



보충 영양 지원 프로그램(SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP) 수당 신청/재인증



본 신청서는 영양보충지원 프로그램(SNAP) 신청 또는 재인증에 한해 사용할 수 있습니다

귀하가 눈이 안 보이거나, 시력이 심각하게 손상되고, 이 신청서를 다른 형식으로 필요로 하는 경우, 귀하는 귀하의 사회보장서비스 지역사무소에 해당 자료를 요청할 수 있습니다. 이용 가능한 형식의 유형 및 귀하가 대체 형식으로 된 신청서를 요청할 수 있는 방법에 관한 추가 정보에 대해서는, 첨부된 설명서 (LDSS-4826A)를 참조하거나 www.otda.ny.gov를 방문하십시오.

귀하가 눈이 안 보이거나, 시력이 심각하게 손상된 경우, 다른 형식으로 서면 고지서를 받으시겠습니까? 예 아니오

"예"일 경우, 원하는 형식 유형을 체크하십시오: ___큰 활자체, ___데이터 CD, ___오디오 CD, ___점자, 다른 대체 형식들이 귀하에게 동일하게 효과가 없다고 주장할 경우.

다른 도움이 필요한 경우, 귀하의 해당 사회보장서비스 지역사무소에 문의하시기 바랍니다.

SNAP 만 신청하거나 재인증하는 경우 본 신청서를 사용할 수 있습니다. 임시 지원, 아동 양육 지원, 가정 에너지 지원 또는 Medicaid 같은 기타 수당을 신청하려면 다른 신청서를 요청하십시오.

SNAP 을 신청할 경우

- 신청서를 받은 당일에 신청서를 제출할 수 있습니다. 신청서에 최소한 귀하의 이름, 주소(있을 경우), 서명이 기재된 경우, 우리는 귀하의 신청서를 받아야 합니다. 이 정보는 귀하의 신청서 제출 날짜를 확립할 것입니다.
- 귀하가 SNAP 수급 가능자임을 확인하려면 인터뷰 하기 및 신청서/재인증 7 페이지에 있는 인증 내역에 서명하는 것을 포함해 신청 프로세스를 완료해야 합니다. 수급 가능자로 판명되는 경우 신청한 날로 거슬러 올라가 수당이 지급됩니다.
- 귀하 또는 귀하 가구의 다른 구성원이 비자 상태 때문에 수당을 받을 자격이 없는 경우에도 귀하는 자격을 갖춘 가구 구성원을 위해 SNAP 을 신청하고 받을 수 있습니다. 예를 들어, 무자격 비시민권자 부모이더라도 자녀를 위해 SNAP 를 신청할 수 있으며 적격 자녀에 대한 수당을 받을 수 있습니다.
- 본인의 임시 지원 시한에 도달한 경우에도 SNAP 을 신청할 수 있으며 자격이 있을 수 있습니다.

SNAP 을 재인증하는 경우

- 인터뷰하기 전 서명한 재인증 신청서를 제출해야 합니다.
- 인터뷰에 불참하는 경우 사회복지 서비스 사무소에 연락하여 일정을 다시 잡는 것은 귀하의 책임입니다.

SNAP 수당이 당장 필요합니까? 다음의 경우 SNAP 신청서가 신속하게 처리될 수 있습니다.

귀하의 가구에 소득이나 현금성 재산이 전혀 또는 거의 없는 경우, 또는 귀하의 임차료와 유틸리티 경비가 귀하의 소득 및 현금성 재산보다 많은 경우, 또는 귀하가 신청할 때 소득이나 재산이 전혀 또는 거의 없는 이주 또는 계절 농장근로자인 경우, 귀하는 신청일로부터 7 역일 이내에 SNAP 수당 수령 자격을 받을 수 있습니다. 기관 거주자가 기관을 떠나기 전 SSI 및 SNAP 를 공동으로 신청할 경우, 해당 신청서의 기록 출원일은 신청자가 기관에서 떠나는 날짜가 됩니다.

SNAP 신청 장소

뉴욕시 외곽에 거주하는 경우 myBenefits.ny.gov 에서 신청할 수 있으며, 또는 현재 거주하는 카운티의 사회보장서비스 지역사무소로 전화하거나 방문하셔서 신청 패키지를 요청하시면 됩니다. 이 신청 패키지는 우편 또는 해당 사무소에서 수령할 수 있습니다. 거주 카운티 사회복지사무소 주소와 전화번호는 수신자 부담 전화 1-800-342-3009 로 전화하면 얻을 수 있습니다.

뉴욕시에 거주하면서 임시 지원 신청도 하지 않은 경우에는 <https://www.nyc.gov/hra> 에서 온라인으로 신청하거나, 아무 SNAP 사무소에 전화하거나 방문하여 신청서 패키지를 요청할 수 있습니다. 주소와 전화번호는 1-718-557-1399 번으로 전화하거나 또는 수신자 부담 전화 1-800-342-3009 번으로 전화하여 확인할 수 있습니다.

SNAP 인터뷰는 일반적으로 전화 상으로 진행됩니다. 사무소에서 인터뷰하는 것을 선호하는 경우 해당 사회복지 서비스 사무소에 요청해야 합니다.

차별 금지 고지문 – 미국 농무부(U.S. Department of Agriculture, 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 양갈음이나 보복 행위를 하는 것이 금지됩니다.

이 밖에도, 프로그램 정보는 영어 외에 다른 언어로도 제공됩니다. 장애인으로서 프로그램 정보를 얻기 위해 대체 커뮤니케이션 대체 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(Federal Relay Service) (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) 620-1071 로 전화하시거나 USDA 로 서신을 보내어 구할 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 또는
- (2) 팩스: (833) 256-1665 또는 (202) 690-7442 또는
- (3) 우편: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

본 기관은 평등한 기회를 제공하는 기관입니다.

뉴욕주 임시장애인지원국

SNAP 신청서/재인증서

신청일	면접일	센터/사무소	부서	담당자	케이스 타입	케이스 번호	등록 번호	버전	☐ 신청하십시오 ☐ 재인증	언어
-----	-----	--------	----	-----	--------	--------	-------	----	--	----

법적 이름: _____ 전화번호: _____ 본인에게 연락할 수 있는 다른 전화번호: _____

거주지 주소: _____ Apt.# _____ City _____, 뉴욕 우편번호 1

우편주소(다를 경우) _____ Apt.# _____ City _____, 뉴욕 우편번호 1

기타 이름: _____ 귀하께서는: ☐ 신청하고 있습니까? **아니면** ☐ 재인증하고 있습니까? 귀하는 통지를 받고 싶은 언어는: ☐ 스페인어 **및** 영어 **또는** ☐ 영어 **전용**

신청서에 최소한 귀하의 이름, 주소(있을 경우), 이 상자에 서명이 기재된 경우, 우리는 귀하의 신청서를 받아야 합니다.

신청자/대리인 서명

2

서명일

그들이 신청하지 않는 경우에도 귀하와 함께 살고 있는 사람을 모두 기재하십시오. 본인을 먼저 기재하십시오.

L N	이름	중간 이름 이니셜	성	신청인의 사회보장 번호(Social Security Number, SSN) (없는 경우, "NONE"으로 기입)	생년월일	혼인 상태	성별 남성, 여성 또는 X	이 사람이 신청하고 있습니까?		귀하와의 관계	이 사람과 식품을 구입 및/또는 조리합니까?		히스패닉 또는 라티노?		각 인종에 대해 Y(예) 또는 N(아니오)을 기입하십시오* (코드는 아래 설명되어 있음)					
								예	아니요		예	아니요	예	아니요	I	A	B	P	W	
1								✓		본인	✓									
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

*인종/민족 코드: **I** - 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민, **A** - 아시아인, **B** - 흑인 또는 아프리카계 미국인, **P** - 하와이 원주민 또는 태평양 섬 출신, **W** - 백인
본 정보 제공은 자발적인 사항으로. 신청자의 적격 여부나 수혜를 받는 수준에 아무런 영향을 미치지 않습니다. 본 정보는 본 프로그램 수당이 인종, 피부색 또는 출신국과
상관 없이 제공되도록 하기 위해서 요구하는 것입니다.

귀하 그리고 귀하와 함께 살고 있는 모든 사람이 미국 시민권자입니까? ☐ 예 ☐ 아니오 "아니오"일 경우, 누가 시민권자가 아십니까? _____

귀하 또는 귀하 가구의 누군가가 다른 곳에서 SNAP 또는 임시지원을 신청하거나 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 누군가가 퇴역군인입니까? ☐ 예 ☐ 아니오 있다면 누구입니까? _____

귀하 또는 누군가가 약물 또는 알코올 치료 센터, 주 인증 집단 거주 시설 또는 주 인증 감독/후원 아파트에서 살고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

귀하가 영양보충지원 프로그램 (SNAP)을 위해 재인증하고 있는 경우, 귀하의 마지막 신청 또는 재인증 후에 바뀐 것 (예: 이사, 출산, 누군가가 귀하의 가구로 전입 또는
전출)을 9 페이지에 기재하십시오.

더 많은 입력란이 필요하거나 우리에게 필요할지도 모른다고 생각되는 기타 정보가 있으면 9 페이지를 이용해도 됩니다.

3 페이지로 이동

소득

귀하의 소득 및 함께 사는 모든 사람의 소득을 모두 기입하십시오. 소득에는 임금, 자영업 소득에서 자영업 비용을 뺀 소득 (예: 베이비시터, 청소, 입주자 또는 하숙인으로부터의 수입) 아동 양육비, 연금, 퇴역군인 급여, 장애, 사회보장 또는 생활 보조금 (SSI), 임차료 또는 식품을 위한 보조금 또는 장학금, 임시 지원 및 친구 또는 친척으로부터의 수입이 포함되지만 이에 국한되는 것은 아닙니다.

소득을 받는 분의 성함	소득원	월 근로 시간	소득을 받는 빈도? (예: 주 1 회, 2 주 1 회, 월 1 회)	공제 전 받는 총액

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 취업 또는 교육 관련 아동/피부양인 부양 비용을 갖고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 있다면 누구입니까 _____

지급액 \$ _____. 지급 빈도 (예: 주 1 회, 월 1 회) _____.

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 근로 시간 또는 소득의 감소를 포함하여 지난 30 일 동안에 직장을 변경 또는 중단하였거나 어떤 형식의 소득이 줄었습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 아직 받지 않은 잠재적 수입을 갖고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 "예"일 경우, 9 페이지에서 설명하십시오.

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 누군가가 파업에 참가하고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 있다면 누구입니까 _____.

18 세 생일에 귀하 또는 귀하와 동거 중인 사람이 위탁 보호를 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

귀하는 기숙사 생활을 하는 사람, 수양자녀, 또는 수양 성인입니까? 아니면 이런 사람과 함께 거주하고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

"예"일 경우, 기숙사 생활자인 경우 B 에 표시하고 수양 상태인 경우 F 에 표시한 후 그들의 이름을 기입하십시오. ☐ B ☐ F 이름: _____

자산

재산은 SNAP 을 신청하는 대부분 가구의 적격성에 영향을 미치지 않습니다. 단, 어떤 재산 정보는 귀하가 신청서 신속 처리를 받을 자격이 있는지를 판단하는 데 이용됩니다.

귀댁에 거주하는 사람들은 모두 얼마나 많은 돈을 갖고 있습니까? (예를 들어, 귀하 본인에게, 귀하의 가정에, 공동 보유 계좌를 포함하여 당좌 및 저축 계좌 또는 다른 장소에) \$ _____ 귀속 _____.

기타 금융 자산? (예를 들어, 주식, 채권, 퇴직 예금 계좌, 저축 채권, 뮤추얼 펀드, IRA, 신탁기금, 시장 금리 연동제 예금) ☐ 예 ☐ 아니요

"예"일 경우, 금액 \$ _____ 형식 _____ 소유자 _____.

귀하 또는 귀하 가구의 사람이 몇 대의 승용차, 트럭 또는 기타 차량을 갖고 있습니까?

#1 연식 _____ 제조사 _____ 모델 _____ 소유자 _____

#2 연식 _____ 제조사 _____ 모델 _____ 소유자 _____

귀하 또는 신청자가 귀하 자신의 주택을 포함하여 부동산을 소유하고 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니요 "예"일 경우, 기입하십시오 부동산 _____ 소유자 _____

신청자가 SNAP 자격을 얻기 위해 지난 3 개월 이내에 현금 또는 부동산을 매각, 기부 또는 양도한 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

5

6

교육/훈련 및 언어

본인을 포함하여 가구 내 만 16 세 이상 신청자 각자의 이름을 입력합니다. 아래에 표시된 교육 및 훈련 코드를 사용하여 각 사람에 대해 '최종 학력' 섹션의 상자에 'X'를 표시합니다. 한 사람당 하나의 상자만 선택합니다. 한 사람의 '0' 열에 'X'를 입력한 경우(고등학교 졸업장 또는 고등학교 졸업장과 동등한 수준의 졸업장이 없음을 나타냄), '고등 교육 이수 학년' 상자에 고등 교육 이수 학년을 입력합니다(예: 10 학년인 경우 '고등 교육 이수 학년' 상자에 '9'를 입력). 고등학교에 재학 중이거나 고등학교 동등 학력 인정 졸업장을 취득한 경우 '0' 열에 체크하지 않은 경우 '고등학교 졸업 완료' 상자를 비워 둡니다.

또한, SNAP 가구에 속한 16 세 이상의 각 개인이 사용하는 기본 언어를 알려주십시오. 기본 언어는 개인이 가장 자주 사용하는 언어입니다.

성명 (이름 및 성)	최종 학력* (코드는 아래 설명되어 있음)							고등 교육 이수 학년 (다음 정보 참조)	개인이 기본적으로 사용하는 언어는 무엇인가요?
	0	1	2	3	4	5	8		
									7

* 교육 및 훈련 코드: **0** - 고교 졸업장 또는 그에 해당하는 학위 미만, **1** - 고등학교 졸업 또는 고등학교 동등 학위, **2** - 준회원 학위 (2 년제 대학 학위), **3** - 학사 학위 (4 년제 대학 학위), **4** - 대학원 학위 (석사 이상), **5** - 개별화 교육 계획 (Individualized Education Plan, IEP) 수료, **8** - 알 수 없음

참고: 최종 학력, 고등 교육 이수 학년 및 모국어에 관한 정보 제공은 자발적인 것입니다. 신청자의 적격 여부나 수혜를 받는 수준에 아무런 영향을 미치지 않습니다. 이 정보가 필요한 이유는 연방보고 요구 사항을 충족시키기 위해서입니다.

주거 형태 및 경비

귀하 가구에 해당되는 모든 사항을 표시하십시오:

☐ 자택 소유 또는 집을 위해 지불 ☐ 임대 ☐ 이주/계절 농장 노동자 ☐ 영구 주거지 없음 ☐ 친척 또는 친구와 동거

경비를 열거하십시오:

월 임대료 또는 모기지 지급액 \$ _____ 연간 주택 관련 세금 \$ _____ 연간 주택 관련 보험금 \$ _____.

난방비 별도 지불? ☐ 예 ☐ 아니오

"예"일 경우, 난방 유형을 명시하십시오: ☐ 가스 ☐ 전기 ☐ 석 ☐ 목재 ☐ 석탄 ☐ 프로판 ☐ 기타 (기입하십시오) _____

난방회사 이름 _____ 난방회사 계좌 번호 _____

난방 비용을 전기료에 포함하여 또는 별도로 지불합니까? ☐ 예 ☐ 아니오

유틸리티 비용을 별도로 지불합니까 (난방/냉방 이외)? ☐ 예 ☐ 아니오 (예: 조명, 조리 가스, 음식물 쓰레기/쓰레기, 수도, 초기 유틸리티 설치).

다른 사람이 귀하를 대신하여 이러한 경비를 지불합니까(일부 예는 섹션 8 또는 기타 보조금 프로그램입니다)?

☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우, 누가 무엇을 지불합니까? _____

귀하 또는 법적으로 의무가 있는 자녀 양육비를 지불하며 함께 살고 있는 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 있다면 누구입니까 _____

양육비 지급 대상 아동(들)의 성명 _____

지급액 \$ _____ 지급 빈도 (예를 들어: 주별, 격주별, 월별) _____

귀하 및/또는 귀하와 함께 살고 있는 누군가가 장애인 또는 60 세 이상입니까? ☐ 예 ☐ 아니오 있다면 누구입니까 _____

그렇다면 그런 사람에게 의료비 청구서가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우, 무엇을 위한 청구서인지, 금액이 얼마인지와 지불할 책임이 있는 사람을 9 페이지에 기입하십시오.

동거 형태 및 생활비 (계속)

귀하 및/또는 귀하와 함께 살고 있는 누군가가 재산 공제 메디케이드 (Medicaid) 프로그램 (spenddown)의 대상입니까?

☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우, 누가 _____ 금액 \$ _____

귀하 또는 귀하와 함께 사는 사람(16 세 또는 17 세)이 학교 또는 교육 프로그램에 등록되어 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오 "예"일 경우, 누가 _____ 학교/교육 프로그램 이름 _____

귀하 또는 귀하와 동거하는 사람(18 세 - 49 세 사이)이 학교에 재학 중이거나 교육 프로그램(고등학교 이상)을 이수하고 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오 있다면 누구입니까? _____

학교/교육 프로그램 이름 _____ 풀타임 (Full Time, FT) ☐ 예 ☐ 아니오 소득 ☐ 예 ☐ 아니오 지출 ☐ 예 ☐ 아니오

16 세 이상의 가구원 (신청자 포함)중에 어른이 있는 경우 누구:

임신부입니까? ☐ 예 ☐ 아니오 있다면 누구입니까? _____

자신의 일하는 능력이나 수행할 수 있는 일의 유형이 제한받을만큼 건강상의 문제가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 있다면 누구입니까? _____

8

본 질문에 답하십시오:

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 보호관찰 또는 가석방 상태를 위반한 사람이거나 중죄 혐의로 처벌, 구금 또는 감금을 피해 도망 중이고, 사법기관의 추적을 받고 있는 중입니까? ☐ 예 ☐ 아니오 있다면 누구입니까? _____

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 법원에 따른 보호관찰 또는 가석방을 위반하고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 있다면 누구입니까? _____

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 사기 또는 고의적 프로그램 위반 때문에 SNAP 수령 자격을 박탈 당한 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오 있다면 누구입니까? _____

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 1996 년 9 월 22 일 이후 화기, 탄약 또는 폭발물, 또는 약물을 얻기 위해 SNAP 수당을 거래한 혐의로 기소된 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오 있다면 누구입니까? _____

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 1996 년 9 월 22 일 이후 합계 금액 500 달러를 얻기 위해 SNAP 수당을 구입 또는 판매한 혐의로 기소된 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오 있다면 누구입니까? _____

귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 사람이 1996 년 9 월 22 일 이후 어느 주에서 부정하게 SNAP 수당을 중복 수령한 혐의로 기소된 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

있다면 누구입니까? _____

더 많은 입력란이 필요하거나 우리에게 필요할지도 모른다고 생각되는 기타 정보가 있으면 9 페이지를 이용해도 됩니다.

아래의 중요 정보를 읽어보십시오

SNAP 처벌 경고 - SNAP 신청과 관련하여 귀하가 제공하는 정보는 연방, 주 및 지역 관리의 확인을 받습니다. 정보가 부정확한 경우, 영양보충지원 프로그램(SNAP) 제공이 거부될 수 있습니다. 귀하가 수당의 수령 자격이나 금액에 영향을 미치는 부정확한 정보를 고의로 제공하는 경우, 형사 처벌을 받게 될 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.

영양보충지원 프로그램(SNAP) 가구 구성원이 고의적 프로그램 위반행위(Intentional Program Violation, IPV)를 저지른 것으로 판명된 경우, 해당 구성원은 다음 기간 동안 영양보충지원 프로그램(SNAP) 수당을 받을 수 없습니다:

- 첫 번째 SNAP-IPV의 경우 12 개월.
- 두 번째 SNAP-IPV의 경우 24 개월.
- 금지 약물 판매가 연루된 거래에서 개인이 SNAP 수당을 사용하거나 받은 법원 판결 시 첫 번째 SNAP-IPV의 경우 24 개월. (불법 약물 또는 의사의 처방전이 필요한 특정 약물)
- 세 번째 IPV로 자격을 영구 박탈당하지 않는 한 여러 SNAP 수당을 동시에 수령하기 위해 본인의 신원과 거주지에 대해 허위 진술하여 유죄가 밝혀진 경우 120 개월. 아울러, 법원은 추가로 18 개월 동안 특정 개인의 영양보충지원 프로그램(SNAP) 참여를 금지시킬 수 있습니다.

9

아래의 중요 정보를 숙독하십시오 (계속)

다음 사유로 인한 개인의 영구적 자격 상실:

- 소형화기, 탄약 또는 폭발물 판매와 연관된 거래에서 **SNAP** 수당을 이용하거나 수령했음이 법원 판결로 인정된 사실에 기초하는 **첫 번째** 고의적 **SNAP** 위반 행위.
- **합계 500 달러 이상의 SNAP 수당 밀거래**로 법원 유죄판결을 받은 사실에 기초하는 **첫 번째** 고의적 **SNAP** 위반 행위(밀거래에는 **SNAP** 공인 카드 또는 액세스 기기의 불법적인 사용, 양도, 취득, 변경 또는 소지가 포함됨)
- 금지 약물 판매가 연루된 거래에서 개인이 **SNAP** 수당을 사용하거나 받은 법원 판결에 기초한 **두 번째 SNAP-IPV**. (불법 약물 또는 의사의 처방전이 필요한 특정 약물)
- 모든 **세 번째 SNAP-IPV** 고의적인 프로그램 위반.

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 달러**까지의 벌금이나 **최장 20 년**까지의 구금, 또는 양자 모두에 처해질 수 있습니다. 개인은 적용되는 연방법과 주법에 따라 기소될 수도 있습니다.

다음에 해당하는 경우, 영양보충지원 프로그램(**SNAP**) 부적격자로 판정되거나 고의적 프로그램 위반행위(**IPV**)를 범한 것으로 판정받을 수 있습니다.

- 수당을 받을 자격을 갖추거나 더 많은 수당을 받기 위해서 허위 또는 오도하는 진술을 하거나, 거짓 정보를 제공하거나, 사실을 은폐 또는 철회하는 경우
- 예치액에 대해서 의도적으로 제품을 폐기하고 용기를 반환함으로써 현금을 얻으려는 의도를 가지고 **SNAP** 수당으로 제품을 구매하는 경우
- 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

또한 다음 행위는 허용되지 않으며, 다음이 포함된 행위를 하는 경우에는 **SNAP** 수당을 받을 자격을 박탈 당하고, 처벌을 받을 수 있습니다.

- 본인의 것이 아닌 **EBT** 카드를 카드 소유자의 동의 없이 사용하거나 소지할 경우
- 주류나 담배 등 비식품 품목을 구입하기 위해서, 또는 이전에 외상으로 구입한 식품 금액을 결제하기 위해서 **SNAP** 수당을 사용하는 경우
- 현금, 화기, 탄약, 폭발물 또는 약물을 얻기 위해 또는 **SNAP** 가구원이 아닌 사람을 위해 식품을 구매하기 위해 타인에게 **EBT** 카드 사용을 허용하는 경우.

실제 받아야 하는 영양보충지원 프로그램(**SNAP**) 수당을 초과하여 받는 경우(초과 지급액), 이를 반드시 상환해야 합니다. 귀하의 케이스가 진행되고 있는 경우, 향후 영양보충지원 프로그램(**SNAP**) 수당에서 초과 지급 액수가 공제됩니다. 귀하의 케이스가 폐쇄된 경우 귀하의 계좌에 남아 있는 미 사용 **SNAP** 수당을 통해 초과 지급금을 상환할 수 있으며, 또는 현금으로 지급할 수 있습니다.

상환 받지 않은 초과지급금은 연방정부의 자동 수금을 포함해 수금 대상으로 회부됩니다. 귀하가 받을 수 있는 연방 수당(사회 보장(Social Security) 수당 등)과 세금 환급금에서 초과 지급액이 공제될 수 있습니다. 이 채무에는 처리 수수료가 부과될 수도 있습니다.

귀하의 전자수당이체(**EBT**) 계좌에서 공제된 영양보충지원 프로그램(**SNAP**) 수당이 있다면 현 초과 지급액 차감 시 사용됩니다. 초과 지급액을 반환하지 않고 영양보충지원 프로그램(**SNAP**)를 다시 신청하는 경우, 수당을 다시 받게 되면 수령하는 영양보충지원 프로그램(**SNAP**) 수당이 줄어든 것입니다. 수령하는 수당이 감소되면 그 액수를 통보 받게 됩니다.

동의 - 본인은 이 신청서에 서명함으로써 뉴욕주 임시 및 장애 지원국 또는 사회보장서비스 지역사무소가 본인이 제공한 정보를 확인하기 위해 조사를 실시하거나, **SNAP** 수당 요청과 관련하여 조사를 실시하는 것에 대해 동의합니다. 추가 정보가 요구될 경우 본인은 이를 제공할 것입니다. 본인은 또한 **SNAP** 질 관리 평가를 할 때 뉴욕주 및 연방 담당자에게 협조할 것입니다.

본인은 이 신청서/증명서에 서명함으로써, 가정용 에너지 지원 프로그램(**Home Energy Assistance Program, HEAP**) 수당에 대한 이번 요청 및 그 밖의 요청과 관련해서, 본인이 제공한 정보를 검증 또는 확인하기 위한 조사 및 권한 있는 정부 기관에 의한 기타 조사에 동의합니다. 본인은 또한 이 신청서에 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 또한 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, 임시 및 장애 지원국, 사회보장서비스 지역사무소 (**Social Services District**) 및 연방 보건복지부 (**United States Department of Health and Human Services**)에 본인의 연간 전력 사용, 전기료, 연료 소비, 연료 유형, 연간 연료비, 결제 이력을 제공하는 것이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.

비공개 실업 보험(UI) 정보의 공개에 대한 동의 - 본인은 뉴욕주 노동부(**Department of Labor, DOL**)가 UI 용도로 보관하는 비공개 정보를 뉴욕주 임시장애지원국(**OTDA**)에 공개하는 것을 허락합니다. 해당 정보에는 실업보험(**UI**) 보험료 청구 및 임금 기록이 포함됩니다. 본인은 임시 및 장애 지원국 (**OTDA**)이 사회보장서비스 지역사무소 (**local social services district offices**)에 근무하는 주 및 지역 기관 직원들과 함께 UI 정보를 이용하여 이 신청서로 신청된 영양보충지원 프로그램 (**SNAP**)에 대한 적격성 및 금액을 판단 또는 확인하고 본인이 자격이 없는 급여를 받았는지를 판단하기 위한 조사를 할 것임을 이해합니다.

아래의 중요 정보를 숙독하십시오 (계속)

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, HRA)/사회보장서비스부(Department of Social Services)와 공유하여 귀하 및 가구가 보충 영양 지원 프로그램(SNAP) 및/또는 임대료 지원을 포함하는 HRA 현금 지원 등을 신청할 수 있도록 돕습니다.

귀하가 본 신청서에 서명하는 경우, NYCHA는 귀하의 이름, 주소, 생년월일, 임대료 및 공과금 납부 정보(예: 월 임대료, 임대료 납부 내역, 임대료 잔액, 가전제품 요금)를 포함하여 귀하의 자격, 수준 및/또는 현금 지원 혜택과 관련된 정보를 HRA와 공유할 수 있습니다. 아래 신청서에 서명함으로써 귀하는 본 신청서에 포함된 미성년 자녀를 대신해 기관에 동의를 표시할 수 있고, 이에 따라 NYCHA는 자녀의 이름, 주소, 생년월일 등을 HRA와 공유할 수 있는 권한을 가집니다.

HRA는 NYCHA가 공유하는 모든 정보를 기밀로 처리하며, HRA의 SNAP 및 현금 지원 프로그램을 감독하는 지방, 주, 연방 기관에 한하여 정보를 공유합니다.

교육 기록 공개 - 본인은 뉴욕주 사회보장서비스 지역사무소가 다음 목적으로 본인 및/또한 미성년자 자녀의 교육 기록에 접근할 수 있도록 동의합니다. 1) SNAP 자격 확인 2) 자격 확인 과정의 일환으로 제공된 상충하는 정보를 확인하기 위해 검토 및 조사 시행 3) 감사를 위한 목적으로 적절한 연방정부기관이 이러한 정보를 열람.

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 지원 또는 영양보충지원 프로그램 수당에 관한 정보를 공유하는 것을 허락합니다. 이러한 서비스에는 본인 또는 본인의 가구 구성원이 고용 관계를 얻거나 유지하도록 돕기 위해서 제공되는 일자리 배정 또는 훈련 서비스가 포함될 수 있지만, 이에 한정되지는 않습니다.

SUA(표준 유틸리티 보조비) 정보 - 본인은 SNAP 수령자는 당연히 주택 에너지 지원 프로그램(HEAP)에 가입할 수 있는 소득 수준임을 이해합니다. 본인이 이번 달 또는 이전 12개월 동안 20달러 이상의 가정용 에너지 지원 프로그램(HEAP) 수당 또는 기타 이와 유사한 에너지 지원 프로그램 수당을 수령하지 않았다면 본인은 표준 유틸리티 보조금(Standard Utility Allowance) 수령을 위해 난방비, 에어컨 사용비 또는 유틸리티 비용을 따로 지급해야 합니다.

변경사항 - 본인은 본인의 필요사항, 소득, 부동산, 동거 형태, 노동 시간이 한 달에 80 시간 미만으로 내려갈 경우를 포함한 피부양자가 없는 신체 건강한 성인 (able-bodied adults without dependents, ABAWD) 상태, 임신 상태 또는 주소를 본인의 신고 의무에 따라 본인이 알고 있고 믿고 있는 한도 내에서 최대한 **신속하게** 기관에 알릴 것에 동의합니다.

가구 경비 신고/증명 요건 - 본인은 본인 가구가 이러한 경비에 대한 SNAP 공제를 받기 위해서는 아동 양육 및 유틸리티 경비를 신고해야 함을 이해합니다. 또한 이러한 비용에 대해영양보충지원 프로그램(SNAP) 공제를 받으려면 비가구 구성원에게 지불하는 임대료/모기지 상환액, 재산세, 보험, 의료비 및 자녀 양육비를 반드시 신고 및 증명해야 함을 이해합니다. 위의 비용들을 신고/증명하지 않는 경우, 본인의 가구는 신고하지 않거나 증명되지 않은 비용에 대한 공제를 받을 의사가 없다는 것으로 간주됨을 이해합니다. 이러한 비용에 대한 공제로 본인이 영양보충지원 프로그램(SNAP) 자격을 갖게 되거나 영양보충지원 프로그램(SNAP) 수당이 증가할 수 있습니다. 본인은 향후 언제든지 이러한 비용을 신고/증명할 수 있음을 이해합니다. 이러한 공제는 변동 사항 신고에 대한 규정에 따라 향후의 영양보충지원 프로그램(SNAP) 산정에 적용될 것입니다.

영양보충지원 프로그램(SNAP) 신청 과정에서 본인은 사회보장서비스 지역사무소가 본인의 해당 프로그램 신청에 대해 조사하기 위해 소득 및 자격 검증 시스템(Eligibility Verification System)을 통해서 제공되는 정보를 요청하고 사용하고, 내용과 일치하지 않는 것이 발견될 경우 부차적인 연락망을 통해 본 정보를 검증할 수 있다는 것을 이해합니다. 또한 이러한 정보가 본인이 수령하는 영양보충지원 프로그램(SNAP)의 자격 여부 및/또는 영양보충지원 프로그램(SNAP) 수당의 수준에 영향을 줄 수 있다는 점도 알고 있습니다.

개인정보 보호법 (PRIVACY ACT) 진술 - 사회보장번호(SSN)의 수집 및 사용 - 2008년 식품영양법 (Food and Nutrition Act of 2008)에 따라 영양보충지원 프로그램 (SNAP)과 관련하여 각 가구 구성원에 대한 사회보장번호 (SSN)의 수집이 승인됩니다. 우리가 수집하는 이 정보는 귀하의 가구가 지원 또는 혜택을 계속 받을 자격이 되는지 여부를 결정하는데 사용될 것입니다. 본 정보는 컴퓨터 대조 프로그램을 통해 확인될 것입니다. 또한 본 정보는 프로그램 규정에 대한 준수 여부를 감시하고 프로그램을 관리하는 데 사용될 것입니다. 이 정보는 공식적인 조사를 위해 주 정부 및 연방 기관에 공개되고 법을 피해 도주한 범법자들을 체포하기 위한 목적으로 사법 당국에 공개될 수 있습니다. 이 정보는 신원을 확인하고, 근로소득과 불로소득을 확인하기 위해 사용될 것입니다.

귀 가구를 상대로 SNAP 청구 문제가 제기될 경우 모든 SSN를 포함해 본 신청서에 기입된 정보는 연방기관 및 주정부기관에 회부될 수 있으며, 청구금 징수 조치 시 민간 청구금 회수 기관에 회부될 수 있습니다. SNAP를 신청하는 사람은 SSN를 제출해야 합니다. SNAP수령 부적격자의 SSN도 위와 같은 방식으로 사용 및 공개됩니다. 귀하 또는 신청/재인증을 하는 사람이 SSN가 없다면 사회보장부(SSA.gov)에 SSN를 신청해야 합니다.

뉴욕주는 이런 식으로 본 기관에 제공한 정보를 사용하는 것 외에 본 정보를 이용하여 HEAP을 통해 수당을 받는 모든 사람들에게 대한 통계를 내기도 합니다. 이 정보는 각 지역이 업무 수행을 제대로 하도록 하려는 뉴욕주의 업무품질 관리 목적으로 사용됩니다. 귀하의 에너지 공급업체를 확인하고 이들에게 소정의 지급을 하기 위해 사용되기도 합니다.

아래의 중요 정보를 숙독하십시오 (계속)

시민권/이민 지위 – 본인은 위증시 처벌되는 조건으로 본인 및 본인과 함께 거주하는 사람들의 시민권 및 이민 상태에 대해 제공한 정보가 진실되고 올바름을 서약 및/또는 확인합니다. 본인은 SNAP 을 신청하는 사람의 비자 상태를 확인하기 위해 본인이 제공하는 정보의 진실성이 미국 이민국에서 확인될 수 있음을 이해합니다.

SNAP 의 경우, 의심스러운 경우에만 시민권을 증빙해야 합니다.

수권 대리인 – 귀하는 귀하 가구의 상황을 알고 있는 사람에게 귀하를 대신해 SNAP 을 신청할 권한을 부여할 수 있습니다. 가구 구성원이 아닌 사람이 수권 대표자로서 EBT 카드를 받아 식료품을 구입하도록 권한을 부여할 수 있습니다. 타인에게 권한을 부여하려면 서면으로 해야 합니다. 귀하는 아래에 그 사람의 성명, 주소와 전화번호를 정자로 써서 그렇게 할 수 있습니다. 법적 대리인 (Authorized Representative)이 어떤 시설에 거주하지 않는 영양보충지원 프로그램 (SNAP) 가구를 대신해 영양보충지원 프로그램 (SNAP)을 신청하는 경우 법적 대리인 (Authorized Representative)이 해당 가구에 의해 서면으로 달리 지정되어 있지 않는 한 해당 법적 대리인 (Authorized Representative)과 영양보충지원 프로그램 (SNAP) 가구의 책임 있는 성인 양쪽 모두 본 페이지 하단의 서명란에 반드시 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.

타인에게 권한을 부여하기 원하는 경우, 아래에 그 사람의 성명, 주소와 전화번호를 정자로 쓰고 서명하십시오.

이름 _____ 주소 _____ 전화 _____

☐ 수권 대리인이 식료품을 구매할 수 있는 EBT 카드를 발급받기를 원할 경우 이 박스에 체크하십시오.

승인: 본인은 상기 고지를 읽고 이해했습니다. 본인은 상기 양도증, 승인서, 동의서를 이해하고 동의합니다. 본인은 위증 시 처벌 받을 것을 각오하고 본인이 현지 사회복지사무소에 제공했거나 제공할 정보가 정확하다는 점을 맹세하고 확인합니다. 신청 절차를 완료하려면 아래에 서명을 해야 합니다.

신청자 서명(또는 책임 있는 가구원)	서명일
X	
법적 대리인 서명	서명일
X	

귀하가 타인을 위해 이 신청서/재인증서 작성을 도왔다면 여기에 귀하의 성명과 주소를 정자로 기입하십시오. 귀하는 전화번호도 자발적으로 정자로 기입할 수 있습니다.

이름 _____ 주소 _____ 전화 _____

추가 정보가 있으면 이 난을 사용하십시오:

사람: _____ 설명:

사람: _____ 설명:

사람: _____ 설명:

12

본인은 본인의 신청/재인증을 철회하는 데 동의합니다. 본인은 언제든지 재신청할 수 있음을 알고 있습니다.

서명

13

날짜

기관 사용란

적격성 결정자 _____ 일자 _____

적격성 정보를 입수한 사람의 서명: _____ 일자 _____

사유 ____/____/____ ☐ 철회 ☐ 거부 ☐ 재인증. 종료

적격성 승인자 _____ 일자 _____

SNAP 승인 기간: _____ 부터 _____ 까지

☐ 대면 인터뷰

☐ 전화 인터뷰

코멘트:



뉴욕주 기관용 유권자 등록 신청서

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

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

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

서명 _____ 날짜 _____

이름을 정자체로 기재 _____

중요 사항!

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

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

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

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

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

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 লস্বরে ফোন করুন

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? ☐ 예 ☐ 아니요 만일 대답을 아니요라고 하셨다면 이 신청서를 작성하지 마십시오		2	A) 선거일 전이나 선거 당일에만 18세가 됩니까? ☐ 예 ☐ 아니요 B) 16세 이상이고, 투표일 당일 또는 그 이전에 18세 이상이어야 하며, 그러한 투표 시점에 18세가 될 때까지 등록이 “진행 중”이라고 표시되어 있으면 어떤 투표도 행사할 수 없게 된다는 사실을 알고 계십니까? ☐ 예 ☐ 아니요 앞의 두 개 질문에 모두 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/빌리지	우편번호	카운티
5	우편물 수취 주소(위와 다를 경우)		우편 사서함, Star Route 등		우체국	우편번호	
6	생년월일	7	성별(선택 사항)	8	전화(선택 사항)	이메일(선택 사항)	
10	마지막으로 투표한 연도		당시 주소(주택 번지, 도로명, 도시명 기재)		9	신분증 번호 (해당 항목에 표시하고 번호를 기재) ☐ 뉴욕주 DMV 번호 — — — — — ☐ 사회 보장 번호(Social Security Number) 마지막 4자리 — — — — ☐ 뉴욕주 DMV 번호 또는 사회 보장 번호 없음	
	투표 카운티/주		투표 시 사용한 이름(현재 이름과 다를 경우)			12	
11	정당 정당 가입을 희망합니다 ☐ 민주당(Democratic party) ☐ 공화당(Republican party) ☐ 보수당(Conservative party) ☐ 근로가족당(Working Families party) ☐ 기타 _____ 어떤 정당에도 가입하고 싶지 않고 독립된 유권자가 되고 싶습니다 ☐ 미가입				선서: 본인은 다음의 사실을 맹세 또는 단언합니다 • 본인은 미국 시민입니다. • 본인은 선거일 이전에 최소 30일 동안 해당 카운티, 도시, 빌리지에 거주할 예정입니다. • 본인은 뉴욕주 유권자 등록 요건을 모두 충족합니다. • 아래의 서명 또는 표시는 본인의 서명 또는 표시입니다. • 상기 정보는 사실입니다. 본인은 상기 정보가 사실이 아닐 경우 유죄 판결을 받을 수 있고 \$5,000의 벌금형 및/또는 최고 4년간의 징역형에 처해질 수 있음을 이해합니다.		
					인크로 서명 또는 표시 _____ 날짜 _____		

(선택 사항) 장기 및 조직 기증 등록

성		
이름	미들 이니셜	호칭
주소		
아파트 호수	도시/타운/빌리지	우편번호
생년월일	성별 ☐ 남 ☐ 여	
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.
- 선관위가 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, 뉴욕주의 허가를 받은 조직 및 안구 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

귀하의 등록 결정 의사는 기밀 사항으로 취급되며 유권자 등록 목적으로만 사용됩니다. 유권자 등록을 하지 않기로 결정한 개인 및/또는 본 신청서가 제출된 사무실에 관련된 정보는 기밀 사항이며 유권자 등록 목적으로만 사용됩니다.

신원 확인 절차

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

DMV 또는 사회 보장 번호가 없다면 사진이 부착된 유효한 신분증, 가장 최근의 공과금 고지서, 은행 입출금 내역서, 급여 지불 수표, 정부 발행 수표 또는 본인의 이름과 주소가 기재된 기타 정부 발행 문서를 통한 신원 확인이 가능합니다. 위에 해당하는 신분증의 사본을 본 신청서에 동봉해 접수할 수 있습니다.

선거일 전에 귀하의 신원을 확인할 수 없는 경우, 처음 투표 시 신분증 제시를 요청받게 됩니다.

신청서 작성 시 주의 사항:

선거관리위원회에 거짓된 정보를 제공하거나 허위로 유권자 등록을 진행하는 행위는 범죄 행위입니다.

9번 항목: 반드시 하나를 선택해야 합니다. 궁금한 점이 있으면 위에 명시된 신원 확인 절차를 참고하십시오.

10번 항목: 전에 한 번도 투표한 적이 없으면 “없음(None)”이라고 기재하고, 마지막으로 투표한 날짜를 기억할 수 없으면 물음표(?)를 기재하십시오. 다른 이름을 사용하여 투표한 경우 해당 이름을 기재하고, 그렇지 않으면 “같음(Same)”이라고 기재하십시오.

11번 항목: 하나의 항목에만 표시하십시오. 정당 가입은 선택 사항이지만, 정당 예비 선거에 투표하려는 투표자는 해당 정당에 가입해야 합니다(주 정당 규칙에서 별도로 허용하는 경우는 제외).