



# 급부 신청서

**지역 카운티 사무실에 작성한 신청서를 팩스, 우편으로 보내거나 직접 제출해야 합니다.**

이 신청서를 작성하거나 저희와 소통하는 데 도움이 필요하시면 저희에게 문의하거나 1-877-423-4746 으로 전화하십시오. 청각장애가 있거나 잘 듣지 못하실 경우 조지아 릴레이에 711 로 전화하십시오. 저희 서비스는 무료입니다.

## '가족아동서비스국' (DFCS)는 어떤 서비스를 제공합니까?

DFCS는 다음과 같은 서비스를 제공합니다.

### 식료품 지원



푸드 스탬프는 EBT/Quest 표시가 붙은 어느 상점에서든지 음식을 구매할 수 있는 급부입니다. 구매하신 식료품의 가격은 귀하의 푸드 스탬프 계좌에서 공제합니다.

### 현금지원/취업지원 서비스



빈곤가족 임시지원(TANF)은 제한된 기간 동안 부양자녀가 있는 가정에 현금을 지원해 줍니다. 이 지원프로그램의 수혜자인 부모나 보호자는 근로 프로그램(work program)에 참여할 의무가 있습니다.

현금지원 프로그램은 또한 TANF 프로그램 수혜 자격이 없는 난민 가정에도 제공됩니다. 현금 지원 프로그램은 TANF 프로그램에 가입할 수 없는 난민 가정에도 재정적 지원을 제공합니다.

- **조손가정 어린이(Grandparents Raising Grandchild, GRG)**는 조부모의 집에서 보살핌을 받을 수 있도록 필요한 지원을 제공받을 것입니다.



### 의료지원

메디케이드(Medicaid)는 자격이 되는 수혜자의 의료비, 의사 진료비 및 메디케어(Medicare) 보험료를 지급해 줄 수도 있습니다.

### 자주 묻는 질문들

혜택을 받는 데까지 시간이 얼마나

걸립니까? 푸드 스탬프: 최대 30일

TANF: 최대 45일

메디케이드: 10일에서 60일

귀하가 자격이 되는 경우 7일 내에 푸드 스탬프를 받게 됩니다. 5페이지 참조.

얼마를 받을 수 있습니까?

소득, 소득원, 가구 구성원이 혜택금액에 영향을 끼칩니다. 자격이 판정되면 구체적인 정보를 드릴 수 있습니다.

혜택은 어떻게 받습니까?

푸드 스탬프는 '전자 급부 이체'(EBT) 카드로 받을 수 있습니다. TANF의 경우 EPPIC Debit 마스터 카드를 받아서 급부를 받게 됩니다. 메디케이드 혜택을 위해 수혜 가능한 가구마다 메디케이드 카드가 발급됩니다. 메디케이드의 경우, 자격을 획득한 회원마다 메디케이드 카드를 받게 됩니다.



# 급부 신청서

## 사회 봉사 서비스

기타 복지부 서비스에 대한 추가 정보는 저희

홈페이지 <http://dfcs.dhs.georgia.gov> 를 방문하거나 1-877-423-4746으로 전화하십시오.

## 급부 신청을 어떻게 할 수 있습니까?



### 제1단계. 신청서 작성.

질문을 자세히 읽고 정확한 정보를 제공하십시오. 신청서에 서명하고 날짜를 기재하십시오.

제2단계. 신청서를 지역 관공서에 제출하십시오. 1-2, 13-14 페이지는 뜯어서 따로 보관하십시오.

**본 신청서의 3페이지부터 12페이지는 팩스, 우편으로 보내거나 지방 가족 및 아동 서비스국(DFCS) 사무실을 방문해 제출하십시오. 지역 관공서는 <http://dfcs.dhs.georgia.gov/county-offices>을 통해 찾아볼 수 있습니다.**



본인 본인이 대신해서 신청해 주는 사람에게 수혜 자격이 있다면 신청서에 귀하의 성명, 주소, 서명이 기재되어 접수된 날부터 푸드 스탬프나 TANF 혜택이 제공됩니다.

본인이 푸드 스탬프 또는 메디케이드를 신청한다면 성명, 주소 및 서명만으로도 신청서를 접수할 수 있습니다. 그러나 신청서 양식을 완전히 작성할 경우 저희가 귀하의 신청서를 더 신속히 처리해 드릴 수 있습니다. 본 양식은 푸드 스탬프 프로그램(FS)만 신청하거나 한가지 이상의 프로그램을 같이 신청하는 데 사용할 수 있습니다. 귀하의 푸드 스탬프 신청은 귀하가 신청한 다른 프로그램이 거부된거로 인해 거부되지 않습니다. 저희는 귀하의 푸드 스탬프 신청서에 대한 수혜 자격을 별도로 결정할 것입니다. 귀하가 어떤 기관에 입소하여 있고 푸드 스탬프와 SSI를 동시에 신청할 경우 신청서의 접수 날짜는 기관에서 퇴소하는 날짜가 됩니다.

## 제 3단계. 직원과의 상담

담당자와 인터뷰를 해야 하는 경우도 있습니다. 그런 경우 저희가 예약을 해드립니다. 인터뷰는 전화 통화로도 가능합니다.

## 어떤 정보를 제공해야 합니까?

다음의 정보를 제공하는 것이 좋습니다.

- 푸드 스탬프 및/또는 TANF를 신청하는 경우 신청자 신분증, 의료 지원을 신청하는 경우 모든 사람의 신분증, 신분증(ID) 또는 운전면허증(DL).
- 급부를 신청하는 모든 사람의 시민권이나 자격을 입증하는 이민신분증, '긴급 의료 서비스'만 신청할 경우 SSN 또는 신분 상태에 대한 정보를 제공할 필요가 없습니다.
- 지원을 요청하는 모든 사람의 소셜 시큐리티 번호 소득 증명
- 자료. 예를 들어, 급여명세, 자녀양육비 지급 수표 및 소득을 입증하는 편지
- 자녀보육 관련 영수증, 의료비 청구서, 의료 관련 교통비, 자녀양육비 지급금

모든 정보를 저희 사무실로 제출할 수 있도록 시간을 드립니다. 이런 정보를 확보하는 데 도움이 필요하시면 연락하십시오.

## 신청인의 개인 정보는 어떻게 사용됩니까?

급부 신청을 하는 사람의 소셜 시큐리티 번호(SSN)와 시민권 또는 이민신분증만 제공하면 됩니다. 이 정보는 소득과 수혜 자격 확인 시스템(IEVS)을 통해 확인하는 데 사용됩니다. 본 기관은 소득과 자격조건을 확인하고 소득 정보 및 직무 활동 참여를 추적하기 위해 귀하의 정보를 연방,주,지역 관공서 정보와 대조 할 것입니다 만일 구성원 중 소셜 시큐리티 번호, 시민권, 또는 이민신분 관련 정보의 제공을 원치 않는 사람이 있다 해도 나머지 구성원은 여전히 혜택을 받을 수 있습니다. '긴급 의료 서비스'만 신청하실 경우 SSN 또는 신분 상태에 대한 정보를 제공할 필요가 없습니다.

## 다른 사람이 내 대신 신청을 해 줄 수 있나요?

예, 메디케이드와 푸드 스탬프의 경우 다른 사람에게 대신 신청해 달라고 부탁할 수 있습니다.

TANF 는 누구나 신청할 수 있지만 부모나 양육인(caretaker)은 인터뷰를 받아야 합니다.



# 급부 신청서

**(본 신청서를 작성한 후 지역 카운티 DFCS 사무실로 반송하십시오.)**

어떤 프로그램을 신청하십니까? ( 해당되는 모든 사항에 표시하십시오 )

- 푸드 스탬프(Food Stamps)**  
푸드 스탬프 프로그램은 저소득 가정에 월별 혜택을 제공하여 식비를 보조합니다. 이 프로그램은 영양 교육 또한 제공하여 해당 가정의 식품과 영양의 필요 섭취량을 충족할 수 있도록 도와줍니다.
- 빈곤가족 임시지원(TANF)**  
빈곤가족 임시지원(TANF)은 아동이 있는 가정을 튼튼하게 하기 위해 매월 임시 현금지급, 단일 현금지급 또는 기타 지원 서비스를 제공합니다. 만일 귀하가 아동의 부모이거나 돌보는 사람으로서 혜택을 받기 원할 경우 근로 프로그램에 참여해야 합니다.
- 조손가정 어린이(GRG)**  
조손 가정 어린이(GRG)는 추가적인 현금 지원으로 조부모의 집에서 보살핌을 받을 수 있습니다. **GRG 자격을 얻기 위해서는 반드시 TANF를 신청해야 합니다.**
- 난민 현금 지원(Refugee Cash Assistance)**  
난민 현금지원 프로그램은 TANF 프로그램의 수혜 자격이 없는 가정에 제공되는 재정 지원입니다. 난민은 쿠바인/아이티인 입국자, 인신매매 피해자, 미국인과 아시아인의 혼혈, 보호자가 없는 미성년자, 그 외난민을 의미합니다.
- 메디케이드(Medicaid)**  
메디케이드는 노인, 시각장애인, 성인 장애인, 임산부, 아동, 가족에게 의료보험을 제공합니다. 귀하가 신청할 경우 저희는 모든 메디케이드 프로그램 중 귀하에게 수혜 자격이 되는 프로그램을 선정해 드릴 것 입니다.

## 신청인의 인적 사항

신청인이나 대신 신청서를 작성하는 사람이 우리와 소통하기 위해 도움이 필요합니까? 그렇다면 적용되는 모든 사항에 표시하십시오.

( ) TTY ( ) 점자 ( ) 큰 활자 ( ) 이메일 ( ) 비디오 릴레이 ( ) 수화 통역 \_\_\_\_\_

( ) 외국어 통역(언어를 지정하십시오) \_\_\_\_\_ ( ) 기타 \_\_\_\_\_

신청인에 대한 다음 사항을 기재하십시오.

성명	중간이름 이니셜	성	Sr. Jr. 등의 호칭
번지와 도로명 주소		아파트 번호	
시	주	우편번호	
우편주소 (위와 다를 경우)			
시	주	우편번호	
주로 사용하는 전화번호	기타 연락 번호	이메일 주소 (선택사항)	



# 급부 신청서

인은 본인이 급부 신청을 대신 해주는 사람(들)이 본인이 알고 또한 믿고 있는 한 미국 시민(들)이거나 미국에 합법적으로 체류할 수 있는 신분을 가지고 있는 사람임을, 위증 시 처벌받을 것을 각오하고 선언합니다. 본 신청서에 기재한 모든 내용이 본인이 아는 한 사실이며 정확하다는 것을 확인합니다. 본인은 DHS-DFCS, DCH, 공인된 연방정부 기관이 본 양식에 제공한 정보를 확인할 권리가 있음을 이해하고 이에 동의합니다. 정보는 본인의 이전 또는 현 고용주로부터 받을 수 있습니다. 본인은 본인의 정보가 소득 정보 및 직무 활동 참여를 추적하는 데 사용될 것임을 이해합니다. 본인은 푸드 스탬프/메디케이드 및/또는 TANF 프로그램 규정에 따라 변동사항을 보고할 것입니다. 정보가 정확하지 않은 경우 혜택이 감소되거나 거절될 수 있으며 고의로 허위 정보를 제공한 경우 형사 사건으로 기소되거나 DHS-DFCS 프로그램의 자격을 상실할 수 있습니다. 본인은 허위정보를 제출하거나 정보를 감출 시에 기소될 수 있음을 이해합니다. 본인이 신청 또는 갱신 인터뷰시 DHS-DFCS에 알리지 않은 지출이 있거나 지출에 대해 입증하지 못할 경우 DHS-DFCS는 해당 지출을 본인의 푸드 스탬프 혜택 금액 산출시 포함하지 않는다는 점을 이해합니다.

\_\_\_\_\_ 서명  
 \_\_\_\_\_  
 "X"로 서명된 경우 증인 서명

\_\_\_\_\_ 날짜  
 \_\_\_\_\_ 날짜

## 나를 대신해서 푸드 스탬프나 메디케이드를 신청해 줄 사람을 선택할 수 있습니까?

이 부분은 귀하를 대신해 다른 사람이 신청서를 작성하고, 인터뷰를 하거나 귀하가 상점에 갈 수 없고 귀하의 EBT카드로 식품 구매를 요청해야 할 경우 작성하십시오. 메디케이드를 신청하는 경우에는 귀하를 대신해서 의료비 지원을 신청해 줄 사람을 한 명 이상 선택할 수 있습니다.

성명: \_\_\_\_\_ 전화: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_ 아파트: \_\_\_\_\_  
 도시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

성명: \_\_\_\_\_ 전화: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_ 아파트: \_\_\_\_\_  
 도시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

메디케이드의 경우 이 사람이 귀하의 메디케이드 카드 사본을 소지하기를 원합니까?  예  아니요

For Office Use Only

Date Received: \_\_\_\_\_



# 급부 신청서

## 내가 푸드 스탬프를 더 빨리 받을 수 있는 자격이 됩니까?

귀하가 푸드 스탬프를 7일 이내에 받을 수 있는지 알아보시려면 신청인과 가구 구성원 모두에 대한 다음의 질문에 답하십시오.

1. 귀하나 가구 구성원 중 이주 또는 계절 농장 노동자가 있습니까?  예  아니요  
'예'라고 답한 경우 누구입니까? \_\_\_\_\_
2. 이달에 받을 총 근로 소득: \$ \_\_\_\_\_  
고용주 성명 \_\_\_\_\_  
업무 시작일 \_\_\_\_\_ 업무 마감일 \_\_\_\_\_  
임금 단가 \_\_\_\_\_ 주당 근무 시간 \_\_\_\_\_ 매주/격주/1 달에 2 번/매달 (하나에 동그라미하십시오)
3. 이달에 받을 총 불로소득: \$ \_\_\_\_\_  
불로소득 종류 \_\_\_\_\_ 금액 \_\_\_\_\_ 매주/격주/1 달에 2 번/매달 (하나에 동그라미하십시오)  
불로소득 종류 \_\_\_\_\_ 금액 \_\_\_\_\_ 매주/격주/1 달에 2 번/매달 (하나에 동그라미하십시오)
4. 이달의 총 근로 및 불로 소득: \$ \_\_\_\_\_
5. 귀하와 모든 가구 구성원이 현금으로 또는 은행에 가지고 있는 금액은 얼마입니까? \$ \_\_\_\_\_
6. 귀하가 매달 지불하는 렌트, 모기지, 재산세, 또는 주택 보험료는 모두 얼마입니까? \$ \_\_\_\_\_
7. 귀하가 이달 지불해야 하는 전기, 수도, 가스 또는 기타 공과금은 모두 얼마입니까? \$ \_\_\_\_\_  
(미지불금과 연체료는 총액에서 제외)



# 급부 신청서

## 신청인과 모든 가구 구성원에 대해 적어주십시오

아래의 도표에 신청인 및 모든 가구 구성원에 대한 내용을 기입하십시오. **연방법 및 연방규정: 2008 년도 식품 및 영양법, 7 U.S.C. § 2011- 2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, 42 C.F.R. § 435.920 에 의하면 가족 및 아동 서비스부(DFCS)는 귀하와 가구 구성원의 소셜 시큐리티 번호를 요청할 수 있는 권한을 부여하고 있습니다.** 귀하의 가구에 살고 있으면서 혜택을 신청하지 않는 사람은 비신청자로 처리됩니다. 비신청자들은 자신의 소셜 시큐리티 번호, 시민권 또는 체류 신분에 대한 정보를 저희에게 제공할 필요가 없고 혜택을 받을 자격이 없습니다. 다른 가구 구성원들은 달리 자격이 있다면 여전히 혜택을 받을 수 있습니다. 본 기관을 통해 귀하의 가구 구성원 수혜 자격 여부를 확인하고 싶은 경우 시민권 또는 체류 신분 및 소셜 시큐리티 번호(SSN)를 제출해야 합니다. 또한 수혜자격과 가구의 수혜 정도를 결정하려면 신청하는 구성원의 소득과 재원을 알려주셔야 합니다. 저희에게 비신청자의 시민권이나 체류 신분을 제출하지 않을 경우 미국 시민권 및 이민 서비스(USCIS)의 복리후생을 위한 체계적인 외국인 조회(SAVE) 시스템에 신고하지 않을 것입니다. 그러나 신청서에 체류 신분에 대한 정보를 제출할 경우 다음 정보는 SAVE 시스템을 통해 조회되고 해당 가구의 수혜자격과 수혜 정도에 영향을 줄 수 있습니다. 저희는 귀하의 소득과 수혜자격을 확인하기 위해 귀하의 정보를 다른 연방, 주, 해당지역 기관 정보와 대조할 것입니다. 또한 다음 정보는 법망을 피해 도주 중인 사람을 찾는 데 사용하도록 법집행 공무원에게 제보될 수 있습니다. 귀하의 가구가 푸드 스탬프 청구권이 있는 경우 SSN 을 포함한 본 신청서에 제공된 정보를 연방, 주정부 기관 및 사설 채권추심 기관에 제공해 청구권을 추심하는 데 사용하도록 할 수 있습니다. 저희는 다른 가구 구성원이 SSN, 시민권 또는 체류 신분 정보를 제출하지 않음으로 인해 신청한 다른 가구 구성원의 혜택을 거절하지 않습니다.

성명 이름(first)중간 약자성(last)	귀하와 의 관계	이 사람도 급부 신청자인 가  (예/아니오)	출생일  형식 (- / - / - -)	소셜 시큐리티 번호  (신청인만 필요)	성별  (남/여)	히스패닉계 / 라틴계?  (선택사항)  (예/아니오)	인증 코드 (선택사항)  (아래의 코드를 참조하세 요)	미국시민이거나 유자격 외국인/이민자인 가?  (신청인만 필요) (예/아니오)
	본인							
인증 코드(해당 항목에 모두 표시하십시오): <b>AI</b> - 미국계 인디언/알래스카 원주민 <b>AS</b> - 아시안 <b>BL</b> - 흑인/아프리카계 미국인 <b>HP</b> - 하와이 태생/태평양 군도인 <b>WH</b> - 백인								
인증/민족 정보를 제공하시면 저희 프로그램이 비차별적으로 운영되는 데 도움이 됩니다. 귀하의 가구는 이 정보를 제공해야 할 의무가 없으며 제공하지 않아도 귀하의 자격이나 혜택 수준에 영향을 끼치지 않습니다.								



# 급부 신청서

## 신청인과 모든 가구 구성원에 대해 적어주십시오.

누가 수혜 자격이 있는지를 결정하기 위해 신청인과 모든 가구 구성원에 대대한 정보가 더 필요합니다. 아래에서는 오로지 귀하가 받기 원하는 혜택에 해당되는 질문에만 답하십시오.

1. 다른 카운티나 주에서 어떤 급부든지 받은 적이 있습니까?  예  아니요:

'예'라고 답한 경우

누가: \_\_\_\_\_

어디서: \_\_\_\_\_

언제: \_\_\_\_\_

2. 1996년 8월 22일 이후 다수의 푸드 스탬프를 받기 위해 다수의 지역에서 거주지 및 신원에 대해 허위정보를 제공하였다가 유죄판결을 받은 사람이 있습니까? (푸드스탬프만 해당)  예  아니요:

'예'라고 답한 경우

누가: \_\_\_\_\_

어디서: \_\_\_\_\_

언제: \_\_\_\_\_

3. 신청일로부터 30 일 내에 자발적으로 직장을 그만두거나 자발적으로 근무시간을 일주일에 30 시간 이하로 줄인 사람이 있습니까? (푸드 스탬프 및 TANF에만 해당)  예  아니요:

'예'라고 답한 경우 누가? \_\_\_\_\_

왜 그만두었습니까? \_\_\_\_\_

4. 임신한 사람이 있습니까? \*가능하면 임신한 증거를 제공하십시오.  예  아니요:

누가: \_\_\_\_\_

출산예정일: \_\_\_\_\_

(이 질문은 푸드 스탬프만 신청하는 경우 해당되지 않습니다.)

5. 메디케이드와 관련하여 지난 3개월 동안 지불하지 않은 의료비 청구서를 가지고 있는 사람이 있습니까?  예  아니요:  
(이 질문은 푸드 스탬프나 TANF만 신청하는 경우에는 해당되지 않습니다.)

6. 푸드 스탬프나 TANF 프로그램에서 자격을 상실했던 사람이 있습니까?  예  아니요:

'예'라고 답한 경우

a. 누가: \_\_\_\_\_

b. 어디에서: \_\_\_\_\_

7. 중범죄로 인한 기소나 수감을 피하려는 사람이 있습니까? (푸드 스탬프 및 TANF에만 해당)  예  아니요

'예'라고 답한 경우 누가: \_\_\_\_\_

8. 집행유예 또는 가석방 조건을 위반한 사람이 있습니까? (푸드 스탬프 및 TANF에만 해당)  예  아니요

'예'라고 답한 경우 누가: \_\_\_\_\_



# 급부 신청서

9. 1996년 8월22일 이후로 규제대상 약물 사용 또는 배포(즉, 마약 중죄)(푸드 스탬프 및 TANF만 해당)  예  아니요  
나 또는 폭력 중범죄(TANF만 해당)로 유죄판결을 받은 사람이 있습니까?

‘예’라고 답한 경우

누가: \_\_\_\_\_

언제: \_\_\_\_\_

- a) 마약 중범죄로 유죄판결을 받은 일체의 형벌에 관련된 집행유예의 준수 사항을 준수하고 있습니까? (푸드 스탬프 및 TANF만 해당)  예  아니요
- b) 마약 중범죄로 유죄판결을 받은 일체의 형벌에 관련된 가석방의 준수 사항을 준수하고 있습니까? (푸드 스탬프 및 TANF만 해당)  예  아니요
- c) 약물 관련 유죄 판결 결과에 의한 집행유예 또는 가석방의 모든 준수 사항을 성공적으로 이수했습니까? (푸드 스탬프 및 TANF만 해당)  예  아니요

10. 귀하나 가구 구성원 중 1996년 8월 22일 이후 마약을 구매하기 위해 푸드 스탬프를 거래하다 유죄판결을 받은 사람이 있습니까? (푸드 스탬프만 해당)  예  아니요

‘예’라고 답한 경우

누가: \_\_\_\_\_

언제: \_\_\_\_\_

11. 귀하나 가구 구성원 중 1996년 8월 22일 이후 푸드 스탬프를 \$500 이상의 금액으로 구매 또는 판매에 의해 유죄판결을 받은 사람이 있습니까? (푸드 스탬프만 해당)  예  아니요

‘예’라고 답한 경우

누가: \_\_\_\_\_

언제: \_\_\_\_\_

12. 본인 또는 가구 구성원 중 1996년 8월 22일 이후 푸드 스탬프를 이용해 총기, 총탄, 폭발물을 거래하다가 유죄판결을 받은 사람이 있습니까? (푸드 스탬프만 해당)  예  아니요

‘예’라고 답한 경우

누가: \_\_\_\_\_

언제: \_\_\_\_\_

13. 다음과 같이 금지된 장소에서 TANF 현금 지원금이나 EPPIC 카드를 사용한 사람이 있습니까? 주류상, 카지노, 포커룸, 성인전용 유흥업소, 보석 중개업소 (bail bonds), 나이트 클럽/살롱/주점, 빙고홀, 경마장, 총기/총탄상, 여행 유람선, 심령술사, 담배상, 문신/피어싱 업소 및스파/마사지 살롱 (TANF 만 해당)  예  아니요

‘예’라고 답한 경우

누가: \_\_\_\_\_

언제: \_\_\_\_\_



# 급부 신청서

## 신청인과 모든 가구 구성원의 수입에 관해 적어주십시오.

신청인 임금, 팁, 보너스, 사업, 소셜 시큐리티/레일로드 은퇴, 기타 장애 연금, 퇴역 군인, 연금, 실직, 양육비, 위자료 또는 다른 수입 등을 받는 사람이 있습니까?

소득이 있는 가구 구성원의 성명	소득 종류	고용주 성명/소득원	월간 금액(공제 전)	빈도(월간, 2 주마다, 주간)	시간당 임금	주당 근무 시간	지급 날짜

## 신청인과 모든 가구 구성원의 비용에 관해 적어주십시오.

미성년 자녀나 장애가 있는 성인 가족의 케어를 위해 비용을 지불합니까? 예  아니요  '예'라고 답한 경우 아래의 표를 기입하십시오. (푸드 스탬프의 경우 월별 지출이 \$200를 초과하는 경우 증명)

케어가 필요한 사람	케어 비용을 지불하는 사람	케어의 이유	서비스 제공자 성명/번호	서비스 제공자에게 지불하는 금액	지불 빈도

부양하고 있는 자녀 또는 장애인 성인 가구 구성원에 대한 교통비를 납부합니까? 예  아니요

부양 관리 비용에 다음 비용이 포함됩니까? 예  아니요

아닌 경우 다음 질문에 답하십시오. 주당 총 운전 거리(마일): \_\_\_\_\_

60 세 이상 또는 장애가 있는 사람의 의료 비용을 지불합니까? 예  아니요

'예'라고 답한 경우 아래의 표를 기입하십시오

비용 지불이 필요한 사람	비용의 종류 (의사 방문, 병원 방문, 처방, 메디케어 또는 건강 보험료, 안경)	지불해야 하는 비용	현재 지불해야 하는 금액이 남아있나요? 예/아니요	지불 날짜	보험에서 커버되나요? 예/아니요

60 세 이상 또는 장애가 있는 사람이 의료 서비스를 받기 위해 이동하는 데 드는 비용이 있습니까? 예  아니요

'예'라고 답한 경우 아래의 표를 기입하십시오

이동 목적 (의사나 병원 방문, 약국 방문)	운전 거리(마일):	택시, 버스, 주차, 숙소 비용:



# 급부 신청서

신청인과 모든 가구 구성원의 지출에 관해 더 적어주십시오.

가구 구성원 중 거주지 외에 다른 곳 에 거주하는 누군가에게 아동 양육비를 지불하는 사람이 있습니까? 예  아니요

'예'라고 답한 경우 아래의 표를 기입하십시오

지불 의무가 있는 구성원	양육비가 지불되는 아동의 성명	지불의무 금액	실제 지불된 금액	아동 양육비 수령인?

본인 또는 가구 구성원 중 주거비용을 내는 사람이 있습니까? 예  아니요

'예'라고 답한 경우 아래의 표를 기입하십시오.

비용	액수	주기	지불한 사람
렌트/모기지			
재산세			
주택 보험			
전기요금			
가스요금			
쓰레기 요금			
전화요금			
기타			

함께 거주하는 사람과 매월 주거비용을 나누어 부담하는 것이 있습니까? 예  아니요

'예'라고 답한 경우 누구입니까? \_\_\_\_\_

설명/서류

누구에게 지불합니까? \_\_\_\_\_ 지불 액수 \$ \_\_\_\_\_ 빈도 \_\_\_\_\_

집주인 성명: \_\_\_\_\_

집주인 주소: \_\_\_\_\_

과거 12 개월 동안 에너지 보조금을 받은 적이 있습니까? 예  아니요  '예'라고 답한 경우 받은 금액 \$ \_\_\_\_\_

귀하를 위해 다른 사람이 상기 주거 비용을 지불하는 것이 있습니까? 예  아니요  '예'라고 답한 경우 아래의 표를 기입하십시오.'예'라고 경우:

청구서는 누가 지불합니까?	어떤 청구서를 지불합니까?
지불하는 액수는 얼마입니까 ?	누구에게 청구서를 지불합니까?



# 급부 신청서

## 푸드 스탬프 프로그램 관련 처벌

고의로 허위정보를 제공하면 혜택을 상실하거나 형사건으로 기소될 수 있습니다.

- 귀하의 가정이 받아서는 안될 혜택을 받기 위해 허위정보를 제공하거나 정보를 숨기지 마십시오.
- 귀하의 가정이 받아서는 안될 혜택을 받기 위해 허위정보를 제공하거나 정보를 숨기지 마십시오. 타인의 푸드 스탬프 또는 EBT 카드를 사용하지 마십시오.
- 귀하의 것을 타인이 사용하지 못하도록 하십시오. 음식물 혜택을 음식이 아닌 술 또는 담배 또는 신용카드 지불을 위해 사용하지 마십시오.
- 푸드 스탬프나 EBT 카드를 규제대상인 무기, 총탄 또는 규제대상 약물(불법 마약)을 위해 거래하거나 팔지 마십시오.

가구 구성원 중 위의 규정들 중 어느 것이라도 고의적으로 위반할 경우 1 년 또는 영구적으로 푸드 스탬프 프로그램 혜택을 상실할 수 있고 최고 \$250,000 의 벌금형, 20 년의 자유형 또는 두 가지 모두의 형을 받을 수 있습니다. 해당 사람은 적용 가능한 주정부 및 연방법에 의거 처벌 받을 수 있으며 법정 판결에 따라 푸드 스탬프/SNAP 프로그램으로부터 추가로 18 개월 금지당할 수 있습니다.

가구 구성원 중 누구라도 법을 고의적으로 위반하면 첫 번째 위반시 1 년, 두 번째 위반시 2 년, 세 번째 위반시 영구적으로 푸드 스탬프를 상실할 수 있습니다.

본인 또는 가구 구성원 중 누구라도 규제대상 약물의 판매와 관련된 거래에 혜택을 사용했거나 혜택을 받은 것으로 법정에서 유죄 판결을 받을 경우 본인 또는 해당 가구 구성원은 첫 번째 위반시 2 년, 두 번째 위반시 영구적으로 혜택을 상실할 수 있습니다.

본인 또는 가구 구성원 중 누구라도 총기류, 총탄 또는 폭발물의 판매와 관련한 거래에서 혜택을 사용했거나 혜택을 받은 것으로 법정에서 유죄 판결을 받을 경우 본인 또는 해당 가구 구성원은 첫 번째 위반시 영구적으로 푸드 스탬프 프로그램 참여자격을 상실하게 됩니다.

본인 또는 가구 구성원 중 누구라도 혜택을 받은 것을 총계 \$500 이나 그 이상의 금액을 받기위해 밀매한 것으로 법정에서 유죄 판결을 받을 경우 본인 또는 해당 가구 구성원은 첫 번째 위반시 영구적으로 푸드 스탬프 프로그램 참여 자격을 상실하게 됩니다.

본인 또는 가구 구성원 중 누구라도 푸드 스탬프를 더 많이 받기위해 신분(본인 정보) 또는 거주지(거주지 정보)에 대해 사기성 진술이나 제보를 한 것이 발견되면 본인 또는 해당 가구 구성원은 푸드 스탬프 참여자격을 10 년동안 상실하게 됩니다.

## TANF 프로그램 처벌

TANF 프로그램에서 고의적 프로그램 위반행위(Intentional Program Violation, IPV)는 개인이 지원단위(AU)의 자격을 만들거나 유지하기 위해, AU 에서 수령하는 혜택을 늘리거나 감소 방지를 위해 거짓 또는 오인시키는 정보를 제공하거나 정보를 제공하지 않는 의도적 행위입니다.

- 가구 구성원 중 누구라도 정보를 감추고 변경사항을 제때에 신고하지 않거나 허위정보를 제공할 경우 첫 번째 위반 시 6 개월, 두 번째 위반 시 12 개월, 세 번째 위반 시 영구적으로 TANF 혜택을 잃게 됩니다. TANF 데빗 카드로 현금을 인출하거나 카지노, 주점, "스트립 클럽"과 같은 성인전용 유흥시설, 포커룸, 보석 중개업소(bail bonds), 나이트클럽/살롱/여관, 빙고홀, 경마장, 게임장, 총기/총탄상, 여행 유람선, 심령술사, 담배상, 문신/피어싱 업소 및 스파/마사지 살롱에서 사용하거나 현금지원금을 약용하는 것은 용납되지 않으며 첫 번째 위반 시 6 개월, 두 번째 위반 시 12 개월, 세 번째 위반 시 영구적으로 TANF 혜택을 잃게 됩니다.
- 귀하나 귀하의 가구 구성원 중 누구라도 정보를 감추거나 변경사항을 제때 신고하지 않거나 진실을 말하지 않은 것이 법정에서 유죄로 밝혀지면 첫 번째 위반시 12 개월, 두 번째 위반시 영구적으로 TANF 를 받지 못하게 됩니다.
- 귀하나 귀하의 가구 구성원 중 누구라도 한 개 주가 넘는 곳에서 혜택을 받기 위해 사는 곳에 대해 거짓 정보를 제공한 것이 법정에서 유죄로 밝혀지면 10 년동안 금지당하게 됩니다.
- 1997 년 1 월 1 일 또는 그 이후 마약과 관련된 규제약물 또는 심각한 폭력적 중범죄에 대하여 유죄판결을 받은 경우 귀하나 그 가구 구성원은 자격 미달/또는 영구적으로 자격을 상실하게 됩니다.



# 급부 신청서

## 모든 푸드 스탬프, TANF, 메디케이드 신청자를 대신하여:

본인은 본인이 급부 신청을 대신 해주는 사람(들)이 본인이 알고 또한 믿고 있는 한 미국 시민(들)이거나 미국에 합법적으로 체류할 수 있는 신분을 가지고 있는 사람임을, 위증 시 처벌받을 것을 각오하고 선언합니다. 본 신청서에 기재한 모든 내용이 본인이 아는 한 사실이며 정확하다는 것을 확인합니다. 본인은 DHS-DFCS, DCH, 공인된 연방정부 기관이 본 양식에 제공한 정보를 확인할 권리가 있음을 이해하고 이에 동의합니다. 정보는 본인의 이전 또는 현 고용주로부터 받을 수 있습니다. 본인은 본인의 정보가 소득 정보 및 직무 활동 참여를 추적하는 데 사용될 것임을 이해합니다.

본인은 푸드 스탬프/메디케이드 및/또는 TANF 프로그램 규정에 따라 변동사항을 보고할 것입니다. 정보가 정확하지 않은 경우 혜택이 감소되거나 거절될 수 있으며 고의로 허위 정보를 제공한 경우 형사 사건으로 기소되거나 DHS-DFCS 프로그램의 자격을 상실할 수 있습니다. 본인은 허위정보를 제출하거나 정보를 감출 시에 기소될 수 있음을 이해합니다. 본인이 신청 또는 갱신 인터뷰시 DHS-DFCS에 알리지 않은 지출이 있거나 지출에 대해 입증하지 못할 경우 DHS-DFCS는 해당 지출을 본인의 푸드 스탬프 혜택 금액 산출시 포함하지 않는다는 점을 이해합니다.

\_\_\_\_\_  
신청인 서명

\_\_\_\_\_  
날짜

\_\_\_\_\_  
위임 받은 대리인의 서명

\_\_\_\_\_  
날짜

\_\_\_\_\_  
Case Manager's Name and Signature (담당자 성명과 서명)

\_\_\_\_\_  
Date (날짜)



# 급부 신청서

## (본 신청서를 작성한 후 지역 카운티 DFCS 사무실로 반송하십시오.)

본 기관은 인종, 피부색, 출신 국가, 장애 여부, 나이, 성별, 종교 또는 정치적 신념에 따라 차별하는 것이 금지되어 있습니다. 또한 미 농무부(The U.S. Department of Agriculture, USDA)는 USDA가 시행하거나 자금을 지원하는 프로그램 및 활동에서 인종, 피부색, 출신 국가, 장애 여부, 나이, 성별, 종교 및 정치적인 신념 또는 보복 여부에 따라 차별하는 것이 금지되어 있습니다.

프로그램 정보를 받는 데 있어 대체 의사소통 수단(브라유 점자, 큰 활자, 음성 테이프, 미국 수화)이 필요한 장애인의 경우 급부 신청을 한 기관(주 또는 지방자치단체)에 연락해야 합니다. 청각 장애 또는 듣는 데 어려움이 있거나 언어 장애가 있는 분은 연방 릴레이 서비스(Federal Relay Service 800-877- 8339)를 통해 USDA 에 문의할 수 있습니다. 또한, 프로그램 정보는 영어 외의 다른 언어로도 제공이 가능합니다.

프로그램 차별 민원을 제기하시려면 다음의 웹사이트를 통해 온라인 또는 USDA 사무소를 방문해 [USDA 프로그램 차별 민원서\(USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027\)](#)를 작성하십시오 — [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html). 또한 USDA 를 수신인으로 하여 편지를 보내실 수 있으며 편지에는 양식에서 요구하는 모든 정보를 기재해야 합니다. 민원서 양식이 필요하시면 (866) 632-9992 번으로 연락하십시오. 아래 방법을 이용해 USDA 로 작성한 양식이나 편지를 제출하십시오

- 1) 우편: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410 or
- 2) 팩스: (202) 690-7442; or
- 3) 이메일: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

'보충영양지원프로그램(SNAP)' 문제에 대한 다른 정보는 USDA SNAP 핫라인 (800) 221-5689 번으로 연락하거나(스페인어도 동일 번호) 다음 (주 별 핫라인 번호 목록 링크) 웹사이트를 통해 [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm) 검색한 후 [주 정보 핫라인 번호\(State Information/Hotline Numbers\)](#)로 연락하십시오.

미국 건강보건의부(HHS)를 통해 연방 재정지원을 받는 프로그램과 관련하여 '차별 민원서'를 제출하시려면 다음 주소 "HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201"로 편지를 보내시거나 (음성)202-619-0403 또는 (TTY)800- 537-7697 번으로 연락하십시오.

본 기관은 '동등기회 제공기관'입니다.

또한 DFCS Civil Rights Program, Two Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303 에 문의, (404) 657-3735 번으로 전화 또는 (404) 463-3978 번으로 팩스를 보내 차별 민원을 제기할 수 있습니다. 영어 소통 제한 및 감각기관 장애 서비스는 DHS Limited English Proficiency and Sensory Impaired Program, Two Peachtree Street, N.W., Suite 29-103 N.W., Atlanta, GA 30303 으로 문의, (404)-657-5244 번으로 전화 또는 (404)-651-6815 번으로 팩스를 보내십시오.

지역 사회 보건부(DCH) 규정에 의거하여 메디케이드 프로그램은 인종, 나이, 성별, 장애, 출신국가 또는 종교적 및 정치적 신념을 이유로 자격이나 혜택이 거절될 수 없습니다. 자격여부나 제공자 차별을 신고하려면 조지아 주 지역사회 보건부(Department of Community Health) 프로그램 청렴관리 부서(Office of Program Integrity)로 지역번호 404-463-7590 또는 수신자 부담 800-533-0686 번으로 전화하십시오.

### 이 신청서에서 사용하는 용어의 뜻은 무엇입니까?

다음의 표는 이 신청서에서 사용하는 용어를 설명합니다.

양육인(caretaker)	돌보고 있는 아동과 함께 TANF 를 신청하여 받고 있는 부모, 친척 또는 법적 보호자
수혜자 친척	아동을 위하여 자신의 이름으로 TANF 를 신청하여 받고 있는 부모, 친척 또는 법적 보호자
자격 상실	허위정보 제공에 의해 받을 수 없었던 혜택을 받았기 때문에 푸드 스탬프 또는 TANF 에서 제외되는 조치
전자 급부 이체(EBT)	푸드 스탬프 또는 TANF를 받을 자격이있는 개인에게 지불하기위해 조지아 주에서 사용하는 시스템. 보조금을 받는 개인들에게 푸드 스탬프 계좌를 이용할 목적으로 전자이체 직불카드가 지급됨.



Division of Family and  
Children Services

### 급여 신청서

EPICard 데빗 마스터 카드	제록스(Xerox) 사에서 새로 발급한 데빗카드 또는 조지아 주에서 현금 지원을 받는 사람에게 주어집니다. EPPI 데빗 마스터 카드는 마스터 카드를 받는 모든 곳에서 구매나 현금 인출을 위해 사용할 수 있습니다.
가구 구성원	귀하의 집에서 거주하는 사람, 푸드 스탬프를 받는 경우 한집에 함께 거주하며 음식을 사서 같이 만들어먹는 사람.
소득	시간당 급여, 봉급, 커미션, 보너스, 산업재해 보험금, 장애 급여, 연금, 퇴직 급여, 이자, 아동 양육비 또는 다른 형태로 받는 금전
총소득	세금 납부나 공제 전 개인 총소득
농장의 이주 노동자	계절에 따라 농장에서 채용하는 노동자로서 농장 일을 찾으러 여러 곳으로 이주하며 거주하는 사람
수입원	현금, 부동산, 또는 은행 계좌 등의 자산, 차량, 주식, 채권 및 생명보험 등
계절 농장 노동자	연중 특정한 때에 일하면서 농산물을 심고 추수하고 포장하는 사람. 농장에서 정기적으로 일하는 사람의 일손이 부족할 때 임시로 채용하는 사람들
2012 중산층 세금 완화법	이 법은 현금 보조금이나 TANF 데빗 카드로 현금을 인출하거나 또는 카지노, 주류상, 성인 전용 유흥 업소, 포커룸, 보석금 채권, 나이트 클럽/살롱/주점, 빙고홀, 경마장, 게임장, 총기/총탄상, 여행 유람선, 심령술사, 담배상, 문신/피어싱 업소, 그리고 스파/마사지 살롱 등에서 현금 보조금이나 TANF 데빗카드를 사용하는 것을 금하고 있습니다. 현금 보조금이나 TANF 데빗 카드를 이런 업소에서 사용하는 것은 의도적인 사용으로 간주된 프로그램 위반 사항(사기)이 됩니다.
신청인	공적 보조금/혜택을 받고자 신청하는 사람
비 신청인	공공지원/혜택을 받고자 신청하지 않는 사람; 비 신청인들은 SSN, 시민권 또는 이민상황을 증명할 필요가 없습니다.
지원 단위	지원단위는 함께 살며 공공 지원/혜택을 받는 수혜가능한 개인을 포함함.
SNAP/푸드 스탬프 프로그램의 불법거래	SNAP 급여의 불법거래는 아래와 같은 의미를 갖습니다. 1) 독자적으로 또는 타인과 같이 공모해서 직, 간접적으로 이미 발급된 SNAP 혜택을 거래하거나 EBT 카드, 카드 번호, 비밀 번호를 이용해 사용하거나 상품권이나 서명으로 현금이나 구매 불가한 음식을 사려고 하거나 구매, 판매, 절도하는 행위; (2) 무기류, 총탄류, 폭발물, 또는 규제 약물 거래; (3) 반환금을 받을 목적으로 제품을 버리고 용기를 제출함으로써 현금을 획득할 의도로서 반환금을 주게 되어 있는 용기가 있는 제품을 SNAP 혜택으로 구입한 후 그 제품을 의도적으로 버리고 반환금을 받기 위해 그 용기를 의도적으로 제출하는 행위; (4) 되팔으로써 현금 또는 적격 식품 이외의 대가를 취득할 의도로서 SNAP 혜택으로 제품을 구입한 후 현금 또는 적격 식품이 아닌 대가를 받기 위해 SNAP 혜택으로 구입한 제품을 의도적으로 되파는 행위;(5) 처음부터 현금이나 수혜 대상이 아닌 음식물과 교환하기 위해 고의로 SNAP을 이용해서 물건을 구매하는 행위;(6) 독자적으로 또는 타인과 같이 공모 또는 결탁해서 직, 간접적으로 구매, 판매, 절도 또는 어떻게든 이미 발급된 SNAP 혜택의 거래에 영향을 미친다거나 EBT 카드, 카드 번호, 개인 비밀 번호(PIN)를 통해 사용하거나 상품권이나 서명으로 현금이나 수혜 대상이 아닌 음식물을 사려고 시도하는 행위.
자격 있는 외국인/이민자	자격 있는 외국인/이민자는 합법적으로 미국에 체류하는 개인으로서 다음과 같은 범주에 속하는 사람을 말한다. 즉 <이민 및 국적법(INA)에 근거하여 합법적으로 미국에 입국한 개인>, <1988년의 외국 기업, 수출 금융 및 관련 프로그램 전용법 (Foreign Operations, Export Financing and Related Program Appropriations Act) 의 584조에 근거한 아시아계 미국인 혼혈 이민자>, <이민 및 국적법(INA) 208조에 근거하여 정치적 망명을 받은 개인>, <INA의 207조에 의거 입국한 피난민>, <INA의 212(d)(5)항에 의거하여 적어도 1년 동안 미국으로 가석방된 개인>, <1997년 4월 1일 전에 적용되었던 INA 243(h)항 또는 개정 INA 241(b)(3) 항에 의거하여 추방이 보류 중인 개인>, <1980년 4월 1일 전에 적용되었던 INA의 203(a)(7)항에 의거하여 조건부 입국이 허가된 개인>, <1980년 피난민 교육 보조법 501(e)항이 정의한 쿠바계 또는 아이티계 이민자>, <2000년 인신매매 희생자 보호법 107(b)(1)항에 의거한 인신매매 피해자>, <1996년 개인 책임 및 근로기회 조정법 431(c)항에서 제시한 조건을 충족시키는 구타당한 이민자>, <INA 101(a)(27)항에 의거하여 (구체적으로 기술된 조건에 따름) 특별 체류 신분을 받은 아프간 또는 이라크 이민자>, <INA 289조에 의거하여 캐나다에서 출생하여 미국에 거주하는 아메리칸 인디언, 또는 인디언의 자기 결정 및 교육원조법 4(e)항에 의거하여 연방 정부에서 인정하는 인디언 부족의 비시민권자 인디언, 그리고 베트남 전쟁 당시 (1964. 8. 5 - 1975. 5. 7) 군사작전 또는 구출작전에 참여하여 미국인을 도왔던 후몽(Hmong) 또는 하이랜드(Highland) 라오스 부족민>.