---|--|-------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 섹션 1 귀하 또는 귀하의 가구 구성원이 재인증하는 각 프로그램에 체크                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |   |   |                                                                |  |   |                  |  | <input type="checkbox"/> 공적 부조(PA) <input type="checkbox"/> 보충 영양 지원 프로그램(SNAP) <input type="checkbox"/> Medicaid(MA) 및 SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid(MA) 및 PA |                   |                   |  |  |                   |   |  |       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 섹션 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |   |   |                                                                |  |   |                  |  |                                                                                                                                                                         |                   |                   |  |  |                   |   |  |       |                                                                  | 섹션 5<br>귀하에게 적용되는 내용이 있습니까?<br><br><input type="checkbox"/> 임신 1<br><input type="checkbox"/> 가정폭력 피해자 2<br><input type="checkbox"/> 친권 설정 필요 3<br><input type="checkbox"/> 아동 지원 필요 4<br><input type="checkbox"/> 약물/음주 문제 5<br><input type="checkbox"/> 연료 또는 유틸리티 끊김 6<br><input type="checkbox"/> 거주지 없음/노숙 7<br><input type="checkbox"/> 화재 또는 기타 재난 8<br><input type="checkbox"/> 소득 없음 9<br><input type="checkbox"/> 심각한 정신적 문제 10<br><input type="checkbox"/> 퇴거 임박 11<br><input type="checkbox"/> 식품 구매 불가 12<br><input type="checkbox"/> 위탁 돌봄 필요 13<br><input type="checkbox"/> 아동 지원 필요 14<br><input type="checkbox"/> 영어 구사 어려움 15<br><input type="checkbox"/> 합리적인 주거 16<br><input type="checkbox"/> 기타 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 주로 사용하는 언어는 <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 기타(상세 기재) _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |   |   |                                                                |  |   |                  |  | 귀하가 통지를 받고 싶은 언어: <input type="checkbox"/> 영어만 <input type="checkbox"/> 영어 및 스페인어                                                                                       |                   |                   |  |  |                   |   |  |       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 섹션 3 수혜자 정보    정자로 정확히 기입                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |   |   |                                                                |  |   |                  |  |                                                                                                                                                                         |                   |                   |  |  |                   |   |  |       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 이름(성 제외)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |   |   | 중간이름                                                           |  | 성 |                  |  |                                                                                                                                                                         |                   | 혼인 상태             |  |  | 전화번호 (    ) 지역 번호 |   |  |       | 휴대전화 번호? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 번지:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |   |   | 아파트 동호수                                                        |  | 시 |                  |  |                                                                                                                                                                         |                   | 카운티               |  |  |                   | 주 |  | 우편 번호 |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 대리 수령(다른 사람을 위해 귀하가 우편물을 받는 경우 작성)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |   |   |                                                                |  |   |                  |  |                                                                                                                                                                         |                   |                   |  |  |                   |   |  |       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 우편물 주소(상기와 다를 경우)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |   |   | 아파트 동호수                                                        |  | 시 |                  |  |                                                                                                                                                                         |                   | 카운티               |  |  |                   | 주 |  | 우편 번호 |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 현재 주소에서 얼마 동안 거주했습니까?:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  | 년 | 달 | 성터입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |  |   | 연락할 수 있는 다른 전화번호 |  |                                                                                                                                                                         | 전화번호 (    ) 지역 번호 |                   |  |  | 이메일 주소(선택 사항)     |   |  |       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 현재 주소 찾아가는 길                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |   |   |                                                                |  |   |                  |  |                                                                                                                                                                         |                   |                   |  |  |                   |   |  |       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 이전 주소                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |   |   | 아파트 동호수                                                        |  | 시 |                  |  |                                                                                                                                                                         |                   | 카운티               |  |  |                   | 주 |  | 우편 번호 |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 현재 주거지가 없다면, 여기에 체크해 주십시오. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |   |   |                                                                |  |   |                  |  |                                                                                                                                                                         |                   |                   |  |  |                   |   |  |       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 기관 지원 신청자/담당자                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |   |   |                                                                |  |   |                  |  |                                                                                                                                                                         |                   | 전화번호 (    ) 지역 번호 |  |  |                   |   |  |       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 본 재인증 양식의 Medicaid 부분 또는 기타 Medicaid 지원 수령 내용을 기밀로 처리해야 합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |   |   |                                                                |  |   |                  |  |                                                                                                                                                                         |                   |                   |  |  |                   |   |  |       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 신청 또는 마지막 재인증 이후 변경된 사항(이사, 출산, 소득 등)을 기재하세요. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |   |   |                                                                |  |   |                  |  |                                                                                                                                                                         |                   |                   |  |  |                   |   |  |       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>섹션 4 – SNAP 재신청의 경우:</b> 재인증 양식을 받은 당일에 재인증 양식을 제출할 수 있습니다. SNAP 재인증 양식을 접수하기 위해서는 최소한 귀하의 이름, 주소(해당하는 경우), 하단 서명이 필요합니다. 재인증 양식 마지막 페이지에 서명하고 인터뷰를 하는 등 재인증 절차를 반드시 완료해야 합니다. 자격 조건을 충족하면 재인증 일로 소급하여 SNAP 수당을 받을 수 있습니다. SNAP 수당 재인증 양식을 제출한 날로부터 30 일 이내에 귀하의 재인증이 승인 또는 거부되었는지를 통보 받아야 합니다. 귀하의 가구에 소득이나 환금성 재산이 전혀 또는 거의 없는 경우, 또는 귀하의 임차료와 유틸리티 경비가 귀하의 소득 및 환금성 재산보다 많은 경우, 귀하는 신청일로부터 5 억일 이내에 SNAP 수당 수령 자격을 취득할 수 있습니다. 귀하가 기관 거주자로, 기관을 떠나기 전 보충안전소득(Supplemental Security Income, SSI) 및 SNAP 를 공동으로 재인증할 경우, 해당 재인증 양식 제출일은 신청자가 기관에서 떠나는 날짜가 됩니다. |  |  |   |   |                                                                |  |   |                  |  |                                                                                                                                                                         |                   |                   |  |  |                   |   |  |       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SNAP 수혜자/대리인 서명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |   |   |                                                                |  |   |                  |  |                                                                                                                                                                         |                   | 서명일               |  |  |                   |   |  |       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| x                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |   |   |                                                                |  |   |                  |  |                                                                                                                                                                         |                   |                   |  |  |                   |   |  |       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

섹션 6 - 가구 정보 - 함께 거주하는 사람이 있는 경우 같이 재인증하지 않더라도 모두 기입하십시오. 본인을 첫 번째 줄에 기입합니다.

이 사람(미성년자 아동 포함)이 귀하와 함께 식품을 구입하거나 식사를 준비합니까?

고등 교육 이수 학년

| RI | LN | 이름, 중간이름, 성 | 이 사람은 다음을 재인증합니다. |      |    | 생년월일:<br>(월/일/연도) | 성별:<br>(M/F/X) | 성 정체성(선택 사항):<br>남성, 여성, 논바이너리, X, 트랜스젠더,<br>다른 성 정체성(상세 기재) | 귀하와의<br>관계: | 재인증 가구의원의 사회보장번호<br>(만내서인 <b>PUB-1313 Statewide</b> 를 참조하거나<br>사회보장서비스 지역사무소에 문의) |   |     |
|----|----|-------------|-------------------|------|----|-------------------|----------------|--------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---|-----|
|    |    |             | PA                | SNAP | MA |                   |                |                                                              |             |                                                                                   | 예 | 아니오 |
|    | 01 |             |                   |      |    |                   |                |                                                              | 본인          |                                                                                   |   |     |
|    | 02 |             |                   |      |    |                   |                |                                                              |             |                                                                                   |   |     |
|    | 03 |             |                   |      |    |                   |                |                                                              |             |                                                                                   |   |     |
|    | 04 |             |                   |      |    |                   |                |                                                              |             |                                                                                   |   |     |
|    | 05 |             |                   |      |    |                   |                |                                                              |             |                                                                                   |   |     |
|    | 06 |             |                   |      |    |                   |                |                                                              |             |                                                                                   |   |     |
|    | 07 |             |                   |      |    |                   |                |                                                              |             |                                                                                   |   |     |
|    | 08 |             |                   |      |    |                   |                |                                                              |             |                                                                                   |   |     |

가구 구성원 중 결혼 전 이름이나 기타 사용했던 이름이 있다면 기입해 주십시오.

줄

줄

ONC

ONC

이름(성 제외)

이름(성 제외)

중간이름

중간이름

성

성

섹션 7

작년에 **가구로 이사해 온** 사람이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니오  
예라면, 설명을 제공하십시오.

지금까지 뉴욕 주에 살았던 적이 있나요?

작년에 **가구에서 이사해 나간** 사람이 있나요?  
☐ 예 ☐ 아니오 "예"인 경우 설명을 제공하십시오.

성명

☐ 예 ☐ 아니오

성명

시간:

성명

☐ 예 ☐ 아니오

성명

시간:

IS ANYONE SANCTIONED?

☐ YES ☐ NO

IF YES, WHO

REASON

END DATE

NON-APPLICANT INFORMATION

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

NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION

INDIVIDUAL EDUCATION

CONSIDER

| LN | NON-CITIZEN STATUS | STATUS ADJUSTED |    | DATE OF ENTRY/STATUS |     |      | APPLIED FOR CITIZENSHIP |    | SPONSORED |    | LN | DEGREE RECEIVED | LN | DEGREE RECEIVED | ✓ RCA/RMA REFERRAL |
|----|--------------------|-----------------|----|----------------------|-----|------|-------------------------|----|-----------|----|----|-----------------|----|-----------------|--------------------|
|    |                    | YES             | NO | MONTH                | DAY | YEAR | YES                     | NO | YES       | NO |    |                 |    |                 |                    |
|    |                    |                 |    |                      |     |      |                         |    |           |    | 01 |                 | 05 |                 |                    |
|    |                    |                 |    |                      |     |      |                         |    |           |    | 02 |                 | 06 |                 |                    |
|    |                    |                 |    |                      |     |      |                         |    |           |    | 03 |                 | 07 |                 |                    |
|    |                    |                 |    |                      |     |      |                         |    |           |    | 04 |                 | 08 |                 |                    |

|    |                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |                                                                       |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|-----------------------------------------------------------------------|
|    | 섹션 8 – 인종/민족 - 정보 제공 여부를 선택하실 수 있습니다.<br>재인증자의 적격 여부나 수혜를 받는 수준에 아무런 영향을 미치지 않습니다. 이 정보를 요청하는 이유는 인종, 피부색 또는 출신 국가와 관계 없이 프로그램 혜택이 제공되는지 확인하기 위한 것입니다. |   |   |   |   |   |   |                                                                       |
| LN | H                                                                                                                                                      | I | A | B | P | W | U |                                                                       |
|    |                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |                                                                       |
|    | ↓                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   | 섹션 6 에 포함된 각 사람이 히스패닉 또는 라틴계인 경우 Y(YES)를 기입하십시오.                      |
|    |                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   | 섹션 6 에 포함된 각 사람이 해당하는 인종 옆에 Y(YES)를 기입하십시오.<br>하나 이상의 인종을 선택할 수 있습니다. |
|    | H                                                                                                                                                      | I | A | B | P | W | U |                                                                       |
|    |                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |                                                                       |
| 01 |                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |                                                                       |
| 02 |                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |                                                                       |
| 03 |                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |                                                                       |
| 04 |                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |                                                                       |
| 05 |                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |                                                                       |
| 06 |                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |                                                                       |
| 07 |                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |                                                                       |
| 08 |                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |                                                                       |

| ANTICIPATED FUTURE ACTION |      |                          |  | CASE TYPE | RELATED CASE NUMBERS | CONSIDER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|---------------------------|------|--------------------------|--|-----------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------|---------|
| LINE NO.                  | CODE | DATE                     |  |           |                      | ✓ Relationship<br><br>✓ Filing Unit<br><br>✓ Legally Responsible Relative<br><br>✓ Single Economic Unit<br><br>✓ SNAP Household Composition<br><br>✓ SNAP Aged/Disabled Individual<br><br>✓ Photo ID<br><br>✓ AFIS (PA Only)<br><br>✓ CBIC/PIN<br><br>✓ RFI/OCA<br><br>✓ Health Insurance<br><br>✓ Child Support Pass-Through | REQUESTED | DOCUMENTATION | IN FILE |
|                           |      |                          |  |           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |               |         |
|                           |      |                          |  |           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |               |         |
|                           |      |                          |  |           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |               |         |
| NEEDED                    |      | REFERRALS                |  |           | COMPLETED            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |               |         |
|                           |      | Legal                    |  |           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |               |         |
|                           |      | Services                 |  |           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |               |         |
|                           |      | SSA                      |  |           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |               |         |
|                           |      | NYSoH                    |  |           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |               |         |
|                           |      | Chronic Care/SSI-Related |  |           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |               |         |
|                           |      | MA-Only                  |  |           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |               |         |
|                           |      | Medicare Savings Program |  |           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |               |         |
|                           |      |                          |  |           |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |               |         |

페이지 전체를 숙독한 후 작성 완료해 주십시오. 문의사항이 있는 경우, 안내서(PUB-1313 Statewide)를 참조하거나, 사회보장서비스 지역사무소에 문의하십시오.

섹션 9 – 시민권/이민 조건을 충족하는 비시민권자

재인증하는 사람과 재인증해야 하는 사람 모두를 기입해 주십시오.

섹션 10 – 증명

일부 사회보장 프로그램 지원을 받기 위해서는 미국 시민, 미국 원주민, 미국 국적자 또는 이민 조건을 충족하는 비시민권자임을 증명해야 합니다. 기타 프로그램에는 해당하지 않습니다.  
귀하는 반드시/아래 증명에 서명하여 미국 시민, 미국 원주민, 미국 국적자 또는 이민 조건을 충족하는 비시민권자임을 증명한 후, 다음을 재인증해야 합니다.

- 공적 부조 또는
- 보충 영양 지원 프로그램 또는
- 메디케이드(Medicaid)

성인 가구 구성원 또는 승인받은 대리인은 모든 가구원을 대신해 서명할 수 있습니다. 예시: 이민 조건 충족 비시민권자가 아닌 부모는 이민 조건 충족 비시민권자인 자녀의 증명서에 서명할 수 있습니다.

NEEDED

REFERRALS

COMPLETED

Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)

SNAP 재인증자는 반드시 SNAP 가구에 거주하는 모든 사람을 명시해야 합니다. PA 재인증 양식에는 반드시 재인증 대상인 모든 아동과 그들의 형제자매, 동거 중인 아동의 모든 부모를 명시해야 합니다. 정보를 기입한 사람이 미국 시민권자, 미국 국적자, 이민 조건을 충족하는 비시민권자인지 확인하지 않았거나 미국 시민권 이민 서비스국(U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) 등록 번호(외국인 등록 번호(Alien Registration Number)) 또는 비시민권 번호(해당하는 경우)를 제공하지 않는 경우, 그 사람은 지원을 받지 못하고 나머지 가구 구성원들이 받는 수당이 줄어듭니다. 귀하가 미국 원주민이라면 시민권자/국적자에 체크하십시오.

각 신청자에 대해 아래 박스에 서명\*하고 일자를 기입합니다.  
이민 조건을 충족하는 비시민권자가 재인증하는 경우, 재인증하는 비시민권자가 각 프로그램에서 요구하는 이민자 조건을 충족하는지 확인하십시오. (안내서 Pub-1313 Statewide 참조.)

| LN | 이름(성 제외) | 중간 이름<br>이니셜 | 성 | 각 사람에 대해 "시민권자/국적자" 또는 "비시민권자" 중 선택                            | USCIS 번호(외국인등록번호) 또는 비시민권자 번호 (해당하는 경우) | 다음에 대해 증명함 | 일자 | PA | S<br>N<br>A<br>P | MA |
|----|----------|--------------|---|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------|----|----|------------------|----|
| 01 |          |              |   | <input type="checkbox"/> 시민권/국적 <input type="checkbox"/> 비시민권자 | A                                       | 서명 이름<br>X |    |    |                  |    |
| 02 |          |              |   | <input type="checkbox"/> 시민권/국적 <input type="checkbox"/> 비시민권자 | A                                       | 서명 이름<br>X |    |    |                  |    |
| 03 |          |              |   | <input type="checkbox"/> 시민권/국적 <input type="checkbox"/> 비시민권자 | A                                       | 서명 이름<br>X |    |    |                  |    |
| 04 |          |              |   | <input type="checkbox"/> 시민권/국적 <input type="checkbox"/> 비시민권자 | A                                       | 서명 이름<br>X |    |    |                  |    |
| 05 |          |              |   | <input type="checkbox"/> 시민권/국적 <input type="checkbox"/> 비시민권자 | A                                       | 서명 이름<br>X |    |    |                  |    |
| 06 |          |              |   | <input type="checkbox"/> 시민권/국적 <input type="checkbox"/> 비시민권자 | A                                       | 서명 이름<br>X |    |    |                  |    |
| 07 |          |              |   | <input type="checkbox"/> 시민권/국적 <input type="checkbox"/> 비시민권자 | A                                       | 서명 이름<br>X |    |    |                  |    |
| 08 |          |              |   | <input type="checkbox"/> 시민권/국적 <input type="checkbox"/> 비시민권자 | A                                       | 서명 이름<br>X |    |    |                  |    |

상기 박스에 체크하고 섹션 10 증명에 서명함으로써, 본인은 위증의 처벌을 인지하고 본인 및/또는 본인을 대신하여 서명하는 사람이 미국 시민권자, 미국 원주민, 미국 국적자 또는 이민 조건을 충족하는 비시민권자임을 증명합니다.  
본인은 본 증명서에 서명함으로써 필요한 경우 본인의 가구 구성원이 미국 시민권 및 이민 서비스국에 비시민권자 상태를 확인하기 위한 정보 제출로 이어질 수 있음을 인지합니다.  
상기 정보의 사용 또는 공개는 시민권 상태를 확인하고 공적 부조, 보충 영양 지원, Medicaid 제공 서비스 관리 또는 집행과 직접적으로 관련이 있는 사람과 기관으로 제한됩니다.

\*재인증 양식에 서명하고자 하나 자필 서명이 불가능한 경우, 증인과 동석한 상태에서 "X"로 대체할 수 있습니다. 증인은 반드시 아래에 서명해야 합니다.

저는 다음 내용에 따라 해당 마크가 표시되었음을 증언합니다: \_\_\_\_\_ 증인 서명: \_\_\_\_\_ 서명일: \_\_\_\_\_

### 섹션 11 - 아동 지원 집행 유닛 위탁 관련 정보

공적 부조 또는 보충 영양 지원 프로그램과 함께 Medicaid 를 재인증하는 경우, 귀하는 귀하와 귀하가 재인증을 대리하는 아동에 대한 의료 정보를 확보할 수 있도록 협조해야 할 수 있습니다. 본 섹션 작성을 완료했는지 확인하기 위해 다음 질문에 답변해 주십시오. 본인을 포함하여:

1. 귀하는 21 세 이하이거나 혼인 상태가 아닌 부모에게서 태어났거나 법적 부모가 없는 사람을 위해 재인증하고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
2. 귀하는 21 세 이하이며 부모가 부재한(비양육 부모)인 사람을 위해 재인증하고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

두 질문에 모두 "아니오"라고 대답한 경우, 본 섹션 작성을 완료할 필요가 없습니다. 다음 섹션으로 이동하세요.

한 가지 이상의 질문에 "예"라고 대답한 경우, 본 섹션 작성을 완료해야 합니다. 21 세 이하로 귀하가 대리 재인증을 하는 모든 사람의 이름과 함께 해당 인물의 비양육, 추정, 계획 부모에 대해 현재 귀하가 알고 있는 정보를 알려 주십시오.

3. 귀하는 21 세 이하입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

이 질문에 "예"라고 대답한 경우, 귀하의 비양육, 추정, 계획 부모에 대한 다음의 정보를 제공해 주십시오.

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

| 21 세 이하인 사람의 이름 | 비양육, 추정, 또는 계획 부모의 이름 및 주소 | 비양육, 추정, 또는 계획 부모의 생년월일 |   |    | 비양육, 추정, 또는 계획 부모의 사회보장번호 |
|-----------------|----------------------------|-------------------------|---|----|---------------------------|
|                 |                            | 월                       | 일 | 연도 |                           |
| A.              |                            |                         |   |    |                           |
| B.              |                            |                         |   |    |                           |
| C.              |                            |                         |   |    |                           |
| D.              |                            |                         |   |    |                           |
| E.              |                            |                         |   |    |                           |

섹션 12 – 세금 신고/부양 상태 – 가구에 거주 중인 각 사람의 세금 상태를 선택해 주십시오.

|          |      |   | 세금 상태 |              |              |                  |                              |                    |                |
|----------|------|---|-------|--------------|--------------|------------------|------------------------------|--------------------|----------------|
| 이름(성 제외) | 중간이름 | 성 | 미혼    | 기혼자<br>부부 합산 | 기혼자<br>부부 각자 | 가장(조건<br>충족하는 자) | 부양 아동이<br>있는 신청 대상<br>사별 배우자 | 부양 중이며<br>세금 신고 예정 | 세금 신고<br>예정 없음 |
|          |      |   |       |              |              |                  |                              |                    |                |
|          |      |   |       |              |              |                  |                              |                    |                |
|          |      |   |       |              |              |                  |                              |                    |                |
|          |      |   |       |              |              |                  |                              |                    |                |
|          |      |   |       |              |              |                  |                              |                    |                |
|          |      |   |       |              |              |                  |                              |                    |                |
|          |      |   |       |              |              |                  |                              |                    |                |
|          |      |   |       |              |              |                  |                              |                    |                |
|          |      |   |       |              |              |                  |                              |                    |                |

동거 중이 아닌 세금 부양자. 귀하와 동거 중이지는 않지만 귀하 또는 귀하 가구원이 지불하는 조세 부양자를 기입해 주십시오. 세금을 신고하지 않는 경우, 이런 질문을 건너 뛴 수 있습니다.

| 세금 부양자 이름 |      |   | 세금 신고자 이름 |      |   |
|-----------|------|---|-----------|------|---|
| 이름(성 제외)  | 중간이름 | 성 | 이름(성 제외)  | 중간이름 | 성 |
|           |      |   |           |      |   |
|           |      |   |           |      |   |
|           |      |   |           |      |   |
|           |      |   |           |      |   |

섹션 13 – 부재/사망 배우자 정보 – 신청자의 배우자가 다른 곳에서 거주하거나 사망한 경우 다음의 정보를 기재해 주십시오.

|                |        |          |                      |              |
|----------------|--------|----------|----------------------|--------------|
| 재인증자 성명        | 배우자 이름 | 배우자 생년월일 | 해당하는 경우 배우자<br>사망년월일 | 배우자 사회보장번호   |
| 해당하는 경우 배우자 주소 |        | 시        | 카운티                  | 주      우편 번호 |

섹션 14 – 부재 아동 정보 – 재인증자의 21 세 이하 아동이 다른 곳에서 거주하고 있다면 다음을 기입해 주십시오.

| 재인증자 성명 | 부재 자녀 이름 | 생년월일 | 아동의 주소(도로, 시, 카운티,<br>주, 우편번호) | 법적 친권 설정? |     | 귀하가 양육비를 지불합니까? |     |
|---------|----------|------|--------------------------------|-----------|-----|-----------------|-----|
|         |          |      |                                | 예         | 아니요 | 예               | 아니요 |
|         |          |      |                                |           |     |                 |     |
|         |          |      |                                |           |     |                 |     |
|         |          |      |                                |           |     |                 |     |

섹션 15 – 십대 부모 정보

TEEN PARENT

TEEN PARENT CHILDREN

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

이름 \_\_\_\_\_

가구에 십대 부모의 자녀가 살고 있습니까?    ☐ 예            ☐ 아니오

십대 부모 이름 \_\_\_\_\_

LN NO. \_\_\_\_\_      Marital Status \_\_\_\_\_

High School Diploma/High School Equivalent? \_\_\_\_\_

LN NO. \_\_\_\_\_      Marital Status \_\_\_\_\_

High School Diploma/High School Equivalent? \_\_\_\_\_

LN NO. \_\_\_\_\_

LN NO. \_\_\_\_\_

| 섹션 16 – 소득 정보:                                            |    |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |
|-----------------------------------------------------------|----|-----|-------|------------|-------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------|--------|--|
| 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 어디에서 소득을 얻는지 기입해 주십시오.                | 예  | 아니요 | 누구입니까 | 금액/가치 및 빈도 | 누구입니까 | 금액/가치 및 빈도 | INCOME                                                                                                         |             |        |        |  |
| 실업 보험 수당                                                  | 1  |     |       |            |       |            | LN No.                                                                                                         | SOURCE CODE | AMOUNT | PERIOD |  |
| 생활 보조금(Supplemental Security Income, SSI) 수당(주정부 및 연방 총액) | 2  |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |
| 사회보장 장애(Social Security Disability, SSD) 수당               | 3  |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |
| 사회보장 부양 수당                                                | 4  |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |
| 사회보장 생존자 수당                                               | 5  |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |
| 사회보장 은퇴 수당                                                | 6  |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |
| 철도 은퇴 수당                                                  | 7  |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |
| 은퇴 수당(연금)                                                 | 8  |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |
| 주식, 채권, 예금 배당/이자 등                                        | 9  |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |
| 근로자 보상                                                    | 10 |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |
| 뉴욕주 장애 수당                                                 | 11 |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |
| 퇴역군인 연금/수당/지원                                             | 12 |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |
| 공적 부조                                                     | 13 |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |
| GI 부양 배당                                                  | 14 |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |
| 교육 보조금 및 대출                                               | 15 |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |
| 기부/선물(수령)                                                 | 16 |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |
| 위탁 돌봄 유지 비용(수령)                                           | 17 |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |
| 아동 지원 비용(수령)<br>수령 양식: _____                              | 18 |     |       |            |       |            | CONSIDER                                                                                                       |             |        |        |  |
| 배우자 지원(수령)                                                | 19 |     |       |            |       |            | ✓ Child Support Disregard/Pass-Through<br><input type="checkbox"/> Explained <input type="checkbox"/> Budgeted |             |        |        |  |
| 민간 장애 보험 – 건강/사고 보험 정책 소득                                 | 20 |     |       |            |       |            | ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator                                                                                 |             |        |        |  |
| 비과실 보험 수당                                                 | 21 |     |       |            |       |            | ✓ Disability Review                                                                                            |             |        |        |  |
| 노조 수당(파업 수당 등)                                            | 22 |     |       |            |       |            | ✓ Reception and Placement Grant (SNAP Only)                                                                    |             |        |        |  |
| 대출, 교육 외(수령)                                              | 23 |     |       |            |       |            | ✓ Refugee Matching Grant                                                                                       |             |        |        |  |
| 신택 소득(현재 수령하고 있거나 과거 수령 자격이 있었거나 배당되지 않은 소득 포함)           | 24 |     |       |            |       |            | ✓ Change in Income from Last Budget                                                                            |             |        |        |  |
| 훈련 배당/생활비                                                 | 25 |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |
| 임대 소득(수령)                                                 | 26 |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |
| 보더/로저 소득(수령)                                              | 27 |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |
| 기타 소득                                                     |    |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |
| (상세 기재)                                                   |    |     |       |            |       |            |                                                                                                                |             |        |        |  |



| <b>Medicaid</b> 를 재인증할 경우, 다음 섹션의 작성을 완료해 주십시오.<br><b>공제:</b> Medicaid 예산 일부에 따라 신청인/수령인은 연방 세금 공제를 통해 해당 소득을 줄일 수 있습니다. 조세국( <b>Internal Revenue Service, IRS</b> )은 조세 부과 대상 소득을 줄일 수 있는 특정 비용을 인정합니다. 현재 연도 세금 환급에서 신청할 경우 공제액만 기록합니다. |          | 예         | 아니요 | 누구입니까  | 금액/가치 및 빈도                                                                                                                                                                                | 누구입니까 | 금액/가치 및 빈도 |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|-----|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|--|--------|----------|-----------|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| 교육자 비용                                                                                                                                                                                                                                    |          | 1         |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 개인 은퇴 계좌( <b>Individual Retirement Account, IRA</b> ) 공제                                                                                                                                                                                  |          | 2         |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 학자금 대출 이자 공제                                                                                                                                                                                                                              |          | 3         |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 등록금 및 비용                                                                                                                                                                                                                                  |          | 4         |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 특정 사업 비용(예비군, 예술가, 수수료 기반 공무원)                                                                                                                                                                                                            |          | 5         |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 건강 저축 계좌 공제                                                                                                                                                                                                                               |          | 6         |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 일자리 관련 이사 비용                                                                                                                                                                                                                              |          | 7         |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 자영업(S/E) 세금 관련 공제                                                                                                                                                                                                                         |          | 8         |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| S/E, SIMPLE 및 요건 계획                                                                                                                                                                                                                       |          | 9         |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| S/E 건강 보험 공제                                                                                                                                                                                                                              |          | 10        |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 조기 저축 출금 비용                                                                                                                                                                                                                               |          | 11        |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 이혼 수당                                                                                                                                                                                                                                     |          | 12        |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 국내 생산 활동 공제                                                                                                                                                                                                                               |          | 13        |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 번째 줄 추가 조정( <b>IRS Form 1040</b> 만 해당)                                                                                                                                                                                                 |          | 14        |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 아처 MSA 공제                                                                                                                                                                                                                                 |          | 15        |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 기타 조정(상세 기재)                                                                                                                                                                                                                              |          |           |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                           |          |           |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>섹션 17 – 양부모/이민 조건을 충족하는 비시민권자 스폰서 정보</b>                                                                                                                                                                                               |          |           |     |        | <table><tr><th>NEEDED</th><th>REFERRAL</th><th>COMPLETED</th></tr><tr><td></td><td>UIB</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> |       |            |  | NEEDED | REFERRAL | COMPLETED |  | UIB |  |  |  |  |  |  |  |
| NEEDED                                                                                                                                                                                                                                    | REFERRAL | COMPLETED |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                           | UIB      |           |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                           |          |           |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                           |          |           |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 아래 모든 질문에 답하십시오.                                                                                                                                                                                                                          |          |           |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                           |          |           |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                           |          | 예         | 아니요 | 누구입니까? |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 귀하와 동거 중인 자녀의 양부모가 자산을 소유하거나 어떠한 소득이라도 벌고 있습니까?                                                                                                                                                                                           |          |           |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 가구 구성원 중 이민 조건을 충족하는 비시민권자이며 미국 입국을 위한 스폰을 받은 사람이 있습니까?                                                                                                                                                                                   |          |           |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 스폰서 이름: _____ 전화번호: _____                                                                                                                                                                                                                 |          |           |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 주소: _____                                                                                                                                                                                                                                 |          |           |     |        |                                                                                                                                                                                           |       |            |  |        |          |           |  |     |  |  |  |  |  |  |  |

섹션 18 – 고용 정보

본인은 현재:    ☐ 고용                    ☐ 자영업                    ☐ 실업

총 소득 \_\_\_\_\_ 달러                    월 근로 시간 \_\_\_\_\_

(임금, 추가금로 임금, 커미션 팁 포함)

지급 완료: ☐ 주간    ☐ 2 주간    ☐ 월간    주간 유급 근로일: \_\_\_\_\_

고용주 이름 및 주소: \_\_\_\_\_ 1

\_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_

동거 중인 사람이 현재:                    ☐ 고용                    ☐ 자영업

해당자: \_\_\_\_\_

총 소득 \_\_\_\_\_ 달러                    월 근로 시간 \_\_\_\_\_

지급 완료: ☐ 주간    ☐ 2 주간    ☐ 월간    주간 유급 근로일: \_\_\_\_\_ 2

고용주 이름 및 주소: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_

고용주를 통해 건강보험 혜택을 받을 수 있습니까?                    ☐ 예                    ☐ 아니요

귀하와 동거 중인 사람이 고용주와 함께 건강보험에 가입해 있습니까?    ☐ 예                    ☐ 아니요

해당자: \_\_\_\_\_ 3

보험사 이름: \_\_\_\_\_

귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 자녀가 있거나 고용으로 인해 부양    ☐ 예                    ☐ 아니요

비용을 부담하고 있습니까?

해당자: \_\_\_\_\_ 4

귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 기타 취업 관련 비용을                    ☐ 예                    ☐ 아니요

부담하고 있습니까?

해당자: \_\_\_\_\_ 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 | CONSIDER                                     |
|--------|-------------------------|-----------|----------------------------------------------|
|        | CAP                     |           | ✓ Limited English Proficiency                |
|        | Disability              |           | ✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)    |
|        | Employment              |           | ✓ Explaining Periodic Reporting Requirements |
|        | TPHI/COBRA              |           | ✓ Net Loss of Cash Income                    |
|        | UIB                     |           | ✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources         |
|        | Workers' Compensation   |           | ✓ Employment Sanctions                       |
|        | Drug/Alcohol            |           | ✓ Temporary Employment                       |
|        | Domestic Violence       |           | ✓ Disability Review                          |
|        | Refugee Cash Assistance |           | ✓ Individual Development Account (IDA)       |
|        |                         |           | ✓ Voluntary Quit                             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <p>고용 중이 아닌 경우, 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 근로한 마지막 시점은 언제입니까?</p> <p>해당자: _____ 시점: _____</p> <p>장소: _____</p> <p>귀하(또는 그들)이 근로를 중단한 이유는 무엇입니까? _____</p> <p>귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 실업급여를 신청했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>예라면 누구입니까? _____ 언제입니까? _____</p> <p>신고 상태: <input type="checkbox"/> 승인 <input type="checkbox"/> 거부 <input type="checkbox"/> 진행 중</p> | 6  |
| <p>귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 파업에 참여하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>해당자: _____</p> <p>파업 시작 시점: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                   | 7  |
| <p>귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 이민자거나 계절성 농업 근로자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>해당자: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                    | 8  |
| <p>귀하 또는 기타 귀하와 동거 중인 성인이 근로 역량을 제한하거나 수행할 수 있는 일의 유형을 제한할 정도의 건강 상의 문제를 가지고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>해당자: _____</p> <p>제약 내용: _____</p> <p>_____</p>                                                                                                                                                                                            | 9  |
| <p>오늘부터 근무할 수 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>아니라면 이유는 무엇입니까? _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 10 |
| <p>어떤 종류의 일자리를 구하고 있습니까? _____</p> <p>_____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 11 |

[illegible]



섹션 20 – 자산 정보

본인 또는 함께 사는 사람이 재인증 중인지 표시합니다:

예

아니요

해당자

예라고 대답한 경우, 금액/가치:

해당자

예라고 대답한 경우, 금액/가치:

가용 현금이 있습니까1

\$

\$

당좌 계좌가 있습니까2

저축 계좌 또는 예금 증명이 있습니까3

신용조합 계좌가 있습니까4

생명보험이 있습니까5

차량 또는 기타 이동 수단을 보유하고 있거나 자신의 명의로 등록하고 있습니까:

연식 \_\_\_\_\_ 메이커/모델 \_\_\_\_\_

연식 \_\_\_\_\_ 메이커/모델 \_\_\_\_\_

기타 \_\_\_\_\_6

주식, 채권, 증거 또는 상호 기금이 있습니까7

저축 채권이 있습니까8

IRA, Keogh, 401(k) 또는 보상 계좌가 있습니까9

반환 불가인 매장 신탁이 있습니까10

매장 기금이 있습니까11

매장지가 있습니까12

자택이 있습니까13

소득을 창출하거나 창출하지 않는 것을 모두 포함하여 부동산이 있습니까14

소득세 상환 대상입니까15

연금 보험이 있습니까16

신탁 수혜자입니까17

신탁 기금, 법정 보상금, 유산, 또는 기타 소득 수령 예정

18

"신탁 중"인 계좌가 있습니까19

안전금고가 있습니까20

상기 목록 이외의 자산이 있습니까21

동거 및 재인증 여부에 관계 없이 귀하의 배우자를 포함해 과거 36 개월 내에 부동산, 소득 또는 개인 자산을 매각/이전하거나 현금을 양도한 사람이 있습니까?22

동거 및 재인증 여부에 관계 없이 귀하의 배우자를 포함해 과거 신탁을 개설했거나 과거 60 개월 내에 신탁으로 자산을 이전한 사람이 있습니까? 그럴다면 언제입니까? \_\_\_\_\_23

VEHICLE INFORMATION

YR.

MAKE

MODEL

OWNER'S NAME

AMOUNT OWED

NADA VALUE

EXEMPT

YES\*

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

✓ EIC

✓ Change in Resources from Last Budget

| 섹션 21 - 의료 정보                                                                                        |   |     |            |                                                                                                                                                                                                                                                      | REQUESTED | DOCUMENTATION                                                                                                                                                                                                                                       | IN FILE   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 본인 또는 함께 사는 사람이 재인증 중인지 표시합니다:                                                                       | 예 | 아니요 | 예라면, 누구입니까 |                                                                                                                                                                                                                                                      |           | Pregnancy Statement                                                                                                                                                                                                                                 |           |
| 의료비 청구서 또는 의료 관련 비용이 있습니까 1                                                                          |   |     |            |                                                                                                                                                                                                                                                      |           | Med/Psych Statement                                                                                                                                                                                                                                 |           |
| Medicaid 절감 프로그램 등록 중입니까 2                                                                           |   |     |            |                                                                                                                                                                                                                                                      |           | Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)                                                                                                                                                                                                                  |           |
| 건강보험 또는 병원/사고 보험(고용주 가입 보험 포함)이 있습니까 3                                                               |   |     |            | 정책 번호:                                                                                                                                                                                                                                               |           | Drug/Alcohol Statement                                                                                                                                                                                                                              |           |
| 고용주를 통해 가입한 건강보험이 있습니까 4                                                                             |   |     |            | 금액:                                                                                                                                                                                                                                                  |           | Paid or Unpaid Medical Bills                                                                                                                                                                                                                        |           |
| Medicare(빨간색, 흰색 및 파란색 카드)가 있습니까 5                                                                   |   |     |            | 청구 빈도:                                                                                                                                                                                                                                               |           | SSI Application Verification (PA ONLY)                                                                                                                                                                                                              |           |
| 간호 조무사/재택 간호인이 있습니까 6                                                                                |   |     |            | 보험사 이름:                                                                                                                                                                                                                                              |           | CONSIDER                                                                                                                                                                                                                                            |           |
| 눈이 보이지 않거나 아프거나 장애가 있습니까 7                                                                           |   |     |            | 보장 대상:                                                                                                                                                                                                                                               |           | ✓ AD/SSI Related<br>✓ SNAP Aged/Disabled Indicator<br>✓ SNAP Medical Deduction<br>✓ TPHI Reimbursement<br>✓ Buy-In Eligibility<br>✓ Kreiger (LDSS-3664)<br>✓ Domestic Violence<br>✓ SSI Referral<br>✓ Earned Income Credit<br>✓ Change in Resources |           |
| 발달 장애 아동이 있습니까 8                                                                                     |   |     |            | 발효일:                                                                                                                                                                                                                                                 |           | NEEDED                                                                                                                                                                                                                                              | COMPLETED |
| 병원, 양로원 또는 기타 의료 기관에 있습니까 9                                                                          |   |     |            | Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 18 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? |           |                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
| 본 재인증 3 개월 내에 지불 여부와 상관없이 의료비 청구서를 받았습니까 10                                                          |   |     |            |                                                                                                                                                                                                                                                      |           | REFERRALS                                                                                                                                                                                                                                           |           |
| 약물 또는 음주 중독 상태이거나 과거 그런 적이 있습니까 11                                                                   |   |     |            |                                                                                                                                                                                                                                                      |           | SSI (D-CAP)                                                                                                                                                                                                                                         |           |
| 재택 돌봄/개인 간호가 필요합니까 12                                                                                |   |     |            |                                                                                                                                                                                                                                                      |           | Disability Interview (LDSS-1151)                                                                                                                                                                                                                    |           |
| SSI를 받고 있거나 과거 SSI를 신청한 적이 있습니까 13                                                                   |   |     |            |                                                                                                                                                                                                                                                      |           | Medical Report (LDSS-486, 486t)                                                                                                                                                                                                                     |           |
| 임산부<br>임신 중이라면 출산 예정일: _____<br>출산 예정인 아기의 수: _____ 14                                               |   |     |            |                                                                                                                                                                                                                                                      |           | Disability Report                                                                                                                                                                                                                                   |           |
| 약물 남용 또는 알코올 중독 치료 프로그램을 받고 있습니까 15                                                                  |   |     |            |                                                                                                                                                                                                                                                      |           | AD                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
| 장애 또는 질병으로 인해 최소 12 개월 동안 근로할 수 없었습니까 16                                                             |   |     |            |                                                                                                                                                                                                                                                      |           | TPHI                                                                                                                                                                                                                                                |           |
| 장애 또는 질병을 겪고 있거나 향후 최소 12 개월 동안 이어질 것이기 때문에 일상 생활에 어려움을 겪고 있습니까 17                                   |   |     |            |                                                                                                                                                                                                                                                      |           | ACCES-VR                                                                                                                                                                                                                                            |           |
| 과거 2년 동안 차량 사고 또는 업무 관련 사고를 당한 적이 있습니까 18                                                            |   |     |            |                                                                                                                                                                                                                                                      |           | CTHP                                                                                                                                                                                                                                                |           |
| Medicaid 또는 Medicare 외의 정부 기관(공공 프로그램)에 등록되어 의료비를 일부 지원받습니까<br>그렇다면 지원처는 어디입니까 _____ 19              |   |     |            |                                                                                                                                                                                                                                                      |           | Family Planning                                                                                                                                                                                                                                     |           |
| 기타 건강보험 비용 지불로 인해 신체 또는 정서적 건강이나 안전에 위험을 끼칠 수 있거나 이로 인해 Medicaid 수령 또는 신청서의 기밀 유지에 영향이 있을 수 있습니까? 20 |   |     |            |                                                                                                                                                                                                                                                      |           | 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<br>MEDICAID                                                                                                                                  | WHO | DATE | RECURRING<br>MEDICAL<br>EXPENSES                               | WHO         | AMOUNT \$                                         |        |                                               |                                              |
|                                                                                                                                                          |     |      |                                                                |             |                                                   |        |                                               |                                              |
|                                                                                                                                                          |     |      |                                                                |             |                                                   |        |                                               |                                              |
|                                                                                                                                                          |     |      |                                                                |             |                                                   |        |                                               |                                              |
|                                                                                                                                                          |     |      |                                                                |             |                                                   |        |                                               |                                              |
| MEDICAL BILLS: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO                                                                                  |     |      | TPHI: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |             |                                                   |        |                                               |                                              |
| 의료 보험 선택                                                                                                                                                 |     |      |                                                                |             |                                                   |        |                                               |                                              |
| Medicaid 가입자 대부분은 예외에 해당하지 않는 경우라면 관리 대상인 의료 계획에 의무적으로 등록해야 합니다. 본 섹션에서 의료 보험을 선택합니다. 어떤 의료 보험을 선택할 수 있는지 잘 모르는 경우, 1-800-505-5678 번으로 전화해 직원과 상담해 주십시오. |     |      |                                                                |             |                                                   |        |                                               |                                              |
| 등록하는 보험 이름                                                                                                                                               | 성   | 이름   | 생년월일<br>월/일/연도                                                 | 성별<br>M/F/X | 등록 번호(Medicaid<br>가입자의 경우 Medicaid<br>카드에 표시된 내용) | 사회보장번호 | 주치의(PCP) 또는 의료 센터<br>(현재 서비스 제공자라면<br>박스에 체크) | OB/GYN 이름 및 등록번호<br>(현재 서비스 제공자라면<br>박스에 체크) |
|                                                                                                                                                          |     |      |                                                                |             |                                                   |        | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                     |
|                                                                                                                                                          |     |      |                                                                |             |                                                   |        | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                     |
|                                                                                                                                                          |     |      |                                                                |             |                                                   |        | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                     |
|                                                                                                                                                          |     |      |                                                                |             |                                                   |        | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                     |

|                   |  |  |  |                                                 |  |                     |  |                                                                             |                                                    |         |
|-------------------|--|--|--|-------------------------------------------------|--|---------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------|
| 섹션 22 – 거주지       |  |  |  | SHELTER COSTS                                   |  | MONTHLY ACTUAL COST |  | REQUESTED                                                                   | DOCUMENTATION                                      | IN FILE |
| 집주인의 이름은 무엇입니까?   |  |  |  | A. Room and Board                               |  |                     |  |                                                                             | Landlord Statement                                 |         |
|                   |  |  |  | B. Rent                                         |  |                     |  |                                                                             | Rent Receipt                                       |         |
| 집주인의 주소는 무엇입니까?   |  |  |  | C. Trailer Lot Rent                             |  |                     |  |                                                                             | Tenant of Record                                   |         |
|                   |  |  |  | D. Mortgage Payment                             |  |                     |  |                                                                             | Customer of Record                                 |         |
|                   |  |  |  | 1. Principal                                    |  |                     |  |                                                                             | Voluntary Restrict                                 |         |
|                   |  |  |  | 2. Interest                                     |  |                     |  |                                                                             | Mandatory Restrict                                 |         |
|                   |  |  |  | 3. Property Tax (including School Tax)          |  |                     |  |                                                                             | Subsidized Housing                                 |         |
|                   |  |  |  | 4. Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance) |  |                     |  |                                                                             | Mortgage/Title Search                              |         |
| 집주인의 전화번호는 무엇입니까? |  |  |  | 5. Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)  |  |                     |  |                                                                             | Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office |         |
| (       ) _____   |  |  |  | 6. Assessments (Sewer, etc.)                    |  |                     |  |                                                                             | Property Lien                                      |         |
|                   |  |  |  | E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)            |  |                     |  |                                                                             | Shelter/Utility Repayment Agreement                |         |
|                   |  |  |  | TOTAL (Lines A - E)                             |  |                     |  | 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 |                                                    |         |

| 섹션 22 – 거주지(계속)                                            |    |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------|----|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 임대료 및 기타 주거 비용 외로 다음의 기타 비용을 부담해야 합니까? | 예  | 아니요 | 예라면, 금액                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 전기(조명, 조리, 온수 등 난방 외 용도)                                   | 1  |     | \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 천연가스(조명, 조리, 온수 등 난방 외 용도)                                 | 2  |     | \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 수도                                                         | 3  |     | \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 냉방                                                         | 4  |     | \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 프로판(난방 외 용도)                                               | 5  |     | \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 하수                                                         | 6  |     | \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 트라스                                                        | 7  |     | \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 기타 유틸리티 및 비용<br>상세 기재 _____                                | 8  |     | \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 공공 주택에 거주하고 있습니까?                                          | 9  |     | <div><b>*Check Primary Heat Type:</b><br/><input type="checkbox"/> Natural Gas    <input type="checkbox"/> Oil    <input type="checkbox"/> PSC Electric    <input type="checkbox"/> Coal<br/><input type="checkbox"/> Kerosene    <input type="checkbox"/> Propane    <input type="checkbox"/> Municipal Electric    <input type="checkbox"/> Wood    <input type="checkbox"/> Other _____</div> |
| 섹션 8, HUD 또는 기타 보조금 주택에서 거주하고 있습니까?                        | 10 |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 약물/음주 치료 시설에서 거주하고 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                                        |                     |                |                |                                                 |                              |

| 추가 정보                                                            |   |                            |                              |
|------------------------------------------------------------------|---|----------------------------|------------------------------|
| 섹션 23 – 기타 비용                                                    |   |                            |                              |
| 본인 또는 함께 사는 사람이 재인증 중인지 표시합니다:                                   | 예 | 아니요                        | 예라고 대답한 경우 금액                |
| 아동 지원 지출                                                         | 1 |                            | \$                           |
| 배우자 지원 지출                                                        | 2 |                            | \$                           |
| 아동 보육 지출                                                         | 3 |                            | \$                           |
| 부양 돌봄 지출                                                         | 4 |                            | \$                           |
| 등록비, 비용 또는 기타 교육비 지출                                             | 5 |                            | \$                           |
| 추가 비용이 있습니까(예: 차량 비용, 자동차 보험, 신용카드 지출, 기타 대출 등)<br>구체 기재: _____  | 6 |                            | \$                           |
| 재인증하는 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 21 세 미만의 자녀에 대한 지원을 최소 4 달 동안 연체 했습니까? | 7 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |

| HOW OFTEN PAID | LEGALLY OBLIGATED |    | CHILD IN SNAP HH |    |
|----------------|-------------------|----|------------------|----|
|                | YES               | NO | YES              | NO |
|                |                   |    |                  |    |



섹션 24 - 기타 정보

가정 배달 또는 공동 다이닝 서비스에서 식사를 구매하거나 구매할 계획입니까?

8

☐ 예

☐ 아니오

자택에서 조리하거나 식사를 준비할 수 있습니까?

9

☐ 예

☐ 아니오

귀하 또는 귀하의 가구 구성원 중 미 군대에 소속된 적이 있습니까?  
누구입니까? \_\_\_\_\_

10

☐ 예

☐ 아니오

귀하의 배우자가 미 군대에 소속된 적이 있습니까?

11

☐ 예

☐ 아니오

귀하 가구 구성원 중 미 군에 소속되어 있거나 소속된 적이 있는 사람에게 부양을 받고 있습니까?  
누구입니까? \_\_\_\_\_

12

☐ 예

☐ 아니오

본인 또는 함께 사는 사람이 재인증 중인지 표시합니다:

예

아니요

해당자

귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람으로 지원을 재인증하는 사람이 지난 2 달 이내에 다른 뉴욕주 카운티에서 현재 거주 중인 카운티로 이사했습니까?

귀하 또는 함께 거주하는 사람이 사기 및/또는 고의적 프로그램 위반행위(Intentional Program Violation)로 인해 공적 부조 및/또는 보충 영양 지원 프로그램(SNAP)의 위법적 수령을 적발 및/또는 자격을 박탈당한 적이 있습니까?

귀하 또는 귀하와 동거하는 사람이 과거 수령 자격이 없는 수당을 수령한 바가 있고 해당 수당을 본 기관 또는 기타 기관에 아직 전액 상환하지 못했습니까?

귀하 또는 귀하의 가구 구성원이 두 개 이상의 주에서 공적 부조를 수령하기 위해 주거 상태에 대한 기만적 진술 또는 표현을 하여 기소된 적이 있습니까?

귀하 또는 귀하의 가구 구성원이 1996 년 9 월 22 일 이후 어느 주에서 부정하게 SNAP 수당을 중복 수령한 혐의로 기소된 적이 있습니까?

귀하 또는 귀하의 가구 구성원이 1996 년 9 월 22 일 이후 합계 금액 500 달러 이상을 얻기 위해 SNAP 수당을 구입 또는 판매한 혐의로 기소된 적이 있습니까?

귀하 또는 귀하의 가구 구성원이 화기, 탄약 또는 폭발물, 또는 약물을 얻기 위해 SNAP 수당을 거래한 혐의로 기소된 적이 있습니까?

귀하 또는 귀하의 가구 구성원이 중죄 또는 중죄 미수 혐의 기소 당한 후 처벌, 구금 또는 감금을 피해 도망 중이었고, 사법기관의 추적을 받고 있는 중입니까?

귀하 또는 귀하의 가구 구성원이 법원 명령에 따른 보호관찰 또는 가석방을 위반하고 있습니까?

자산 이전 상태

공적 부조 또는 SNAP 수당을 받기 위해 부동산을 매각, 이전, 양도한 적이 ☒ 있다 ☐ 없다 ☐.

VETERAN STATUS

VETERAN CODE

NEEDED

REFERRALS

COMPLETED

CONSIDER

Services

✓ SNAP Dependent Care Deductions

UIB

✓ District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5)

REQUESTED

DOCUMENTATION

IN FILE

Child/Dependent Care Statement

Recoupments

Outstanding Overpayment

Pending Disqualification

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

\$

CONSIDER

✓ Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.

✓ Actual Shelter

✓ Actual Fuel/Utility Costs

✓ Telephone Expenses

✓ Car Expenses

✓ Furniture/Appliance Rental

✓ Cable TV

✓ Tuition

✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

Does Client Receive Contribution Towards Difference

☐ Yes ☐ No

If Yes, From Whom?

Based on the information contained in this recertification, make sure you reconsider the category. For PA, especially, consider the following:

• Eligible Child Status

• Essential Persons Status

• Family Assistance Extensions

Category is

Documented by

NOTES/COMMENTS

고지, 양도, 승인 및 동의

**사회보장번호의 수집 및 사용** – 2008 년 식품영양법(Food and Nutrition Act)(개정되는 바에 따름)에 따라서, 보충 영양 지원 프로그램(SNAP)에 관해 각 가구 구성원에 대한 SSN 을 수집하는 것이 허용됩니다. 영양보충지원 프로그램(SNAP)을 신청하는 사람이 수당을 받으려면 사회보장번호(SSN)를 제공해야 합니다. 신청하는 귀하 또는 누구라도 SSN 이 없는 경우, 그 사람은 반드시 사회보장국(Social Security Administration, SSA)에 SSN 을 신청해야 합니다([www.SSA.gov](http://www.SSA.gov) 를 방문하거나, 1-800-772-1213 으로 전화하세요).

이 재인증 양식과 같이 SSN 이 필요한 다른 모든 프로그램과 관련하여 SSN 수집은 필수 사항이며 다음 중 하나 이상의 법조항에 따라 승인되었습니다: 사회보장법(Social Security Act) 205(c)(42 U.S. Code 405), 사회보장법(Social Security Act) 1137 절(42 U.S. Code 1320b-7) 1974 년 사생활 보호법(Privacy Act) 7(a)(2). 문의사항이 있는 경우, 안내 책자(PUB-1313 Statewide)를 참조하거나, 사회보장서비스 지역사무소에 문의하십시오.

우리가 수집하는 이 정보는 귀하의 가구가 지원 또는 혜택을 계속 받을 자격이 되는지 여부를 결정하는데 사용될 것입니다. 정보는 신원을 확인하기 위해서, 근로 소득 및 불로 소득을 검증하기 위해서, 부재 중인 부모가 신청자나 수령자에 대한 건강 보험금을 수령할 수 있는지 결정하기 위해서, 신청자나 수령자가 자녀 또는 배우자 지원을 받을 수 있는지 결정하기 위해서, 그리고 신청자나 수령자가 금전 또는 그 밖의 도움을 받을 수 있는지 결정하기 위해서 사용될 것입니다. 본 정보는 컴퓨터 대조 프로그램을 통해 확인될 것입니다. 또한 본 정보는 프로그램 규정에 대한 준수 여부를 감시하고 프로그램을 관리하는 데 사용될 것입니다. 이런 방식으로 귀하가 본 기관에 제공한 정보를 사용하는 이외에, 뉴욕주는 가정용 에너지 지원 프로그램(HEAP)을 통해 수당을 받는 모든 사람들에 관한 통계를 내기 위해서 정보를 사용할 것입니다(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. 사회보장번호(SSN)를 포함해서, 가족 지원(Family Assistance) 및 안전망 지원(Safety Net Assistance)에 대한 신청자 또는 수령자에 관해 수집된 정보는 배심원단 구성을 위해서 사용될 수 있습니다. 영양보충지원 프로그램(SNAP) 수당 반환 청구가 귀하의 가구를 상대로 발생한 경우, 모든 사회보장번호(SSN)를 포함해서 이 재인증 양식에 있는 정보는 청구액 징수 조치를 위해서 연방 및 주 기관은 물론이고, 민간 징수 기관에 제공될 수도 있습니다.

자격이 없는 가족 구성원의 SSN 도 위에서 기술한 방식으로 사용 및 공개됩니다.

이런 방식으로 귀하가 본 기관에 제공한 정보를 사용하는 이외에, 뉴욕주는 가정용 에너지 지원 프로그램(HEAP)을 통해 수당을 받는 모든 사람들에 관한 통계를 내기 위해서도 정보를 사용합니다. 이 정보는 각 사회보장서비스 지역사무소가 적절하게 업무를 수행하도록 보장하려는 뉴욕주의 업무품질 관리 목적으로 사용됩니다. 귀하의 에너지 공급업체를 확인하고 이들에게 소정의 금액을 지급하기 위해 사용되기도 합니다.

**차별 금지 고지문** – 미국 농무부(USDA) 인권 규정 및 정책에 따라, 이 기관은 인종, 피부색, 출신 국가, 성별(성 정체성과 성적 성향을 포함), 종교적 신념, 장애여부, 연령, 정치적 신념을 이유로 차별할 수 없으며, 이전에 인권 활동을 한 것을 이유로 앙갚음이나 보복 행위를 하는 것이 금지됩니다.

뉴욕주는 트랜스젠더 여부, 성별 불쾌감, 혼인 여부, 군복무 여부, 가정 폭력 피해자 여부, 임신 관련 증상, 소인성 유전적 특성, 과거의 체포 또는 유죄 판결 기록, 가족의 상태, 불법적인 차별에 대응한 것에 대한 보복 등을 이유로 차별하는 것도 추가적으로 금지하고 있습니다.

이 밖에도, 프로그램 정보는 영어 외에 다른 언어로도 제공됩니다. 장애인으로서 프로그램 정보를 얻기 위해 대체 커뮤니케이션 수단(예, 점자, 큰 활자 인쇄, 오디오테이프, 미국 수화)을 필요로 하는 사람은 수당을 신청한 기관(주 또는 현지)에 연락해야 합니다. 청각 장애인이나 언어 장애가 있는 사람은 연방 릴레이 서비스((800) 877-8339)를 통해 연방 농무부(USDA)에 문의해야 합니다.

프로그램에 차별 민원을 제기하려면 미국 농무부 프로그램 차별 민원제기 양식(USDA Program Discrimination Complaint Form)(AD-3027)을 온라인 <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>에서 구하시거나, USDA 사무소에서 직접, 또는 (833) 620-1071로 전화하시거나 USDA로 서신을 보내어 구하실 수 있습니다. 서신에는 반드시 민원 제기자의 이름, 주소, 전화번호 및 차별 혐의가 있는 행위를 자세히 기술하여 혐의가 있는 시민권 위반행위의 성격과 날짜에 관해 민권차관보(Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR)에 알려주십시오. AD-3027 양식이나 서신을 작성하여 다음 주소로 제출하셔야 합니다. 1) 우편: Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314, 2) 팩스 (833) 256-1665 또는 (202) 690-7442, 또는 3) 이메일: [FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

보충 영양 지원 프로그램(SNAP) 문제에 관한 그 밖의 정보에 대해서는, 연방 농무부 보충 영양 지원 프로그램(USDA SNAP) 직통전화(800) 221-5689(스페인어 서비스 가능)로 연락하거나 다음 온라인 주소에서 온라인으로 제공되는 주별 정보/직통전화(주별 전화번호 목록은 링크를 클릭하세요)로 전화하십시오 [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

본 기관은 평등한 기회를 제공하는 기관입니다.

**조사에 대한 동의** – 본인은 공적 부조(PA), Medicaid, 보충 영양 지원 프로그램(SNAP) 수당, 가정용 에너지 지원 프로그램(Home Energy Assistance Program) 수당 또는 아동 보호 지원에 대한 본인의 요청과 관련해서 본인이 제공한 정보를 검증하고 확인하기 위한 일체의 조사에 동의합니다. 추가 정보가 요구될 경우 본인은 이를 제공할 것입니다. 본인은 또한 PA 및/또는 SNAP 품질 관리 심사(Quality Control Review)에 있어서 주 및 연방 담당자에게 충분히 협조할 것입니다.

본인이 영양보충지원 프로그램(SNAP)을 재인증하는 경우, 본인은 사회보장서비스 지역사무소가 본인의 재인증을 조사하기 위해서 소득 및 자격 검증 시스템(Income and Eligibility Verification System)을 통해서 이용 가능한 정보를 요청하고 사용할 것이며, 일치되지 않는 사항이 발견되는 경우에는 부차적인 연락망을 통해 이 정보를 검증할 수 있다는 점을 이해합니다. 또한, 본인은 이러한 정보가 본인의 SNAP에 대한 적격성 및/또는 본인이 수령하는 SNAP 수당의 수준에 영향을 줄 수 있다는 점도 이해합니다.

**실업 보험 비밀 정보의 공개에 대한 동의** – 본인은 뉴욕주 노동부(DOL)가 실업 보험(UI)을 위한 용도로 노동부(Department of Labor, DOL)에서 관리하는 비밀정보를 뉴욕주 임시 및 장애 지원국(Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA)에 공개하는 것을 허락합니다. 해당 정보에는 실업보험(UI) 보험료 청구 및 임금 기록이 포함됩니다. 본인은 OTDA의 사회보장서비스 지역사무에서 일하는 주 및 지방 정부기관 담당자들과 함께, 이 신청/재인증 양식에서 신청된 공적 부조, Medicaid, 또는 보충 영양 지원 프로그램, 가정용 에너지 지원 프로그램 또는 보육 지원 수당에 대한 적격성 및 그 금액을 확인하고 검증하기 위해서, 그리고 본인이 자격이 없는 수당을 받았는지를 판단하기 위한 조사를 위해서, UI 정보를 활용할 것임을 이해합니다. OTDA는 또한 뉴욕주 아동 및 가족 서비스국(New York State Office of Children and Family Services, OCFS) 및 뉴욕주 보건부(New York State Department of Health, DOH)과 정보를 공유할 수 있습니다. OCFS는 아동 보육 지원 프로그램을 관리하기 위해 정보를 사용할 것입니다.

**서비스 제공자에 대한 정보 공개** – 본인은 뉴욕주 또는 지역 계약업체가 제공하는 프로그램 관리와 관련되는 서비스 및 수당 지급에 대한 본인의 자격 구비 여부를 검증할 목적으로, 사회보장서비스 지역사무소와 뉴욕주가 본인 또는 본인이 적법하게 그에 대한 권한을 부여할 수 있는 본인의 가구 구성원이 수령한 공적 부조 또는 보충 영양 지원 프로그램 수당에 관한 정보를 공유하는 것을 허락합니다. 이러한 서비스에는 본인 또는 본인의 가구 구성원이 고용 관계를 열거나 유지하도록 돕기 위해서 제공되는 일자리 배정 또는 훈련 서비스가 포함될 수 있지만, 이에 한정되지는 않습니다.

**교육 기록 공개** – 본인은 뉴욕주 보건부 및 사회보장서비스 사무소가 다음 목적으로 본인 및/또한 미성년자 자녀의 교육 기록에 접근할 수 있도록 동의합니다. 1) 공적 부조, 보충 영양 지원 프로그램, 및/또는 Medicaid 수령 자격 확인 2) 자격 확인 과정에서 제공된 상충하는 정보를 확인하기 위해 검토 및 조사 시행 3) 보건 관련 교육 서비스를 위한 Medicaid 상환금 청구 4) 감사를 위한 목적으로 적절한 연방정부기관이 이러한 정보를 열람.

**뉴욕주 주택청 주민 정보 공유 동의** – 뉴욕시에서 지원을 신청하는 경우, 본 동의에 따라 뉴욕시 주택청(New York City Housing Authority, NYCHA)은 귀하의 정보를 뉴욕시 보건복지청(New York City Human Resources Administration)/사회보장서비스부(Department of Social Services) (HRA)와 공유하여 귀하 및 귀하의 가구가 보충 영양 지원 프로그램(SNAP) 및/또는 임대료 지원을 포함하는 HRA 현금 지원 등을 신청할 수 있도록 돕습니다.

귀하가 본 신청서 아래에 서명할 경우, **NYCHA** 는 **SNAP** 및/또는 현금 지원 수당 수준에 대한 자격 조건 확인을 위해 귀하의 이름, 주소, 생년월일, 유틸리티 요금 납부 정보(월 임대료, 임대료 지불 내역, 임대 잔액, 신청비 등)를 귀하의 정보를 **HRA** 와 공유할 수 있습니다. 아래 신청서에 서명함으로써 귀하는 본 신청서에 포함된 미성년 자녀를 대신해 기관에 동의를 표시할 수 있고, 이에 따라 **NYCHA** 는 자녀의 이름, 주소, 생년월일 등을 **HRA** 와 공유할 수 있는 권한을 가집니다.

**HRA** 는 **NYCHA** 가 공유하는 모든 정보를 기밀로 처리하며, **HRA** 의 **SNAP** 및 현금 지원 프로그램을 감독하는 지방, 주, 연방 기관에 한하여 정보를 공유합니다.

**변경사항 보고** – 본인은 본인이 알거나 믿고 있는 바에 따라 최선을 다해서, 본인의 필요 사항, 거주지/주소, 생활 방식, 가구 규모, 소득, 고용 상태, 부동산/리소스, 재산/자원, 부양 가족 치료 비용, 건강 보험, 만족스러운 이민 신분/시민권 상태를 가진 비시민권자, 피부양자가 없는 신체 건강한 성인(**ABAWD**) 지위, 임신 상태 또는 주거 사항에 변경사항이 발생하는 경우, 이를 **즉시** 담당 기관에 고지하기로 동의합니다.

본인이 아동 보호 지원을 신청하는 경우, 본인은 가족 수입, 가구 거주자, 취업 상태, 자녀 보호 사항의 변경, 또는 기타 본인의 자격 지속 또는 수당 금액에 영향을 줄 수 있는 변경을 **즉시** 담당 기관에 고지하기로 동의합니다.

**벌칙** – 연방 및 주 법률은 신청자가 공적 보조, **Medicaid** 또는 보충 영양 지원 프로그램, 서비스 또는 아동 보호 지원(지원, 수당 또는 서비스)을 재인증할 때 또는 자격 여부에 관한 질문을 받았을 때, 귀하가 진실을 말하지 않거나, 재인증 양식이나 자격 유지에 관해 타인이 진실을 말하지 않게 야기한 경우, 벌금, 구금형 또는 병과형의 처벌을 규정하고 있습니다. 귀하가 지원, 수당 또는 서비스에 대한 최초 자격 인정 및 자격 지속에 관해 사실을 숨기거나 공개하지 않는 경우, 또는 귀하가 해당자를 위해서 지원, 수당 또는 서비스를 받거나, 계속 받기 위해서 재인증한 누군가의 관리에 영향을 미치게 될 사실을 숨기거나 공개하지 않은 경우에도 벌칙이 적용됩니다. 귀하가 권한 있는 대리인인 경우, 이러한 지원, 수당 또는 서비스는 반드시 그 본인을 위해서 사용되어야 하며, 귀하 자신을 위해서 사용하면 안 됩니다. 연방 및 주 법률에서는 개인이 요양 시설 서비스를 받고 메디케이드 신청서를 제출한 첫 번째 달 이전 **60** 개월 이내에 해당 개인이나 그 개인의 배우자가 공정 시장 가격에 미달하는 대가를 받고 자산을 양도한 경우, 해당 개인은 일정 기간 동안 요양 시설 서비스나 가정 및 지역사회 기반 연제 서비스를 받지 못하게 할 수 있다고 규정하고 있습니다. 정보를 숨기거나 거짓 정보를 제공하여 지원, 수당 또는 서비스를 받는 것은 불법입니다.

**보충 영양 지원 프로그램 처벌 경고** – 보충 영양 지원 프로그램(**SNAP**) 신청과 관련하여 귀하가 제공한 모든 정보는 연방, 주 및 지역 관리의 승인 대상입니다. 정보가 부정확한 경우, **SNAP** 제공이 거부될 수 있습니다. 귀하가 수당의 수령 자격이나 금액에 영향을 미치는 부정확한 정보를 고의로 제공하는 경우, 형사 처벌을 받게 될 수도 있습니다. 영양보충지원 프로그램(**SNAP**) 공인 카드 또는 액세스 기기를 고의적으로 사용, 양도, 취득, 변경 또는 소지한 것을 이유로 하는 중범죄로 유죄판결을 받은 사람은 최대 **250,000**달러까지의 벌금이나 최장 **20**년까지의 구금, 또는 양자 모두에 처해질 수 있습니다. 개인은 적용되는 연방법과 주법에 따라 기소될 수도 있습니다. 보호관찰 또는 가석방 조건을 위반하고 있는 사람, 또는 중범죄를 이유로 하는 기소, 구금 또는 감금을 피하기 위해서 도피 중이고, 법 집행기관의 적극적인 추적을 받고 있는 사람은 **SNAP** 수당을 받을 자격이 없습니다.

수당을 받을 자격을 갖추거나 더 많은 수당을 받기 위해서 허위 또는 오도하는 진술을 하거나, 거짓 정보를 제공하거나, 사실을 은폐 또는 철회하는 경우, 또는 예치액에 대해서 의도적으로 제품을 폐기하고 용기를 반환함으로써 현금을 얻으려는 의도를 가지고 **SNAP** 수당으로 제품을 구매하는 경우, 또는 전자수당이체(**Electronic Benefit Transfer, EBT**) 시스템의 일환으로 사용되는 **SNAP** 수당, 공인 카드 또는 재사용 가능 문서를 사용, 제시, 양도, 취득, 수령, 소지 또는 밀거래할 목적으로 연방법 또는 주법을 위반하는 행위를 범하거나, 범하려고 시도하는 경우, **SNAP** 자격 조건을 상실하거나 의도적 프로그램 위반(**Intentional Program Violation, IPV**)을 저지른 것으로 판단할 수 있습니다. 또한 다음 행위는 허용되지 않으며, 다음이 포함된 행위를 하는 경우에는 **SNAP** 수당을 받을 자격을 박탈 당하고, 처벌을 받을 수 있습니다.

- 과거 외상으로 구입한 비식품 제품 금액을 결제하기 위해서 **SNAP** 수당을 사용하는 경우
- 과거 외상으로 구입한 식품 금액을 결제하기 위해서 **SNAP** 수당을 사용하는 경우.
- 현금, 소형화기, 탄약이나 폭발물, 또는 마약과 교환해서, 또는 **SNAP** 가구 구성원이 아닌 사람을 위해 식품을 구매하기 위해서, 타인에게 귀하의 전자수당이체(**EBT**) 카드를 사용하도록 허용하는 경우.
- 본인의 것이 아닌 **EBT** 카드를 카드 소유자의 동의 없이 사용하거나 소지할 경우.

행정적 자격박탈 청문회 또는 연방, 주, 지역 법원이 개인이 **IPV** 를 저질렀다고 판단한 경우, 또는 행정적 자격박탈 청문회에서 면제권에 서명했거나 기소 사건에서 자격박탈 동의 합의서에 서명한 경우, 다음의 기간동안 **SNAP** 참여 조건을 상실하게 됩니다.

- 첫 번째 **SNAP-IPV** 의 경우 **12** 개월.
  - 두 번째 **SNAP-IPV** 의 경우 **24** 개월.
  - 개인이 규제 물질(불법 마약이나 의사의 처방이 요구되는 소정의 약물들)의 판매와 연관되는 거래에서 **SNAP** 수당을 이용했거나 수령했음이 법원 판결로 인정된 사실에 기초하는 첫 번째 **SNAP IPV** 에 대해서는 **24** 개월.
  - 세 번째 **SNAP IPV** 로 인해서 영구적인 자격 상실을 당하지 않은 한, 다수의 **SNAP** 수당을 동시에 수령할 목적으로 본인의 신원 또는 거주지에 관해 기만적 진술을 한 것으로 판정되는 경우에는 **120** 개월.
- 또한 법원은 추가로 **18** 개월 동안 특정 개인의 **SNAP** 참여를 금지시킬 수 있습니다.

개인은 다음의 경우 **SNAP** 수당 수령 자격 조건을 영원히 상실할 수 있습니다.

- 화기, 총포, 폭발물이 연루된 거래에서 개인이 **SNAP** 수당을 사용하거나 받은 법원 판결 시 **첫 번째 SNAP IPV**.
- 합계 **500 달러** 이상의 **SNAP** 수당 밀거래로 법원 유죄판결을 받은 사실에 기초하는 **첫 번째** 고의적 **SNAP** 위반(**SNAP IPV**) 행위(밀거래에는 **SNAP** 공인 카드 또는 액세스 기기의 불법적인 사용, 양도, 취득, 변경 또는 소지가 포함됨)
- 개인이 규제 물질(불법 마약이나 의사의 처방이 요구되는 소정의 약물들)의 판매와 연관되는 거래에서 **SNAP** 수당을 이용했거나 수령했음이 법원 판결로 인정된 사실에 기초하는 **두 번째 SNAP-IPV**
- **세 번째 SNAP IPV**.

**가정 지출 신고/증명을 위한 의무 사항** – 본인은 본인의 가구가 이러한 경비에 대해서 보충 영양 지원 프로그램(**SNAP**) 수당을 공제 받기 위해서는 아동 보호 및 유틸리티 경비를 신고해야 한다는 점을 이해하고 있습니다. 또한 이러한 비용에 대해 **SNAP** 공제를 받으려면 비가구 구성원에게 지불하는 임대료/모기지 상환액, 재산세, 보험, 의료비 및 자녀 양육비를 반드시 신고 및 증명해야 합니다. 위의 비용들을 신고/증명하지 않는 경우, 귀하의 가구는 신고하지 않거나 증명되지 않은 비용에 대한 공제를 받을 의사가 없다는 것으로 간주됩니다. 이러한 비용에 대한 공제로 귀하가 **SNAP** 자격을 충족하거나 **SNAP** 수당이 증가할 수 있습니다. 귀하는 향후 언제든지 이러한 비용을 신고/증명해야 할 수 있습니다. 이러한 공제는 변동 사항 신고에 대한 규정에 따라 향후의 **SNAP** 산정에 적용될 것입니다(위의 신고 변경(**Change Reporting**) 참조).

**보충 영양 지원 프로그램의 법적 대리인** – 귀하의 가정 상황에 대해 이해하고 있는 타인에게 영양보충지원 프로그램(**SNAP**) 재인증 권한을 부여할 수 있습니다. 또한 귀하는 귀책 이외의 사람에게 귀하를 대신해 **SNAP** 수당을 받아 그것을 사용하여 귀하를 위한 식품을 구입할 권한을 부여할 수도 있습니다. 타인에게 권한을 부여하려면 서면으로 해야 합니다. 귀하는 대리인의 이름, 주소, 전화번호를 아래 기입하고 이 재인증 양식 하단의 서명란에 서명하도록 하여 해당 위임인에게 권한을 부여할 수 있습니다. 법적 대리인(**Authorized Representative**)이 어떤 시설에도 거주하지 않는 **SNAP** 수령 가구를 대신해 **SNAP** 을 신청하는 경우 법적 대리인이 해당 가구에 의해 서면으로 달리 지정되어 있지 않는 한 해당 법적 대리인과 **SNAP** 가구의 책임 있는 성인 양쪽 모두 본 재인증 양식 하단의 서명란에 반드시 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.

수권 대리인 이름, 주소, 전화번호(정자로 기입):

**표준 공공요금 보조금** – 본인은 공적 부조 및 보충 영양 지원 프로그램(**SNAP**) 수령인이 가정용 에너지 지원 프로그램(**HEAP**) 소득 자격 조건을 완전히 충족한다는 점을 이해합니다. 본인은 또한 만약 금월 또는 과거 **12** 개월동안 **20** 달러가 넘는 금액의 **HEAP** 수당 또는 유사한 에너지 지원금을 수령하지 않은 경우, **SNAP** 에 따라 냉/난방 표준 유틸리티 금액(공제 등)을 수령하기 위해서는 반드시 난방 또는 냉방비를 임대료와 별도로 지불해야 한다는 점을 이해합니다. 본인은 뉴욕주가 본인의 사회보장번호(**Social Security Number**)를 사용하여 본인의 가정용 에너지 공급업체에게 가정용 에너지 지원 프로그램(**HEAP**) 수당 수령 여부를 확인한다는 것을 이해합니다. 이러한 허가에는 본인의 가정용 에너지 공급업체(유틸리티 제공사 포함)가 소정의 통계 정보를 공개하는 것에 대한 허가도 포함되며, 여기에는 저소득 가정용 에너지 지원 프로그램(**Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP**) 성과 측정을 목적으로, 뉴욕주 임시 및 장애 지원국, 지역 사회보장서비스 지역사무소 및 연방 보건복지부(**United States Department of Health and Human Services**)에 본인의 연간 전력 사용, 전기료, 연료 소비, 연료 유형, 연간 연료비 및 결제 이력을 제공하는 것이 포함되지만 이에 한정되지는 않습니다.

**의료정보 공개** – 본인은 본인과 본인이 대신해서 동의권을 행사할 수 있는 본인의 가족 구성원에 관한 의료정보를 다음 자가 다음 자에게 공개하는 것에 동의합니다. (i) 본인의 1 차 진료 제공자, 기타 보건의료 서비스 제공자 또는 뉴욕주 보건부(DOH)가 본인의 의료보험이나 의료 서비스 제공자가 치료, 결제 또는 보건 의료 업무를 수행하기 위해서 합리적으로 필요한 바에 따라, 본인이나 본인의 가족을 위한 보호 서비스 제공과 관련되는 본인의 의료보험 및 보건의료 서비스 제공자에게 공개하는 경우, (ii) 본인의 의료보험과 보건의료 서비스 제공자가 **Medicaid** 의 행정 목적을 위해서 **DOH** 와 기타 권한 있는 연방, 주 및 지방 정부기관에게 공개하는 경우, 그리고 (iii) 본인의 의료보험이 해당 의료보험이 치료, 결제 또는 보건의료 업무를 수행하기 위해서 합리적으로 필요한 바에 따라, 다른 사람이나 조직에게 공개하는 경우. 본인은 공적 부조 수당의 제공을 위해서, 아동 복지 서비스 등의 서비스 제공을 위해서, 적절한 근로 활동 배정을 결정하기 위해서, 생활보조금 수당에 대한 신청 필요를 결정하고 신청서를 제출하기 위해서, 취업 능력을 회복하기 위한 적절한 치료 계획을 수립하기 위해서, 그리고 현금 지원에 대한 주정부의 6 개월 기간 제한으로부터 면제받을 수 있는 적격성을 결정하기 위해서, 각각 합리적으로 필요한 바에 따라, 지원 및 서비스 제공, 그리고 뉴욕주 임시 및 장애 지원국(OTDA), 뉴욕주 아동 및 가족 서비스국(OCFS) 또는 사회보장서비스 지역사무소(SSD)에 고용되는 것을 포함해서, 본인이 근로 활동에 참가할 수 있는 능력과 관련해서, 본인과 본인이 대신해서 적법하게 권한을 부여할 수 있는 본인의 가족 구성원에 관한 의료 관련 정보의 공개를 허락합니다. 본인이 사회보장국에 의해 관리되는 수당을 신청하기 위해서 요구되는 경우, 위에 명시된 정보가 사회보장국과 공유될 수 있습니다. 아울러, 본인은 아래에서 상자에 체크 표시되지 않은 한, 법률상 허용되는 한도까지, 공개된 정보에는 본인과 본인의 가족 구성원에 관한 **HIV**, 정신 건강 또는 알코올 및 약물 중독 정보가 포함될 수 있음에 동의합니다. 가족 중 성인 1 명 이상이 **Medicaid** 의료보험에 참여하고 있는 경우, 정보 공개에 동의하기 위해서는 신청하는 각각의 성인의 서명이 필요합니다. 본인은 본인이 대신해서 동의권을 행사할 수 있는 미성년 자녀와 관련되는 정보 공개에 동의할 수 있는 본인의 능력은 해당 자녀를 위한 치료, 진단 및 절차에 관해서 본인이 입수할 수 있는 정보의 범위까지만으로 제한된다는 점을 이해합니다.

\_\_\_\_\_에이즈 정보 공개 금지  
\_\_\_\_\_정신 건강 정보 공개 금지

\_\_\_\_\_약물 및 알코올 정보 공개 금지

**의료 서비스 제공자에게 제공되는 정보의 공개** – 본인의 건강 관리 및 전반적인 복지의 질을 향상시키기 위해, 그리고 본인이나 본인의 가족 구성원이 추가 수당을 받을 수 있도록 본인 또는 본인의 가족 구성원이 수령할 수 있는 공적 부조(Public Assistance) 수당과 관련하여, 본인은 사회보장서비스 지역사무소(social services district)나 뉴욕주가 지정한 의료 서비스 제공자와의 정보 공유를 허락합니다.

**조기 개입 프로그램을 위한 정보 공개** – 본인의 자녀가 뉴욕주 조기 개입 프로그램(Early Intervention Program)에 대한 평가를 받거나, 이에 참여하는 경우, 본인은 사회보장서비스 지역사무소와 뉴욕주가 Medicaid 청구를 위한 목적으로 본인의 자녀의 Medicaid 적격성 정보를 본인의 카운티 또는 지자체의 조기 개입 프로그램과 공유하는 것을 허락합니다.

**아동/청소년 건강 프로그램** – 본인은 본인의 자녀가 Medicaid 를 수령하고 있는 경우, 해당 자녀가 아동/청소년 건강 프로그램을 통해서 이루어지는 필요한 모든 치료를 포함해서, 종합적인 1 차 의료보호 및 예방적 의료보호를 받을 수 있다는 점을 이해하고 있습니다. 본인은 사회보장서비스 지역사무소로부터 이 프로그램에 대한 추가 정보를 얻을 수 있습니다.

**MEDICARE** – 본인은 "Medicare"(타이틀 XVIII 의 파트 B, 보충적 의료보험 프로그램(Supplementary Medical Insurance Program))에 따른 지급액이 본인이 Medicaid 를 이용할 자격이 있는 동안 본인에 대해 제공된 의료 서비스 및 기타 보건 서비스에 대해서 장래에 미지급된 청구 금액에 대해서 의사 및 의료 서비스 제공자에게 직접 지급되는 것을 허락합니다.

**Medicaid 에 따른 의료 비용 환급** – 본인은 Medicaid 신청의 일환으로, 신청일로부터 2 년 이내에, 귀하가 신청한 달 이전의 3 개월 동안 제공받은 적용 대상이 되는 의료 보호, 서비스 및 공급품에 대해서 귀하가 지급한 비용의 환급을 요청할 수 있는 권리가 있음을 인지합니다. 본인은 신청일 이후부터 적용 대상인 의료 보호, 서비스 및 공급품에 대한 비용 상환은 오로지 Medicaid 로 등록된 서비스 제공자를 이용한 경우에만 가능하다는 사실을 인지합니다.

**보험/기타 수당의 양도 및 직접 지급** – 공적 부조 및 Medicaid 에 대해서, 본인은 건강보험 또는 사고보험에 대한 일체의 보험금을 청구하고, 본인이 권리가 있는 일체의 상해보험금이나 기타 자원을 청구하기로 동의하며, 이 문서에 의해서 이러한 일체의 리소스를 이 재인증이 이루어지는 사회보장서비스 지역사무소에 양도합니다. 또한 본인은 양도된 일체의 혜택이 이 재인증이 이루어지는 사회보장서비스 지역사무소에 제공될 수 있도록 지원할 것입니다.

본인은 본인이나 가족 구성원이 Medicaid 수령 자격을 충족하는 기간에 제공된 의료 및 기타 보건 서비스와 관련하여 본인이나 가족 구성원에게 의료 또는 상해보험 혜택에 대해 부과된 비용을 적절한 사회보장서비스 지역사무소에 직접 지급하는 것을 허용합니다.

**Medicaid 회수** – Medicaid 지원을 받는 경우, 귀하가 의료기관에 있으면서 귀하할 것으로 예상되지 않는다면, 소정의 상황하에서 귀하의 부동산에 대해 우선특권이 신청되고 채권 회수가 진행될 수 있습니다. 귀하를 위해 지급된 의료 지원(MA)은 의료 서비스가 이루어진 시점에 귀하에 대한 법적 부양 책임을 가진 사람으로부터 회수될 수도 있습니다. MA 에서 또한 서비스 비용과 잘못 지불된 보험료도 회수할 수 있습니다.

본인은 본인이 뉴욕주 보건부(New York State of Health)를 통해서 Medicaid 를 받는 경우, 2014 년 4 월 1 일자로 유효하게, 다음 사항을 이해합니다.

- 본인의 사망 전에는 본인의 부동산에 대해서 어떠한 선취특권도 설정되지 않을 것입니다.
- 본인의 사망 시에 본인의 부동산에 속하는 자산으로부터 회수되는 금액은 본인의 55 세 생일 또는 그 이후에 제공받은 가정 요양 보호 비용, 가정 및 지역사회 기반 서비스, 그리고 이와 관련된 병원 및 처방 의약품 서비스에 대해서 지급된 Medicaid 금액으로 제한됩니다.

**공적 부조 회수** – 하 자신과 귀하가 법적으로 부양해야 하는 사람을 위해 귀하가 받은 공적 부조(PA) 금액은 귀하가 소유하거나 취득하게 되는 재산이나 금전으로부터 회수될 수 있습니다. 귀하의 세금 환급금 및 복권 당첨금 일부가 PA 에 대한 귀하의 채무 상환을 위해 공제될 수도 있습니다.

**소급적 생활보조금으로부터 공적 부조를 상환하는 것에 대한 허가** – 본인은 사회보장국(Social Security Administration, SSA)이 본인의 생활보조금(Supplemental Security Income, SSI) 수혜 자격 여부를 결정하는 동안, 사회보장서비스 지역사무소(Social Services District, SSD)가 주 기금 또는 지역 기금에서 본인에게 지급하는 공적 부조(PA)에 대해서 사회보장서비스 지역사무소(SSD)에 상환하기 위해, SSA 가 본인의 SSI 최초 지급액(즉, 본인의 소급적 SSI 지급액)을 사용하는 것을 허가합니다. SSA 는 연방 자금을 사용하여 지급된 공적 부조에 대해서는 SSD 에 상환하지 않습니다.

본인은 본인과 사회보장서비스 지역사무소(SSD) 담당자가 본 허가서에 서명했음을 주정부가 사회보장국(SSA)에 통지한 경우에 한해 본 허가서에 구속됩니다. 주정부는 본인의 생활보조금(SSI) 기록과 본인의 주정부 기록이 일치하는지 여부를 30 일 이내에 통지해야 합니다. 사회보장국(SSA)은 30 일이 지난 후에는 이를 수락하지 않습니다. 그 대신, 사회보장국(SSA)은 사회보장국(SSA) 규정에 따라 본인의 소급 생활보조금(SSI) 지급액을 본인에게 보내줍니다.

오로지 본인의 첫 번째 생활보조금(SSI) 지급액만 사용될 수 있습니다. 본인의 첫 번째 지급액이 사회보장서비스 지역사무소(SSD)에 상환해야 하는 금액을 초과하는 경우, 사회보장국(SSA)은 자체 규정에 따라 남은 차액을 본인에게 보내줍니다.

사회보장국(SSA)은 다음 두 가지 상황에서 사회보장서비스 지역사무소(SSD)에 상환할 수 있습니다:

- (1) 본인이 생활보조금(SSI)을 신청하고 사회보장국(SSA)이 본인을 수령적격자라고 판단하는 경우, 사회보장서비스 지역사무소(SSD)에 상환합니다.
- (2) 본인의 생활보조금(SSI) 수당이 종료 또는 정지 후 부활된 경우 사회보장서비스 지역사무소(SSD)에 상환합니다.

**SSA**는 본인이 적격성에 관한 사회보장국 판정을 기다리는 동안 본인에게 지급된 **PA** 수당에 대해서만 **SSD**에 상환합니다. 이것은 "중간 지원금"이라고 합니다. 지원 기간은 다음에 따라 시작됩니다. **1)** 본인이 **SSI** 수당을 지급 받을 자격이 된 첫 번째 달, 또는 **2)** 본인의 **SSI** 수령이 중지 또는 종료된 후 부활된 첫 번째 달에 시작됩니다. 이 기간에는 생활보조금(**SSI**) 지급이 실제로 시작된 달이 포함됩니다. **SSD**가 본인의 마지막 **PA** 수당 지급을 중단할 수 없는 경우, 이 기간은 다음 달에 종료됩니다.

사회보장국(**SSA**)이 사회보장서비스 지역사무소(**SSD**)에 상환한 후 **10** 일 이내에, 사회보장서비스 지역사무소(**SSD**)는 지급된 중간 지원금 금액을 기재한 통지서를 본인에게 보내야 합니다. 이 통지서에서는 **SSA**가 귀하에게 지급되어야 하는 잔여 **SSI** 금액을 보내는 방법을 본인에게 알려주는 서신을 **SSA**가 보낼 것이라는 점, 그리고 만약 본인이 주정부의 결정에 동의하지 않는 경우, 이에 대해 이의를 제기할 수 있는 방법 또한 본인에게 통보할 것입니다.

사회보장국(**SSA**)은 그 규정에 따라, 본인이 이 허가서에 서명한 날을 본인이 처음 생활보조금(**SSI**) 수혜 자격자가 된 날로 사용할 수 있습니다. 이는 본인이 다음 **60** 일 이내에 생활보조금(**SSI**)을 신청하는 경우에만 해당됩니다.

이 허가는 본인이 현재 사회보장국(**SSA**)에 대해 진행하고 있는 일체의 생활보조금(**SSI**) 신청 또는 이의 케이스에 적용됩니다. 이 허가는 본인의 생활보조금(**SSI**) 케이스가 완전히 결정되는 경우에 종료됩니다. 그리고, 이것은 사회보장국(**SSA**)이 본인에게 처음 지급할 때 종료됩니다. 아울러, 주 정부와 본인은 이 허가를 종료시키기로 합의할 수도 있습니다. 본인이 이 허가 종료 후 생활보조금(**SSI**)을 재신청하는 경우, 또는 생활보조금(**SSI**) 신청이나 이의가 진행 중인 동안 본인이 새로운 생활보조금(**SSI**)을 신청하는 경우, 본인은 뉴욕주 규정에 부합되는 내용의 새로운 허가서에 반드시 서명해야 합니다.

본인이 상환에 관해 사회보장서비스 지역사무소(**SSD**)가 내린 결정에 동의하지 않는 경우, 본인은 공정 심리를 받을 기회를 부여받을 것입니다.

본인은 "사회보장서비스 프로그램에 관해 알아야 할 사항(What You Should Know About Social Services Programs)"이라는 제목의 팸플릿을 수령했습니다. 본인은 중간 지원금에 관한 내용을 이해합니다.

**지원 – 가족 지원(Family Assistance, FA), 안전망 지원(Safety Net Assistance, SNA) 또는 타이틀 IV-E 양육 보호 서비스를 신청하거나 수령하는 것은 신청자 또는 수령자가 자신의 권리로서 가질 수 있거나, 신청자 또는 수령자가 해당 자를 위해서 지원을 신청하거나 수령하는 다른 가족 구성원을 위해서 가질 수 있는 타인으로부터 지원받을 권리를 주정부와 사회보장서비스 지역사무소에 양도하는 것으로서 작용합니다(사회보장서비스법, 158 항 및 348 항).** 이 양도는 소정의 상황에서는 제한됩니다. 이 재인증 양식의 다른 항목에 추가적인 양도 사항이 포함되어 있습니다.

**지원 권리 양도 –** 본인은 LDSS-5145 양식, "보육 서비스 위탁(Referral for Child Support Services)"을 수령했으며 이를 작성 완료하여 아동 지원 집행 유닛에 제출해야 한다는 것을 인지합니다. 가정폭력 또는 기타 합당한 사유를 제외하고 지원을 받는 조건으로서 본인은 아동 지원 집행 유닛과 협력하여 모든 비양육, 추정, 계획 부모의 위치를 특정하고 **21** 세 이하로 미혼인 상태의 부모에게서 태어난 사람에 대한 법적 친권을 설정하고 지원 명령의 설정, 변경 및/또는 집행을 지원할 의무가 있음을 이해합니다. 저는 또한 아동 지원 집행 유닛과 협력하지 않을 때의 저의 권리와 책임을 설명하는 자료인 LDSS-4279 양식 "지원의 책무와 권리 고지(Notice of Responsibilities and Rights for Support)"를 수령했음을 이해합니다.

본인은 본인을 지원할 법적 책임이 있는 개인이 제공하는 지원에 대한 권리와 가족 구성원을 대신한 지원에 대한 권리를 주정부 및 사회보장서비스 지역사무소에 양도합니다. 가족 지원(Family Assistance) 또는 안전망 지원(Safety Net Assistance)을 신청하거나 수령하는 경우, 본인의 지원 권리에 대한 양도는 본인 및/또는 가족 구성원이 지원을 받는 기간 동안 발생하는 지원으로 제한됩니다. 하지만, 2009년 10월 1일 이전에 본인 또는 가족 구성원을 위해 주정부에 양도된 모든 지원 권리는 계속해서 주정부에 양도됩니다.

**가정용 에너지 지원 프로그램 –** 본인은 이 신청서/증명서에 서명함으로써, 가정용 에너지 지원 프로그램(Home Energy Assistance Program, HEAP) 수당에 대한 이번 요청 및 그 밖의 요청과 관련하여, 본인이 제공한 정보를 검증 또는 확인하기 위한 조사 및 권한 있는 정부 기관에 의한 모든 조사에 동의합니다. 본인은 또한 이 재인증에 제공된 정보를 난방 지원 프로그램 및 유틸리티 회사의 저소득층 프로그램에 추천할 때 사용하는 것에 동의합니다.

본인은 뉴욕주가 본인의 사회보장번호(Social Security Number)를 사용하여 본인의 가정용 에너지 공급업체에게 가정용 에너지 지원 프로그램(HEAP) 수당 수령 여부를 확인한다는 것을 이해합니다. 이러한 허가에는 본인의 가정용 에너지 공급업체(유틸리티 제공사 포함)가 소정의 통계 정보를 공개하는 것에 대한 허가도 포함되어, 여기에는 저소득 가정용 에너지 지원 프로그램(Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) 성과 측정을 목적으로, 뉴욕주 임시 및 장애 지원국, 지역 사회보장서비스 지역사무소 및 연방 보건복지부(United States Department of Health and Human Services)에 본인의 연간 전력 사용, 전기료, 연료 소비, 연료 유형, 연간 연료비 및 결제 이력을 제공하는 것이 포함되지만 이에 한정되지는 않습니다.

**성폭력 정보 –** 귀하가 성폭력 피해자인 경우, 귀하는 사회보장서비스 지역사무소에 위탁 정보를 요청할 수 있는 권리가 있습니다. 귀하가 위탁 정보를 요청하는 경우, 사회보장서비스 지역사무소에서는 반드시 귀하에게 다음에 대한 주소 및 전화번호를 제공해야 합니다. **1)** 뉴욕주 보건부(Department of Health)의 인증을 받은 성폭력 조사 서비스를 제공하는 지역 병원, **2)** 지역의 강간 위기 대응 센터, 그리고 **3)** 성폭력 피해자들을 위해서 적절한 현지의 옹호, 상담 및 직통전화 서비스. 추가로, 사회보장서비스 지역사무소는 반드시 귀하에게 성폭력 및 가정폭력에 대한 뉴욕주 직통전화 번호를 제공해야 합니다. (800) 942-6906 및 (800) 818-0656(TTY).

**아동 보육 지원에 대한 증명 –** 보육 지원을 신청하는 경우, 가족의 재산이 1,000,000 달러를 초과하지 않음을 증명합니다.

|                                                                                                                                        |     |                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------|-----|
| 본인은 상기 고지를 읽고 이해했습니다. 본인은 상기 양도증, 승인서, 동의서를 이해하고 동의합니다. 본인은 위증 시 처벌 받을 것을 각오하고 본인이 사회복지사무소에 제공했거나 제공할 정보가 완전하고 정확하다는 점을 맹세 및/또는 확인합니다. |     |                  |     |
| 신청자 서명                                                                                                                                 | 서명일 | 배우자 또는 보호 대리인 서명 | 서명일 |
| x                                                                                                                                      |     | x                |     |
| 법적 대리인 서명                                                                                                                              | 서명일 |                  |     |
| x                                                                                                                                      |     |                  |     |

하나 이상의 프로그램에 대한 신청을 철회하고자 할 경우, 다음 내용의 작성을 완료해야 합니다.

신청을 철회할 것을 요청합니다:

☐ 공적 부조    ☐ 보충 영양 지원 프로그램(SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP)    ☐ 의료 지원

본인은 언제든지 재신청할 수 있음을 이해합니다.

사유: \_\_\_\_\_

서명 x \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_





# 뉴욕주 기관용 유권자 등록 신청서

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

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

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

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 / /

이름을 정자체로 기재 \_\_\_\_\_

## 중요 사항!

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

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

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

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

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

କିଛି ଆବଶ୍ୟକ ଗୁଡ଼ିକ ଓଡ଼ିଆ ଭାଷାରେ ମିଳିବ। 1-800-367-8683 କଲ୍ କରନ୍ତୁ।

개정 05/04/2021

## 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?<br><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요<br>만일 대답을 아니요라고 하셨다면 이 신청서를 작성하지 마십시오                                                                                                                                                                                                                                       | 2                         | A) 선거일 전이나 선거 당일에 만 18세가 됩니까?<br>B) 16세 이상이고, 투표일 당일 또는 그 이전에 18세 이상이어야 하며, 그러한 투표 시점에 18세가 될 때까지 등록이 “진행 중”이라고 표시되어 있으면 투표도 행사할 수 있게 된다는 사실을 알고 계십니까?<br>앞의 두 개 질문에 모두 아니요라고 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/벨리지                                                                                                                                                                                                       | 우편번호 | 카운티                |            |
| 5            | 우편물 수취 주소(위와 다를 경우)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 우편 사서함, Star Route 등      |                                                                                                                                                                                                                 | 우체국  | 우편번호               |            |
| 6            | 생년월일                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 성별(선택 사항)                 | 7                                                                                                                                                                                                               | 8    | 전화(선택 사항)          | 이메일(선택 사항) |
| 10           | 마지막으로 투표한 연도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 당시 주소(주택 단지, 도로명, 도시명 기재) | 신분증 번호 (해당 항목에 표시하고 번호를 기재)<br><input type="checkbox"/> 뉴욕주 DMV 번호 _____<br><input type="checkbox"/> 사회 보장 번호(Social Security Number) 마지막 4자리 _____<br><input type="checkbox"/> 뉴욕주 DMV 번호 또는 사회 보장 번호 없음 _____ |      |                    |            |
| 11           | 정당<br>정당 가입을 희망합니다<br><input type="checkbox"/> 민주당(Democratic party)<br><input type="checkbox"/> 공화당(Republican party)<br><input type="checkbox"/> 보수당(Conservative party)<br><input type="checkbox"/> 근로가족당(Working Families party)<br><input type="checkbox"/> 기타 _____<br>어떤 정당에도 가입하고 싶지 않고 독립된 유권자가 되고 싶습니다<br><input type="checkbox"/> 미가입 | 투표 시 사용한 이름(현재 이름과 다를 경우) | 선거 번호<br><input type="checkbox"/> 뉴욕주 DMV 번호 _____<br><input type="checkbox"/> 사회 보장 번호(Social Security Number) 마지막 4자리 _____<br><input type="checkbox"/> 뉴욕주 DMV 번호 또는 사회 보장 번호 없음 _____                       |      |                    |            |
| 12           | 선거: 본인은 다음의 사실을 맹세 또는 단언합니다<br>• 본인은 미국 시민입니다.<br>• 본인은 선거일 이전에 최소 30일 동안 해당 카운티, 도시, 벨리지에 거주할 예정입니다.<br>• 본인은 뉴욕주 유권자 등록 요건을 모두 충족합니다.<br>• 아래의 서명 또는 표시는 본인의 서명 또는 표시입니다.<br>• 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.                                                               |                           |                                                                                                                                                                                                                 |      |                    |            |
| 인크로 서명 또는 표시 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           | 날짜                                                                                                                                                                                                              |      |                    |            |

## (선택 사항) 장기 및 조직 기증 등록

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

본인은 아래에 서명함으로써 다음 내용을 확인합니다.

- 16세 이상입니다.
- 본인의 장기와 조직을 이식 및 연구 목적을 위해 기증하기로 동의합니다.
- 신관위가 기증자 등록을 위해 본인의 이름 및 신원 정보를 뉴욕주 장기 및 조직 기증에 제공할 수 있도록 승인합니다.
- 또한, 본인이 사망했을 경우, 등록부가 이러한 정보를 연방정부의 규제를 받는 장기 확보 기관, 뉴욕주 의회 기증을 받은 조직 및 연구 은행, 뉴욕주 보건국 국장(NYS Commissioner of Health)의 승인을 받은 기타 기관에 제공할 수 있도록 승인합니다.



서명

날짜

등록 자격 요건

신청서 사용 목적:

- 뉴욕주에서 유권자로 등록
- 마지막 투표 이후 이름 및/또는 주소가 변경된 경우 해당 정보를 변경
- 정당에 가입하거나 가입 정당을 변경
- 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 유죄판결로 가석방 또는 복역 중이지 않아야 합니다
- 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](http://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. 공금한 점이 있으면 위에 명시된 신원 확인 절차를 참고하십시오.

10번 항목: 전에 한 번도 투표한 적이 없으면 “없음(Nothing)”이라고 기재하고, 마지막으로 투표한 날짜를 기억할 수 없으면 물음표(?)를 기재하십시오. 다른 이름을 사용하여 투표한 경우 해당 이름을 기재하고, 그렇지 않으면 “같은(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).