



CALFRESH 혜택 신청서

장애가 있거나 본 신청서 작성에 도움이 필요한 분은 카운티 복지부(이하 카운티)에 연락하면 도움을 받을 수 있습니다.

영어가 아닌 다른 언어로 말하거나, 읽거나, 쓰는 게 더 편한 분들의 경우에는 카운티에서 무료로 도와드릴 사람을 배정해 드립니다.

어떻게 신청할 수 있습니까?

본 신청서는 CalFresh 혜택을 신청할 경우에만 사용하십시오. CalFresh는 가구의 식료품 구입 비용을 지원해 드리는 식품 지원 프로그램입니다. CalWORKs나 MediCal 등, CalFresh가 아닌 다른 프로그램을 신청할 경우 해당 프로그램 신청서를 요청하십시오. <http://www.benefitscal.org>에서 CalFresh 및 기타 프로그램을 온라인으로 신청할 수도 있습니다.

<http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm>에서 수혜자격 여부를 확인할 수 있습니다.

- 가능하면 빠짐없이 신청서를 기재해 주십시오. 신청 절차를 시작하려면 최소한 본인의 이름, 주소 및 서명(1페이지 1번 문항)을 카운티에 제출해야 합니다.
- 신청서는 카운티에 직접 방문, 우편, 팩스 또는 온라인으로 제출할 수 있습니다.
- 귀하가 서명한 신청서를 카운티가 접수한 날로부터 귀하가 혜택을 받을 수 있는지 여부에 대해 결정을 내려야 할 기한이 시작됩니다. 기관에 속해 있는 경우 이 기한은 해당 기관을 떠나는 날부터 시작됩니다.

그 다음에는 무엇을 해야 하나요?

- 본 신청서에 서명하기 전에 귀하의 권리(프로그램 규정 1~5 페이지)와 책임에 대해 읽어보십시오.
- 카운티는 본 신청서 내용에 대해 논의하기 위해 귀하와 면담을 해야 합니다. 대부분의 면담은 전화로 진행되지만, 카운티와 의논해서 카운티 사무실이나 그 밖의 다른 장소에서 직접 만나 면담을 실시할 수도 있습니다. 장애 때문에 다른 면담 방법을 이용해야 하는 경우에는 카운티에 알려주십시오.
- 신청서 중 기재하지 않은 부분이 있는 경우 면담 중에 작성할 수 있습니다.
- 귀하의 수혜자격 여부를 확인할 수 있도록 소득, 지출 및 기타 재정 상황에 대한 증빙을 제출해야 합니다.

얼마나 걸립니까?

신청서를 처리하는 데 최대 30일이 소요됩니다. 다음과 같은 급행 서비스 요건 중 하나에 해당될 경우 달력일 기준 3일 이내에 혜택을 받을 수 있습니다.

- 귀하 가구의 월 총소득(공제 전 소득)이 \$150 미만이고 보유 현금, 수표계좌 또는 보통예금 잔고가 \$100 미만인 경우, 또는
- 귀하 가구의 주택 관련 지출(월세/모기지 및 공공요금)이 가구의 월 총소득과 보유 현금 또는 수표 계좌 및 보통예금 잔고액을 합친 금액보다 많은 경우, 또는
- 이주형 또는 계절형 농장노동자 가구로 수표계좌 및 보통예금 잔고가 \$100 미만이고 1) 수입이 끊어졌거나 2) 수입이 있지만 앞으로 10일 이내에 들어올 수입이 \$25를 초과할 것으로 예상되지 않는 경우

3일 이내에 혜택을 받을 수 있는지 여부를 카운티가 신속하게 판단할 수 있도록 하려면 문항 1번, 6~8번, 11번, 16번에 답하고 신청서와 함께 카운티에 본인 신분 증빙(있는 경우)을 제출하십시오.

카운티는 서면으로 귀하 가구가 신청하신 CalFresh 혜택이 승인되었는지 거부되었는지 여부를 알려드릴 것입니다.

에이전시 컨퍼런스

에이전시 컨퍼런스는 해당 가구가 급행 서비스를 받을 수 있는지에 대한 적격 여부와 관련된 분쟁을 비공식적으로 해결하기 위해 자격 심사 감독관과의 면담(본 면담에는 자격 심사 직원 및 지정 대리인이 동석할 수 있음)을 요청할 수 있는 권리를 제공하는 절차입니다.

에이전시 컨퍼런스는 해당 가구가 그 이후에 열리기를 요청하거나 에이전시 컨퍼런스를 원하지 않는다고 명시하지 않는 한, 요청 후 2 근무일 이내에 열리게 됩니다.

정보 페이지 - 본인 기록을 받아 잘 보관하십시오.

면담 때 무엇을 준비해야 하나?

지연되는 것을 피하려면, 면담에 올 때 다음 증빙 자료를 지참하십시오. 증빙 자료를 준비하지 못했더라도 면담에는 참석하십시오. 증빙 자료를 받는 데 도움이 필요한 경우 카운티에서 도움을 줄 수도 있습니다. 면담이 진행되는 동안 카운티는 신청서에 기재된 정보를 확인하고 귀하의 CalFresh 가입자격 여부와 수혜 금액을 결정하기 위한 질문을 합니다.

혜택 수령에 필요한 증빙 자료

- 신분증(운전면허증, 주 정부 발행 ID 카드, 여권).
- 거주지 증빙(임대계약서, 기재된 주소가 적힌 최근 청구서)
- 사회보장번호(특정 비시민권자에 관한 아래 참고 사항을 참조하십시오)
- 가구 구성원 전원이 은행에 보유하고 있는 잔고(최근 은행 잔고 내역서)
- 지난 30일 간 가구 구성원 전원의 근로 소득(최근 급여 내역서, 고용주가 발행한 근로 증명서). **참고:** 자영업자의 경우 소득 및 지출 또는 납세 기록.
- 비근로 소득(실업 수당, SSI, 사회보장 수당, 재향 군인 수당, 자녀 양육비, 산재 보상금, 학교 보조금 또는 용자, 임대 소득 등)
- 혜택을 신청하는 비시민권자의 경우에 **한해 합법적 이민자** 신분 증빙(외국인 등록 카드, 비자) **참고:** 가정 폭력, 범죄 기소 또는 불법 매매를 근거로 이민자 신분을 신청하는 특정 비시민권자들의 경우 이러한 증빙 자료가 필요 없습니다. 사회보장번호도 필요하지 않을 수 있습니다.

CalFresh 혜택을 더 받는 데 필요한 증빙 자료

- 주택 관련 비용(월세 영수증, 모기지 청구서, 재산세 청구서, 보험 서류)
- 전화 및 공공요금 비용
- 노령자(60세 이상) 또는 장애인인 가구 구성원에 대한 의료비
- 가족이 일을 하거나, 구직 중이거나, 교육 훈련 또는 학교에 가거나 필수 근로 활동에 참여하기 때문에 발생하는 자녀 및 성인 돌봄 비용
- 귀하 가구 구성원이 지불하는 자녀 양육비

CalFresh 혜택을 어떻게 받습니까/사용합니까?

- 카운티는 플라스틱으로 된 전자 혜택 이체(Electronic Benefit Transfer, EBT) 카드를 우편으로 또는 직접 지급합니다. 혜택은 신청이 승인되면 카드에 충전됩니다. 카드를 받으면 카드에 서명하십시오. 카드를 사용할 수 있도록 개인식별번호(Personal Identification Number, PIN)를 설정해야 합니다.
- EBT 카드를 분실하거나 도난 당하거나 카드가 파손되거나 또는 본인 혜택을 사용하기를 원치 않는 누군가가 귀하의 PIN을 알고 있을 수 있다고 생각되는 경우, 즉시 (877) 328-9677 또는 카운티로 연락하십시오. 책임질 수 있는 성인과 지정 대리인은 모두 이러한 문제가 발생했을 때 즉시 신고하는 방법을 알고 있어야 합니다. 귀하가 귀하의 혜택을 사용하기를 원치 않는 사람이 귀하의 PIN을 알고 있는데 그 사실을 신고하지 않고 귀하의 PIN을 변경하지 않은 경우, 사용된 일체의 혜택은 재지급되지 않습니다.
- CalFresh 혜택은 거의 모든 식료품 및 먹거리를 직접 재배하는 데 필요한 종자와 식물을 구입하는 데 사용할 수 있습니다. 주류, 담배, 애완동물의 먹이, 특정 종류의 조리된 식품 또는 식품이 아닌 모든 품목(치약, 비누, 종이 타월 등)은 일체 구입할 수 없습니다.
- CalFresh 혜택은 대부분의 식료품점 및 기타 식품 판매 업소에서 사용 가능합니다. 본인 거주지 부근에서 EBT를 받는 곳 목록은 <https://www.ebt.ca.gov> 또는 <https://www.snapfresh.org>를 참고하십시오.
- CalFresh 혜택은 본인과 본인 가구 구성원들에 한해 사용해야 합니다. 본인의 혜택을 안전하게 지키십시오. 번호를 다른 사람에게 알려주지 마십시오. PIN 번호를 EBT 카드와 함께 보관하지 마십시오.

집이 없는(홈리스) 경우 어떻게 해야 하나?

집이 없는 경우 이 사실을 카운티에 즉시 알리면, 신청서를 접수하는 데 사용하고 귀하의 사례와 관련해 카운티가 보내는 통지서를 수령할 수 있는 주소를 찾을 수 있도록 도움을 드립니다. CalFresh의 경우 집이 없다(홈리스)는 것은 다음을 의미합니다.

- A. 감독자가 있는 보호 시설, 사회 복귀 훈련 시설 또는 그와 유사한 시설에 머무르고 있는 경우
- B. 90일 이내로 계속해서 다른 사람이나 가족의 집에 머무르고 있는 경우
- C. 원래 숙박 용도로 설계되지 않은 장소 또는 보통 숙박 용도로 사용되지 않는 장소(예: 복도, 버스정류장, 로비 또는 그와 유사한 장소)에서 잠을 자는 경우

정보 페이지 - 본인 기록을 받아 잘 보관하십시오.

권리 및 책임

귀하에게는 다음과 같은 책임이 있습니다.

- 귀하의 수혜자격여부를 판단하는 데 필요한 모든 정보를 카운티에 제공해야 할 책임
- 필요한 경우, 귀하가 제공한 정보를 증빙할 수 있는 자료를 카운티에 제출해야 할 책임
- 규정에 따라 변경 사항을 신고해야 할 책임 카운티는 무엇을, 언제, 어떻게 신고해야 하는지 알려줄 것입니다. 본인 가정의 신고 요건을 충족하지 못하면 귀하의 사례는 종결되거나 CalFresh 혜택이 감소 또는 지급 중지될 수 있습니다.
- 카운티가 귀하의 사례에 필요하다고 요구하는 경우, 일자리를 찾거나 구하거나 유지하거나 다른 활동에 참여해야 할 책임
- 귀하의 사례가 검토 또는 조사 대상으로 선정되는 경우 카운티, 주 또는 연방정부 담당자에게 전적으로 협조하여 본인의 자격 및 혜택 수준이 정확하게 산정되었는지 확인해야 할 책임 이런 검토 과정에 협조하지 않으면 혜택을 상실하게 될 수도 있습니다.
- 수령 자격이 없는 상태에서 받은 혜택은 모두 상환해야 할 책임

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 본인의 이름, 주소, 서명만 기재한 신청서를 CalFresh에 제출할 권리
- 통역사가 필요한 경우 주정부로부터 통역사를 무료로 제공받을 권리
- 카운티 프로그램 시행과 직접적으로 관련된 경우가 아니면, 카운티에 제공한 정보는 기밀이 유지될 권리
- 카운티가 수혜자격 여부를 판단하기 전에는 언제든지 신청을 철회할 권리
- CalFresh 신청서 작성 시 도움을 요청하거나 규칙에 대한 설명을 들을 권리
- 필요한 증빙 자료를 얻기 위해 도움을 요청할 권리
- 친절하고 사려 깊고 정중한 대우를 받으며, 차별 받지 않을 권리
- 급행 서비스를 받을 자격이 있는 경우, 3일 이내에 CalFresh 혜택을 받을 수 있는 권리
- 신청 후 합리적으로 타당한 시간 내에 카운티와 면담을 하게 되고, 면담 후 30일 이내에 수혜자격 여부를 결정받을 권리
- 카운티가 귀하의 수혜 자격 판단에 필요한 증빙 자료를 제출할 때까지 최소 10일 이상의 여유를 가질 권리
- 카운티가 귀하의 CalFresh 혜택을 줄이거나 지급 중단하는 경우, 최소 10일 전에 사전 서면 통지를 받을 권리
- 귀하가 요청할 경우, 귀하의 사례를 카운티 담당자와 함께 논의하고 검토할 수 있는 권리
- 본인의 CalFresh 사례에 대한 카운티의 결정에 동의하지 않는 경우 90일 이내에 주 정부 심의회를 신청할 수 있는 권리 본인의 CalFresh 사례에 대한 조치가 취해지기 전에 심의회를 요청하는 경우, 심의회 개최일과 수혜자격 인증 기간 만료일 중 더 빠른 날까지 본인의 CalFresh 혜택이 동일하게 유지될 권리 혜택이 과다 지급되어 상환해야 하는 경우를 방지하기 위해 심의회 이후까지 혜택 조정을 카운티에 요청할 수 있는 권리. 행정법 판사가 귀하에게 유리하게 판결하는 경우 카운티는 감액되었던 일체의 혜택을 귀하에게 돌려줍니다.
- 본인의 심의회 신청 권리나 법률 지원 소개에 대한 문의는 수신자 부담 전화인 **1-800-952- 5253**을 이용하고, 청각 장애나 언어 장애가 있는 분은 TDD, **1-800-952-8349**를 이용할 권리. 가까운 법률 구조 협회나 복지 권리 사무국에서 무료로 법률 지원을 받을 수 있습니다.
- 심의회에 혼자 참가하기 싫은 분은 친구나 다른 사람을 동반할 수 있는 권리
- 카운티에서 유권자 등록에 필요한 도움을 받을 수 있는 권리
- CalFresh 혜택이 늘어날 수 있는 변경 사항이 발생한 경우에는, 신고 의무에 해당되지 않는 변경 사항이라도 보고할 수 있는 권리
- CalFresh 혜택을 더 받기 위해 본인 가정의 비용 지출 증빙 자료를 제출할 수 있는 권리. 카운티에 증빙 자료를 제출하지 않는 것은 그런 비용을 지출을 하지 않았다고 말하는 것과 같으므로, 결과적으로 CalFresh 혜택을 더 받을 수도 없습니다.
- 다른 사람이 귀하의 가정을 위해 귀하의 CalFresh 혜택을 이용하거나 귀하의 CalFresh 사례(지정 대리인)를 도와주게 하고 싶다면 그 사실을 카운티에 말할 수 있는 권리

본인 기록을 받아 잘 보관하십시오.

프로그램 규정 및 처벌

본인이 수령할 자격이 없는 CalFresh 혜택을 받기 위해, 혹은 수혜 자격이 없는 사람이 혜택을 받도록 돕기 위해 허위 정보 혹은 잘못된 정보를 제공하거나 의도적으로 정보를 제공하지 않는 것은 범죄 행위에 해당됩니다. 본인이 수령할 자격이 없는 혜택은 모두 상환해야 합니다.

| 프로그램 위반 | 벌칙 |
|---|--|
| <p>CalFresh: 본인의 다음과 같은 행위는 본인이 의도적으로 프로그램을 위반하는 것임을 이해합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 정보를 숨기거나 거짓 진술을 하는 행위 • 다른 사람의 전자 혜택 이체(Electronic Benefit Transfer, EBT) 카드를 사용하는 행위 또는 본인의 카드를 다른 사람에게 주어 사용하도록 하는 행위 • CalFresh 혜택을 술 또는 담배 구입에 사용하는 행위 • CalFresh 혜택 또는 EBT 카드를 교환, 구매, 판매 또는 양도하는 행위 또는 그렇게 하려고 시도하는 행위 • 이중으로 혜택을 받으려고 하는 행위. 예를 들어 동시에 여러 카운티나 주정부에 혜택을 신청하는 행위 • 수혜할 자격이 없는 또는 존재하지 않는 자녀나 성인 가족에 대한 문서를 허위로 작성해 제출하는 행위 • 본인의 집행유예 또는 가석방 처분 조건을 위반하는 행위 • 중범죄로 유죄판결을 받은 후 도주하는 행위 • CalFresh 혜택으로 반환 보증금이 있는 제품을 구매한 후 의도적으로(고위로) 내용물을 버리고 용기를 반환해서 보증금을 받는 행위 또는 그러한 것을 시도하는 행위 • CalFresh 혜택으로 제품을 구매한 후 의도적으로 현금으로 바꾸거나 구매할 수 있는 식품이 아닌 다른 물품을 위해 재판매하는 행위 | <p>다음과 같은 처벌을 받을 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 첫 번째 위반 시 12개월간 CalFresh 혜택 지급이 정지되며, 초과 지급된 CalFresh 혜택을 모두 상환해야 함 • 두 번째 위반 시 24개월간 CalFresh 혜택 지급이 정지되며, 초과 지급된 CalFresh 혜택을 모두 상환해야 함 • 세 번째 위반 시 영구적으로 CalFresh 혜택 지급이 정지되며, 초과 지급된 CalFresh 혜택을 모두 상환해야 함 • 최대 \$250,000의 벌금형, 또는 최대 20년의 징역형, 또는 양쪽 모두 |
| <ul style="list-style-type: none"> • CalFresh 혜택을 현금, 총기류, CalFresh 혜택으로 구입할 수 없는 물품, 마약과 같은 규제 물질 등과 교환하는 행위 또는 교환하려고 시도하는 행위 | <ul style="list-style-type: none"> • 첫 번째 위반 시 24개월간 CalFresh 혜택 지급 정지 • 두 번째 위반 시 영구적으로 CalFresh 혜택 지급 정지 |
| <ul style="list-style-type: none"> • CalFresh 혜택을 추가로 받기 위해 본인의 신분과 거주지 정보를 허위로 제공하는 행위 | <ul style="list-style-type: none"> • 각 위반 행위에 대해 10년간 CalFresh 혜택 지급 정지 |
| <ul style="list-style-type: none"> • \$500 이상의 CalFresh 혜택을 교환, 매매 또는 이러한 행위를 시도하거나 CalFresh 혜택을 무기류, 탄약류, 폭약류와 교환 또는 시도한 혐의로 유죄 판결을 받은 경우 | <ul style="list-style-type: none"> • 영구적으로 CalFresh 혜택 지급 정지 |

본인 기록을 받아 잘 보관하십시오.

비시민권자를 위한 중요한 정보:

- 가족 구성원 중에 자격을 충족하지 못하는 사람이 있더라도, 자격을 충족하는 구성원에 대한 CalFresh 혜택을 신청해서 받을 수 있습니다. 예를 들어, 이민자 부모가 자격 요건을 충족하지 않는다 하더라도, 자녀가 미국 시민이거나 자격을 갖추고 있다면 CalFresh 혜택을 신청할 수 있습니다.
- 식품 혜택을 받는 것이 가족의 이민자 신분에 영향을 미치지 않습니다. 이민 관련 정보는 개인 정보이며 기밀이 유지됩니다.
- 혜택 수령 자격을 충족해서 혜택을 신청하는 비시민권자의 경우, 미국 시민권 및 이민국(U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS)에 이민자 신분을 확인하게 됩니다. 연방법에 따르면 USCIS는 사기 사건의 경우를 제외하고 해당 정보를 일체 다른 용도로 사용할 수 없습니다.

오프 아웃

CalFresh 혜택을 신청하지 않는 모든 비시민권자 가족 구성원에 대해서는 이민 관련 정보나 사회보장번호, 기타 관련 서류를 제출할 필요가 없습니다. 카운티가 귀 가정이 받을 혜택을 정확하게 산정하기 위해서는 그들의 소득 및 자원 정보를 알아야만 합니다. 카운티는 CalFresh 혜택 신청을 하지 않는 사람들의 정보에 관해 USCIS에 연락하지 않습니다.

개인정보 보호법과 공개: 귀하는 신청서에 개인 정보를 기재하게 됩니다. 카운티는 이 정보를 이용해서 혜택 수령 자격 여부를 판단합니다. 필요한 정보를 제출하지 않을 경우 카운티는 귀하의 신청을 거부할 수 있습니다. 귀하에게는 본인이 카운티에 제출한 모든 정보를 검토, 변경 또는 수정할 수 있는 권리가 있습니다. 카운티는 귀하가 동의하거나 연방 및 주 법률이 허용하는 경우 외에는 외부인에게 귀하의 정보를 보여주거나 제공하지 않습니다. 273.2(b)(4) 개인 정보 보호법 규정. 카운티 기관으로서 저희는 CalFresh 혜택을 신청 및 갱신하는 모든 가구에 다음과 같은 사항을 알려드려야 합니다.

- (i) 각 가구 구성원의 사회보장번호(social security number, SNN)를 포함한 이러한 정보의 수집은 1977년 식품권법 및 7 U.S.C. 2011-2036 개정안에 의거하여 허용됩니다. 해당 정보는 귀하의 가구가 CalFresh 프로그램 신청 및 갱신에 적격인지 여부를 결정하는 데 사용될 것입니다. 카운티는 소득 및 수입 확인 시스템(Income and Earnings Verification System, IEVS) 등의 컴퓨터 매칭 프로그램을 통해 이런 개인 정보의 진위 여부를 확인합니다. 이 정보는 프로그램 규정 준수 여부를 모니터링하거나 프로그램을 관리하는 데 사용됩니다.
- (ii) 이 정보는 공식적인 조사를 위해 다른 연방 및 주 정부 기관과, 법을 피해 도주 중인 사람을 체포하기 위한 목적으로 법 집행 관계자들과 공유할 수 있습니다.
- (iii) 귀하의 가구에 대해 CalFresh 배상 청구가 발생하는 경우, 모든 SSN을 포함하여 이 신청서에 기재된 정보는 연방 및 주 정부 기관에서 조회할 수 있으며, 청구액 징수 조치 집행을 위해 사설 청구액 징수 기관과 공유할 수 있습니다.
- (iv) 각 가구 구성원의 SSN을 포함한 요청된 정보의 제공은 자발적 의사에 따르는 것입니다. 그러나 SSN을 제공하지 않을 경우, SSN을 제공하지 않은 당사자에 대해 CalFresh 혜택이 거부될 수 있습니다. 제공되는 일체의 SSN은 적격 가구 구성원의 SSN과 동일한 방식으로 사용 및 공개될 것입니다.

카운티는 USCIS에 연락하여 혜택을 신청한 가구 구성원들의 이민 신분을 확인할 수 있습니다. 카운티가 이들 기관에서 얻는 정보가 귀하의 수혜자격 여부 및 혜택 액수에 영향을 미칠 수 있습니다.

카운티는 국세청(Internal Revenue Service, IRS), 사회보장국, 안보부 및/또는 **소비자 신용조사 기관**으로부터의 주 정부 및 연방 전자 데이터베이스 정보를 사용하여 귀하의 답을 확인할 것입니다. 정보가 일치하지 않을 경우 카운티는 귀하에게 증빙 자료를 보내도록 요청할 수 있습니다.

본인 기록을 받아 잘 보관하십시오.

사회보장번호(SSN) 사용

CalFresh 혜택을 신청하는 사람은 SSN이 있는 경우 SSN을 제출해야 하고, 없는 경우에는 SSN 발급 신청을 했다는 증빙 자료(사회보장국에서 받은 편지 등)를 제출해야 합니다. 귀하나 귀하의 가구 구성원이 SSN을 제출하지 않을 경우 카운티는 해당 인물에 대한 CalFresh 혜택 지급을 거부할 수 있습니다. 가정 폭력 피해자나 범죄 기소 증인, 불법 매매 피해자 등의 경우에는 SSN을 제출하지 않아도 혜택을 받을 수 있습니다.

초과 지급

초과 지급이란 본인이 원래 받아야 하는 액수보다 많은 CalFresh 혜택을 받은 것을 말합니다. 카운티가 실수를 했거나 고의로 벌어진 일이 아니라 하더라도 초과 지급액을 상환해야 합니다. 귀하의 혜택이 감액되거나 지급 정지될 수 있습니다. 법원이나 기타 징수 기관, 연방 정부의 징수 조치 등을 통해 귀하가 상환해야 하는 혜택을 징수할 때 귀하의 SSN을 사용할 수도 있습니다.

보고

CalFresh 혜택을 받는 모든 가구는 반드시 특정 변경 사항을 신고해야 합니다. 신고해야 하는 변경 사항, 신고 방법, 신고 기한 등은 카운티에서 알려드릴 것입니다. 변경 사항을 신고하지 않을 경우 CalFresh 혜택이 감액되거나 정지될 수 있습니다. 또 소득이 줄어드는 등, 혜택을 늘릴 수 있는 상황이 발생한 경우에도 신고할 수 있습니다.

주 심의회

신청서와 본인이 현재 수령 중인 혜택과 관련해 취해진 조치에 이의가 있는 경우 주정부 심의회를 요청할 권리가 있습니다. 카운티의 조치 시행일로부터 90일 이내에 주정부 심의회를 요청할 수 있는데, 이때 심의회를 원하는 이유를 반드시 설명해야 합니다. 카운티가 발송한 승인 또는 거부 통지서를 보면 주정부 심의회 신청 방법에 대한 설명이 나와 있습니다. 조치가 시행되기 전에 심의회를 요청하는 경우, 결정이 내려질 때까지는 CalFresh 혜택을 동일하게 유지할 수 있습니다.

차별 금지 조항: 연방 시민권법 및 미국 농무부(U.S. Department of Agriculture, USDA) 시민권 규정 및 정책에 따라 USDA 및 해당 기관, 사무소 및 직원 그리고 USDA 프로그램에 참여하고 이를 시행하는 기관은 인종, 피부색, 출신 국가, 성별, 종교, 장애, 연령, 정치적 신념, USDA에서 진행되었거나 자금을 지원한 프로그램 또는 활동에서 이전에 있었던 시민권 활동에 대한 보복 또는 앙갚음에 근거한 일체의 차별을 금지합니다.

프로그램 정보를 받기 위해 다른 소통 수단(점자, 큰 활자, 오디오 테이프, 미국식 수화 등)을 필요로 하는 장애를 갖고 있는 분들은 혜택을 신청한 기관(주 정부 또는 지역)에 연락하셔야 합니다. 청각 장애인이거나 청력에 문제가 있거나 또는 언어 구사에 장애를 갖고 있는 분들은 연방 연계 서비스 (800) 877-8339를 통해 USDA로 연락하십시오. 또한 프로그램 정보는 영어 이외의 다른 언어로도 받으실 수 있습니다.

차별 민원을 제기하려면, USDA 프로그램 차별 민원 양식(AD 3027)을 사용하십시오. 해당 양식은 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html에서 온라인으로 받거나 모든 USDA 사무실에서 받을 수 있습니다. 또는 카운티의 시민권 전담관(Civil Right Coordinator)에게 연락하거나 해당 양식에서 요구되는 내용을 모두 기재하여 USDA로 서면을 보내주십시오. 또는 아래의 캘리포니아 사회복지부 주소로 보내주셔도 좋습니다. 민원 양식을 요청하려면 (866) 632-9992로 전화하십시오. 기재한 양식 또는 서면은 다음과 같은 방법으로 USDA에 제출해 주십시오.

- | | | |
|----------|--|--|
| (1) 우편: | U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, S.W. Washington D.C. 20250-9410 | CDSS Civil Rights Bureau P.O.BOX 944243, M.S. 8-16-70 Sacramento, CA 94244-2430 1-866-741-6241 (Toll Free) |
| (2) 팩스: | (202) 690-7442; 또는 | |
| (3) 이메일: | program.intake@usda.gov | |

본 기관은 균등 기회 고용 기관입니다.

본인 기록을 받아 잘 보관하십시오.

사례 파일 검토

귀하의 사례가 수혜자격 여부가 제대로 판단되었는지 확인하기 위한 추가 검토 대상으로 선정될 수 있습니다. 귀하는 품질 관리 검토를 비롯한 일체의 조사 또는 검토와 관련해 카운티, 주 정부 또는 연방 정부 담당자들에게 전적으로 협조해야 합니다. 이런 검토 과정에 협조하지 않으면 혜택을 상실하게 될 수도 있습니다.

CalFresh 근로 규정

카운티는 귀하를 근로 프로그램에 배정할 수 있습니다. 자발적 참여인지 의무적 이행인지 여부를 알려드릴 것입니다. 의무적 근로 활동인데 하지 않을 경우 혜택이 감액되거나 정지될 수 있습니다. 또한 최근에 직장을 그만둔 경우에는 CalFresh 수혜 자격이 없을 수도 있습니다.

EBT 사용

귀하 본인, 다른 가구 구성원 또는 귀하의 지정 대리인이 EBT 카드나 PIN 분실 또는 도난을 신고하기 전에 귀하의 계좌로부터 빠져나간 모든 혜택은 재지급되지 **않습니다**.

귀하 본인, 가구 구성원, 귀하의 지정 대리인 또는 귀하가 자발적으로 귀하의 EBT 카드와 PIN을 제공한 사람이 귀하의 EBT 카드를 사용하는 경우, 이는 귀하의 동의에 따른 것으로 간주되며 귀하의 계좌에서 빠져나간 혜택은 재지급되지 **않습니다**.

귀하가 귀하의 혜택을 사용하기를 원치 않는 사람이 귀하의 PIN을 알고 있는데 그 사실을 신고하지 않고 귀하의 PIN을 변경하지 않는 경우, 사용된 일체의 혜택은 재지급되지 **않습니다**.

본인 기록을 받아 잘 보관하십시오.

참고

읽기 쉽고 복사가 잘 나오도록 검정색이나 파란색 잉크를 사용하십시오. 답은 정자체로 기재하십시오. 질문(들)에 대한 답을 적는 데 공간이 부족한 경우 10페이지 "추가 기재 공간" 란을 사용하고, 추가 정보 제공에 필요한 경우 추가 종이를 첨부해 기재해 주십시오. 추가 기재 공간이나 추가로 첨부한 종이에 어떤 질문에 대한 답인지 반드시 표시해 주십시오.

1. 신청인 개인 정보

| | | | | | |
|---------------------|--|---------------------|---|-----------------------------|------|
| 성명(이름, 중간이름, 성) | | 다른 이름(결혼 전 성, 별명 등) | | 사회보장번호(번호가 있고 혜택 신청을 하는 경우) | |
| 집 주소 또는 집으로 가는 길 안내 | | | 시 | 주 | 우편번호 |
| 우편 주소(위 주소와 다른 경우) | | | 시 | 주 | 우편번호 |

연락처 정보 권한 허용

귀하에게 연락할 수 있는 가장 적절한 연락처 정보를 카운티에 제공하십시오. 귀하의 신청을 처리하는 데 도움이 됩니다. 아래의 연락처 정보를 제공함으로써 귀하는 귀하의 신청과 관련하여 전화, 이메일, 문자를 통해 귀하에게 연락을 하거나 전화 메시지를 남길 수 있는 권한을 카운티에게 허용하는 것입니다.

| | | |
|-----------------------|--------|--------------------------------------|
| 자택 전화번호 | 휴대폰 | 문자 수신 동의 <input type="checkbox"/> |
| 직장 전화번호/다른 전화번호/자동응답기 | 이메일 주소 | |

홈리스입니까? 예 아니오 '예' 인 경우, 본인이 홈리스인 사실을 카운티에 즉시 알려 주시면, 신청서를 접수하는 데 사용하고 귀하의 사례와 관련하여 카운티가 보내는 통지서를 수령할 수 있는 주소를 찾도록 도와드립니다.

(영어가 아닌 경우) 어느 언어로 읽기를 원합니까? _____

(영어가 아닌 경우) 어느 언어로 말하기를 원합니까? _____

카운티에서 통역사를 무료로 제공합니다. 청각 장애인이거나 청력에 문제가 있는 경우 여기에 체크 표시하십시오.

귀하는 장애가 있어 신청하는 데 도움이 필요합니까? (한 곳만 표기)
 예 아니오

Medi-Cal을 신청하는 데 관심이 있습니까? '예'라고 답한 경우, 카운티는 귀하가 기재한 답을 갖고 귀하가 Medi-Cal 혜택을 받을 수 있는지 알아볼 것입니다. 예 아니오

가구의 월 총소득이 \$150 미만이고 보유 현금이나 수표계좌 및 보통예금 잔고가 \$100 이하입니까? 예 아니오

가구의 월 총소득과 보유 현금 또는 수표계좌 및 보통예금 잔고를 합친 금액이 집세/모기지 및 공공요금을 합친 금액보다 적습니까? 예 아니오

귀하의 가구는 유동 자산이 \$100를 초과하지 않는 이주형/계절형 농장노동자 가구이고, 귀하의 소득이 끊겼거나 앞으로 10일간 예상 수입이 \$25 이하입니까? 예 아니오

본인은 본 신청서에 서명할 경우 위증죄 처벌 규정에 따라(거짓 진술을 할 경우) 다음과 같은 사실을 인정하는 것임을 인지하고 있습니다.

- 본인은 본 신청서의 내용과 본 신청서의 질문에 대한 본인의 답변 내용을 직접 읽었거나 다른 사람이 읽어주는 것을 들었습니다.
- 본인이 기재한 답변 내용은 본인이 아는 범위 내에서 진실이며 완전한 사실입니다.
- 본인의 신청 과정에서 제공하게 될 모든 답변은 본인이 아는 범위 내에서 진실이며 완전한 사실일 것입니다.
- 본인은 CalFresh 프로그램에 관한 권리와 책임(프로그램 규정 1페이지)을 직접 읽었거나 다른 사람이 읽어 주는 것을 들었고 그 내용을 이해하고 그에 동의합니다.
- 본인은 CalFresh 프로그램 규정 및 처벌(프로그램 규정 2페이지)을 직접 읽었거나 다른 사람이 읽어 주는 것을 들었습니다.
- 본인은 CalFresh 자격을 충족하기 위해 거짓 진술 또는 오해의 소지가 있는 진술을 하거나, 사실을 허위로 얘기하거나, 정보를 감추거나 제공하지 않는 행위는 사기에 해당된다는 사실을 알고 있습니다. 사기를 저지를 경우 형사 기소되거나 일정 기간 동안(또는 평생) CalFresh 혜택 수령을 금지 당할 수 있다는 걸 압니다.
- 본인은 혜택을 신청하는 가구 구성원들의 사회보장번호 또는 이민자 신분 정보가 연방법에 정해진 바에 따라 적절한 정부 기관과 공유될 수 있다는 사실을 이해합니다.

| | |
|----------------------------------|----|
| 신청인(또는 성인 가구 구성원/지정 대리인/보호자)의 서명 | 날짜 |
|----------------------------------|----|

***지정 대리인이 있는 경우 다음 페이지 2번 문항에 답해 주십시오.**

2. 가구의 지정 대리인

CalFresh 수혜 가족에게 도움을 제공할 수 있는 18세 이상의 성인을 승인할 수도 있습니다. 이 성인은 면담 때 귀하의 대변인 역할을 할 수도 있으며, 귀하 대신 양식 작성, 쇼핑 및 변경사항을 보고할 수 있습니다. 귀하는 이 성인이 카운티에 제공하는 정보로 인해 해당 혜택을 잘못 수혜한 경우 이를 상환해야 하며, 지출하기를 원치 않는 혜택을 이 성인이 지출한 경우 대체받을 수 없습니다. 귀하가 승인받은 대리인인 경우, 귀하와 신청인의 신분 증빙서류를 본 카운티에 제공해야만 합니다.

CalFresh 사례를 도울 사람을 원하십니까? (한 곳만 표기) 예 아니오 '예' 일 경우 다음을 작성해 주십시오.

| | |
|-------------|---------------|
| 승인한 대리인 이름: | 승인한 대리인 전화번호: |
|-------------|---------------|

귀 가족을 위해 CalFresh 혜택을 수령하고 지출할 사람을 원하십니까? (한 곳만 표기) 예 아니오 '예' 일 경우 다음을 작성해 주십시오.

| | |
|-----|----------|
| 이름: | 전화번호: |
| 주소: | 주 시 우편번호 |

3. 인종/민족 배경

인종 및 민족 배경 정보는 선택 사항입니다. 이 정보는 인종, 피부색 또는 출신 국가에 관계 없이 혜택이 지급되도록 하기 위해 요청하는 것입니다. 귀하의 답변 내용은 귀하의 적격성 또는 혜택 금액에 영향을 미치지 않습니다. 해당되는 모든 항목에 체크하십시오. 법에 따라 카운티는 의무적으로 귀하의 소속 민족 그룹과 인종을 기록해야 합니다.

카운티에 본인의 인종 및 민족 배경 정보를 제공하기를 원치 않는 경우 이 네모 칸에 체크 표시하십시오. 귀하가 입력하지 않으면 카운티에서 시민권 통계 목적에 한해 이 정보를 대신 입력합니다.

| | | |
|-------|---|--|
| 인종 배경 | 귀하는 히스패닉 또는 라틴계입니까? (한 곳만 표기) 생각하십니까? | 히스패닉 또는 라틴계 출신인 경우, 스스로를 다음 중 어디 사람이라고 |
| | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | <input type="checkbox"/> 멕시코인 <input type="checkbox"/> 푸에르토리코인 <input type="checkbox"/> 쿠바인 <input type="checkbox"/> 기타 _____ |

인종/출신 민족

- 백인 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 흑인 또는 아프리카계 아메리칸 기타 및 혼혈 _____
- 아시아인(체크 표시하는 경우 아래에서 하나 이상을 선택해 주십시오):
- 필리핀사람 중국인 일본인 캄보디아인 한국인 베트남인 아시아계 인디언 라오스인
- 그 외 아시아인(구체적으로) _____
- 하와이 원주민 또는 그 외 태평양 섬사람(체크 표시하는 경우 아래에서 하나 이상을 선택해 주십시오): 하와이 원주민
- 괌인 또는 차모르인 사모아인

4. 면접 선택 사항

귀하 또는 귀하 가구의 성인이 귀하의 신청과 관련해 카운티와 상의하고 CalFresh 수당을 받기 위해 면접에 참석해야 합니다. CalFresh 면접은 본인이 직접 카운티에 신청서를 제출할 때 면접을 할 수 있거나 직접 면접을 원하는 경우가 아니면 대개 전화로 진행됩니다. 직접 방문 면접은 카운티 정상 업무 시간 중에만 실시됩니다.

- 직접 방문 면접을 원하는 경우 이 네모 칸에 체크 표시해 주십시오.
- 장애로 인해 다른 편의 조치가 필요한 경우 이 네모 칸에 체크 표시해 주십시오.

면접을 원하는 날 및 시간에 해당되는 네모 칸에 체크 표시해 주십시오.

- 날: 오늘 다음 가능일 아무 날이나 월요일 화요일 수요일 목요일 금요일
- 시간: 아침 일찍 오전 중반 오후 늦은 오후 아무때나

5. 기타 프로그램

귀하 가구 구성원 중 공공 지원(불우 가족을 위한 임시 지원, Medicaid, 영양 보충 지원 프로그램 [CalFresh], 일반 지원(General Assistance, GA)/일반 구제(General Relief, GR) 등)를 받은 사람이 있습니까? (한 곳만 표기) 예 아니오

| | |
|-----------------|-------------|
| '예'인 경우, 누구입니까? | 어디서(카운티/주)? |
| '예'인 경우, 누구입니까? | 어디서(카운티/주)? |

6a. 가구 정보

본인을 포함해, 귀하 가정 내에서 귀하와 함께 식료품을 구입하고 음식을 준비하는 모든 구성원들에 대해 아래 정보를 기재해 주십시오. **비시민권자에 대해 신청하는 경우 6b와 6c 문항에 대해서도 답해 주십시오. 그렇지 않은 경우 6d로 가십시오.**

| 수당 신청합니다 (☑ 예 또는 아니오 체크 표시) | 이름 (성, 이름, 가운데 이름 이니셜) | 이 사람은 귀하와 어떤 관계입니까? | 생년월일 | 성별 (남 또는 여) | 미국 시민 또는 국적자 (☑ 예 또는 아니오 체크 표시) '아니오'인 경우 아래 6b번 문항에 답해 주십시오. | 사회보장번호 |
|---|---------------------------|---------------------|------|----------------|---|--------|
| <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | | 본인 | | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | |
| <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | | | | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | |
| <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | | | | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | |
| <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | | | | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | |
| <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | | | | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | |

귀하와 함께 거주하고 있지만 귀하와 함께 식료품을 구입하고 음식을 준비하지 않는 사람의 이름을 적어 주십시오.

| | |
|----|----|
| 이름 | 이름 |
| 이름 | 이름 |

6b. 비시민권자 정보 - 위 6a 문항에 열거된 사람 중 미국 시민이 아니면서 지원 혜택을 신청하는 사람의 이름을 적어 주십시오.

| 이름 | 미국 입국일 (아는 경우) | 아래 중 하나를 적어주십시오 (아는 경우): 여권 번호, 외국인 등록 번호 등 | 스폰서가 있습니까? (☑ 예 또는 아니오에 체크 표시) '예'인 경우 아래 6c 문항에 답해 주십시오. |
|----|-------------------|--|--|
| | | 문서 종류: _____ 문서 번호: _____ | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| | | 문서 종류: _____ 문서 번호: _____ | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| | | 문서 종류: _____ 문서 번호: _____ | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |

(한 곳만 표기)

위에 기재된 개인 중 최소 10년(40개 분기) 간 미국 내 근로 기록 또는 군 복무 기록을 보유하고 있는 사람이 있습니까? '예'인 경우, 예 아니오

위에 기재된 개인 중 T-비자, U-비자 또는 VAWA 청원을 보유하고 있거나 신청했거나 신청 예정인 사람이 있습니까? '예'인 경우, 예 아니오

6c. 스폰서가 있는 비시민권자 정보 - 위의 6b 문항에 열거된 사람 중 스폰서가 있는 비시민권자이면서 지원 혜택을 신청하는 사람의 이름을 적어 주십시오.

스폰서가 I-864에 서명했습니까? 예 아니오 '예'인 경우 나머지 질문에 답해 주십시오. 스폰서가 I-134에 서명한 경우 이 문항은 건너뛰십시오.

스폰서가 정기적으로 자금 지원을 해 주고 있습니까? 예 아니오 예 아니오 '예'인 경우, 금액은 얼마입니까? _____

스폰서가 다음 중 정기적으로 도움을 주고 있는 항목이 있습니까(해당 항목 모두 체크 표시)?

집세 의류 식품 기타 _____

| | | |
|---------|-----------------|-----------|
| 스폰서의 이름 | 스폰서 대상자는 누구입니까? | 스폰서의 전화번호 |
| 스폰서의 이름 | 스폰서 대상자는 누구입니까? | 스폰서의 전화번호 |

6d. 학생

혜택 신청자 중 본인을 포함하여 대학이나 직업 학교에 다니고 있는 사람이 있습니까? (한 곳에 표기) 예 아니오 '예'인 경우, 이 질문에 대해 주십시오. '아니오'일 경우, 다음 질문으로 가십시오.

| 해당인의 이름 | 학교/교육기관 이름 | 등록 신분 (✓ 하나에 체크 표시) | 일을 하고 있습니까? |
|---------|------------|---|----------------------|
| | | <input type="checkbox"/> 반나절 이상 <input type="checkbox"/> 반나절 이하 강좌 수: _____ | 주당 평균 근무시간: _____ |
| | | <input type="checkbox"/> 반나절 이상 <input type="checkbox"/> 반나절 이하 강좌 수: _____ | 주당 평균 근무시간: _____ |

6e. 귀하 가정에 위탁 아동이 살고 있습니까? 예 아니오 '예'인 경우, 누구입니까? _____

해당 아동(들)에 대해 다음 문항에 대해 주십시오.

이 아동(들)이 법원의 부양 명령에 따라 귀하 가정으로 보내졌습니까? (한 곳만 표기) 예 아니오

귀하는 위탁 양육 아동(들)이 귀하의 CalFresh 사례에 포함되기를 원하십니까? (한 곳만 표기) 예 아니오

'예'인 경우, 귀하가 수령하는 위탁 양육 소득은 불로 소득으로 간주됩니다.
'아니오'인 경우, 귀하의 위탁 양육 소득은 불로 소득으로 간주되지 않습니다.

7. 불로소득

귀하와 함께 식품을 구입하고 음식을 준비하는 사람 중에 근로에서 발생하지 않는 소득(불로 소득)이 있는 사람이 있습니까?

(한 곳만 표기) 예 아니오

'예'일 경우 이 질문에 답하십시오. '아니오'일 경우 다음 질문으로 가십시오..

아래 예에서 해당되는 형태의 불로 소득에 모두 체크 표시하십시오(여기에 열거된 것 외에 다른 형태도 있을 수 있습니다).

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 사회보장 | <input type="checkbox"/> 재향 군인 수당 또는 군인 연금 | <input type="checkbox"/> 집세/식품/의류비 도움 |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP | <input type="checkbox"/> 재정 지원(학교 지원금/용자/장학금) | <input type="checkbox"/> 보험금 또는 법적 합의금 |
| <input type="checkbox"/> 현금 보조금 | <input type="checkbox"/> 현금 선물 | <input type="checkbox"/> 개인 장애 또는 퇴직 수당 |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI | <input type="checkbox"/> 실업 보험/주정부 장애 보험(SDI) | <input type="checkbox"/> 파업 수당 |
| <input type="checkbox"/> 숙식(임차인으로부터) | <input type="checkbox"/> 산재 보상금 | <input type="checkbox"/> 기타 _____ |
| <input type="checkbox"/> 연금 | <input type="checkbox"/> 복권/도박에서 딴 돈 | |
| <input type="checkbox"/> 자녀/배우자 부양비 | | |
| <input type="checkbox"/> 정부/철도 장애 또는 퇴직 수당 | | |

| 돈을 받는 사람은 누구입니까? | 출처? | 수령 금액 | 얼마나 자주 받습니까? (1회, 매주, 매월 또는 기타)? | 계속 받을 것으로 예상하십니까? (✓ 예 또는 아니오에 체크 표시) |
|------------------|-----|-------|-------------------------------------|---|
| | | \$ | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| | | \$ | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| | | \$ | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| | | \$ | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |

이 소득이 계속될 것으로 예상되지 않는 경우 이유를 설명해 주십시오.

8. 근로소득

귀하와 함께 식품을 구입하고 음식을 준비하는 사람 중에 직장 소득(근로 소득)이 있는 사람이 있습니까? (한 곳만 표기) 예 아니오
 '예'일 경우 이 질문에 답하십시오. '아니오'일 경우 9번 질문으로 가십시오.

참고: 자영업자인 경우 8A를 기재해 주십시오.

세금 및 기타 항목 공제가 적용되기 이전 전체 소득을 적어 주십시오.

근로 소득의 예는 다음과 같습니다(이 예는 풀타임, 임시, 계절형 근로 또는 교육훈련이 될 수 있으며, 여기에 기재되지 않은 형태도 있을 수 있습니다).

- 임금 • 커미션 • 팁 • 급여 • 실무 학습(학생)

| 근로 당사자 | 고용주 이름 및 주소 | 고용주 전화번호 | 시간당 급여 | 주당 평균 근무 시간 | 지불 횟수? (1회, 매주, 매월, 기타) | 이번 달에 받은 총 근로 소득은? | 계속 받을 것으로 예상하십니까? (✓ 예 또는 아니오에 체크 표시) |
|--------|-------------|----------|--------|-------------|----------------------------|--------------------|--|
| | | | \$ | | | \$ | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| | | | \$ | | | \$ | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| | | | \$ | | | \$ | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| | | | \$ | | | \$ | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |

이 소득이 계속될 것으로 예상되지 않는 경우 이유를 설명해 주십시오.

지난 60일 사이에 실직했거나, 직장을 옮겼거나, 그만두었거나, 근무 시간이 줄어든 사람이 있습니까? (한 곳만 표기) 예 아니오

| | | |
|-----------------|--------------------|------------|
| '예'인 경우, 누구입니까? | 실직 또는 그만두었거나 옮긴 날짜 | 마지막 임금 수령일 |
|-----------------|--------------------|------------|

이유?

파업 중인 사람이 있습니까? (한 곳만 표기) 예 아니오

| | | |
|-----------------|------------|------------|
| '예'인 경우, 누구입니까? | 파업을 시작한 날짜 | 마지막 임금 수령일 |
|-----------------|------------|------------|

이유?

8a. 자영업

자영업에 종사하는 가구 구성원의 경우 실제 자영업 지출 비용을 공제하거나 자영업 소득의 표준 40%를 공제할 수 있습니다. 실제 사업비를 선택하는 경우 해당 지출에 대한 증빙을 카운티에 제출해야 합니다.

| 자영업 당사자 | 사업 개시일 | 사업 유형 및 명칭 | 총 월 소득 | 자영업 사업비 (한 곳만 ✓ 표기) |
|---------|--------|------------|--------|--|
| | | | \$ | <input type="checkbox"/> 40% 고정 비율 <input type="checkbox"/> 실제 사업비 \$ _____ |
| | | | \$ | <input type="checkbox"/> 40% 고정 비율 <input type="checkbox"/> 실제 사업비 \$ _____ |
| | | | \$ | <input type="checkbox"/> 40% 고정 비율 <input type="checkbox"/> 실제 사업비 \$ _____ |
| | | | \$ | <input type="checkbox"/> 40% 고정 비율 <input type="checkbox"/> 실제 사업비 \$ _____ |
| | | | \$ | <input type="checkbox"/> 40% 고정 비율 <input type="checkbox"/> 실제 사업비 \$ _____ |

9. 가구의 자녀/성인 돌봄 비용

귀하나 귀하와 함께 식품을 구입하고 음식을 준비하는 사람 중에, 귀하나 다른 사람이 출근, 등교 또는 구직 활동을 할 수 있도록 자녀, 장애 성인 또는 기타 피부양자를 돌보는 비용을 지불하는 사람이 있습니까? (한 곳만 표기) 예 아니오 '예'일 경우 이 질문에 답하십시오. '아니오'일 경우, 다음 질문으로 가십시오.

| 돌봄을 받는 사람은? | 돌봐 주는 사람은? (돌봐 주는 사람의 이름과 주소) | 지급 금액은? | 얼마나 자주 지급합니까? (매주/매월, 기타) |
|-------------|----------------------------------|---------|------------------------------|
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |

귀하 가구가 위에 기재한 자녀/성인 돌봄 비용을 내는 데 전액 또는 부분적으로 도와 주는 사람이 있습니까? 예 아니오 '예'인 경우, 아래에 답해 주십시오.

| 돌봄을 받는 사람은? | 누가 도와 줍니까? | 지급 금액은? | 얼마나 자주 지급합니까? (매주/매월, 기타) |
|-------------|------------|---------|------------------------------|
| | | \$ | |
| | | \$ | |

10. 자녀 양육비

귀하 또는 귀하와 함께 식품을 구입하고 음식을 준비하는 사람 중에 체납 자녀 양육비를 포함하여 자녀 양육비를 지급해야 하는 법적 의무가 있는 사람이 있습니까?

예 아니오 '예'일 경우 이 질문에 답하십시오. '아니오'일 경우, 다음 질문으로 가십시오.

| 누가 아동양육비를 지불합니까? | 지급 자녀양육비의 대상 자녀(들)의 이름: | 지급 금액은? | 얼마나 자주 지급합니까? (매주/매월, 기타) |
|------------------|-------------------------|---------|------------------------------|
| | | \$ | |
| | | \$ | |

11. 가게 비용

귀하 또는 귀하와 함께 식품을 구입하고 음식을 준비하는 사람 중에 가게 비용을 책임지고 있는 사람이 있습니까? 예 아니오 '예'일 경우 이 질문에 답하십시오. '아니오'일 경우, 다음 질문으로 가십시오.

참고: HUD 또는 제8조와 같이 주택 지원을 통해 지급되는 금액은 기재하지 마십시오. 난방, 냉방, 전화, 기타 공공요금 및 노숙자 보호 시설 등은 정해진 수당이며 실제 지급 금액은 기재할 필요가 없습니다.

| 비용(지출비) 유형 | 비용이 있습니까? (한 곳만 표기) | 누가 냅니까? | 지급 금액 | 얼마나 자주 청구합니까? (매주/매월, 기타) |
|---|---|------------|---------------|------------------------------|
| 집세 또는 주택 대금 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | | \$ | |
| 재산세 및 보험료(집세 또는 모기지와 별도로 청구되는 경우) | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | | \$ | |
| 장작 또는 프로판 가스 등, 난방이나 냉방 용도로 사용되는 가스, 전기 또는 기타 연료비(집세 또는 모기지와 별도로 청구되는 경우) | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | | | |
| 전화/휴대 전화 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | | | |
| 홈레스(노숙자) 보호 시설 비용 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | | | |
| 상수도, 하수도, 쓰레기 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | | | |
| 귀하 가구 구성원이 아닌 사람으로 위에 열거된 비용 지출에 도움을 주고 있는 사람이 있습니까? (한 곳만 표기) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'인 경우, 적어 주십시오. | | 누가 도와 줍니까? | 얼마나 됩니까 \$ | 지불 횟수? |

귀하 가구는 저소득 가정 에너지 지원 프로그램(LIHEAP)으로부터 지원금을 받고 있거나 받을 것으로 예상하고 있습니까? (한 곳만 표기) 예 아니오

12. 의료 지출비:

귀하 또는 식품을 함께 구매하고 요리하는 가족 중, 노인(60세 이상) 또는 장애인으로서 의료 비용을 본인이 부담하는 사람이 있습니까?

예 아니오 '예'일 경우 이 질문에 답하십시오. '아니오'일 경우 다음 질문으로 가십시오.

참고: SSI 또는 장애 및 맹인 수령자를 위한 피부양자 지급금을 받는 배우자 또는 자녀는 기재하지 마십시오. 가까운 장래에 발생할 것으로 예상되는 비용을 기재하십시오.

허용되는 의료 비용은 다음과 같습니다. (해당되는 모든 곳에 체크할 것)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 의료 또는 치과 진료 | <input type="checkbox"/> Medicare 보험료(Medi-Cal 부담금 등) | <input type="checkbox"/> 시중에서 처방전 없이 살 수 있는 처방약 |
| <input type="checkbox"/> 병원 입원 또는 외래 환자 진료/요양원 | <input type="checkbox"/> 의치, 보청기 및 보철술 | <input type="checkbox"/> 의료 치료를 받기 위해 필요한 교통비(이동 거리 또는 요금) 및 숙박 비용 |
| <input type="checkbox"/> 처방약 | <input type="checkbox"/> 나이, 질병 또는 쇠약으로 인해 필요한 간병인 유지 | <input type="checkbox"/> 안과 처방전 안경 콘택트 렌즈 |
| <input type="checkbox"/> 건강 및 입원 보험 약관 보험료 | <input type="checkbox"/> 간병인에게 제공한 식사 횟수와 비용 | <input type="checkbox"/> 처방 의료 보급품 및 장비 |
| | | <input type="checkbox"/> 서비스 동물 비용(사료, 동물 병원 이용 비용 등) |

| 해당 노령자/장애인 이름 | 비용 금액 | 얼마나 자주 지급합니까? (매월, 매주, 기타) | 어떤 종류의 비용입니까? (처방, 의치, 간병인 식사 횟수 등) | 가구는 의료비 지출에 대해 환급 받는 부분이 있습니까? (Medi-Cal, 보험, 가족 구성원 등에 의해)? |
|---------------|-------|-------------------------------|--|---|
| | \$ | | | '예'경우, 누가: 금액 \$ |
| | \$ | | | '예'경우, 누가: 금액 \$ |
| | \$ | | | '예'경우, 누가: 금액 \$ |
| | \$ | | | '예'경우, 누가: 금액 \$ |

13. 귀하를 포함하여 혜택을 신청한 사람 중에서 다음 중 한 곳에서 식료품을 받는 사람이 있습니까? (한 곳만 표기) 예 아니오
'예'일 경우 이 질문에 답하십시오. '아니오'일 경우 다음 질문으로 가십시오.

- 고령자/장애인을 위한 공동 식사 시설
- 미국 원주민 보호 구역이 운영하는 식품 배급 프로그램
- 기타 식품 프로그램

| | |
|-----------------|------|
| '예'인 경우, 누구입니까? | 어디서? |
| '예'인 경우, 누구입니까? | 어디서? |

14. 귀하를 포함하여 혜택을 신청한 사람 중에서 다음 시설 중 한 곳에 거주하고 있는 사람이 있습니까? (한 곳만 표기) 예 아니오
'예'일 경우 이 질문에 답하십시오. '아니오'일 경우 다음 질문으로 가십시오.

- 홈레스(노숙자) 보호 시설
- 가정 폭력 피해 여성 보호 시설
- 미국 원주민 보호 구역
- 약물/알코올 사회 복귀 치료 센터
- 교정 시설/형무소(유치장 또는 교도소)
- 맹인/장애인을 위한 그룹 거주 시설
- 연방 보조금 지원 주택
- 정신 병원/정신 질환자 보호 시설
- 병원
- 장기 요양 또는 숙박 및 돌봄 시설

| 해당 개인 이름 | 기관 이름 (센터, 보호 시설, 시설 등) | 퇴원 예상일 (해당되는 경우) |
|----------|-------------------------|---------------------|
| | | |
| | | |

15. 귀하와 함께 거주하는 사람 중 60세 이상이고 장애 때문에 혼자서 식품을 구입하고 식사를 준비할 수 없는 사람이 있습니까?
(한 곳만 표기) 예 아니오

'예'인 경우, 누구입니까?

16. 가구의 자원

귀하 또는 귀하와 함께 식품을 구입하고 음식을 준비하는 사람 중 일체의 자원을 보유한 사람이 있습니까(현금, 은행 잔고, CD, 주식 및 채권 등)?

예 아니오 '예'일 경우 이 질문에 답하십시오. '아니오'일 경우 다음 질문으로 가십시오.

해당 되는 항목에 모두 체크 표시하십시오.

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 은행/신용 조합 계좌(수표계좌) | <input type="checkbox"/> MMA(Money Market Account) | <input type="checkbox"/> 주식 |
| <input type="checkbox"/> 은행/신용 조합 계좌(보통예금) | <input type="checkbox"/> 뮤추얼 펀드(상호부금) | <input type="checkbox"/> 채권 |
| <input type="checkbox"/> 안전 금고 박스 | <input type="checkbox"/> 예금 증서(CD) | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |
| <input type="checkbox"/> 저축 채권(들) | <input type="checkbox"/> 보유 현금 | |

다른 사람과 공동 계좌인 경우 아래에 그렇게 명시해 주십시오.

위에 체크 표시한 각 네모 칸에 대해 아래 정보를 기재해 주십시오.

| 해당 자원은 누구 명의로 되어 있습니까? | 어떤 종류의 자원입니까? | 가치는 얼마나 됩니까? | 해당 자원은 어디에 있습니까? (돈이 보관되어 있는 은행이나 회사의 이름도 기재) |
|------------------------|---------------|--------------|--|
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |

귀하 또는 귀하 가구 구성원이 지난 3개월 사이에 자원을 팔았거나, 거래했거나, 증여했거나, 양도한 적이 있습니까?

(한 곳에 표기) 예 아니오

17. 이중 혜택

귀하 또는 귀하의 가족 구성원 중 1996년 9월 22일 이후에 어떤 주에서든 부정한 방법으로 이중 SNAP(연방 식료품 지원 프로그램 이름, 캘리포니아 주에서는 CalFresh라고 부름) 혜택을 수령한 죄로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? (한 곳에 표기)

예 아니오

'예'인 경우, 누구입니까?

18. 혜택 불법 거래(교환 또는 판매)

귀하 또는 귀하의 가족 구성원 중 1996년 9월 22일 이후에 \$500 이상의 SNAP 혜택을 불법 거래(EBT 카드를 타인에게 교환 또는 판매)한 죄로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? (한 곳에 표기)

예 아니오

'예'인 경우, 누구입니까?

19. 혜택을 이용한 마약 거래

귀하 또는 귀하의 가족 구성원 중 1996년 9월 22일 이후에 SNAP 수당을 마약류와 교환한 죄로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까 (한 곳에 표기)

예 아니오

'예'인 경우, 누구입니까?

20. 혜택을 이용한 무기류 또는 폭발류 거래

귀하 또는 귀하 가구 구성원 중 1996년 9월 22일 이후에 SNAP 혜택을 총기류, 화약류 또는 폭발류와 교환한 죄로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? (한 곳에 표기)

예 아니오

'예'인 경우, 누구입니까?

21. 도주 중인 중죄인

귀하 또는 귀하 가구 구성원 중 중범죄 또는 중범죄 미수에 대한 기소, 구금 또는 징역 처벌을 피하기 위해 숨는 중이거나 도주 중인 사람이 있습니까? (한 곳에 표기)

예 아니오

'예'인 경우, 누구입니까?

22. 보호 관찰/가석방 위반

귀하 또는 귀하의 가족 구성원 중에 보호 관찰 또는 가석방을 위반한 혐의로 법원 판결을 받은 사람이 있습니까? (한 곳에 표기)

예 아니오

'예'인 경우, 누구입니까?

추가 기재 공간

추가 기재 공간

작성하지 마십시오 - 카운티 전용란

(DO NOT COMPLETE - COUNTY USE ONLY)

IF THE ANSWER IS YES TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE

Is the household's gross income less than \$150 and cash on hand, or in checking and savings accounts \$100 or less?

Yes No

Is the household's combined gross income and cash on hand or on checking and savings accounts less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance?

Yes No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding \$100 and does not expect to receive more than \$25 in next 10 days?

Yes No