Massachusetts
노인을 위한 SNAP 혜택 신청서
(60세 이상의 개인 및 부부용)

Department of Transitional Assistance

SNAP 혜택은 어떻게 신청합니까?

- 업로드: DTA Connect
- 팩스: **617-887-8765**
- 우편: **DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420**
- 스캔: 현지 **DTA** 사무실

성:	이름:	중간 이름:
자택 주소:		시, 주, 우편번호:
우편 주소(다른 경우):		시, 주, 우편번호:
전화번호:		현재 노숙 상태입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

어떤 유형의 주택에 거주하고 있습니까?

☐ 민간 주택	☐ 주거 시설 이주	☐ 보호소
☐ 임시 주택	☐ 노동자 캠프장	☐ 임시 거처
☐ 공공 주택	☐ 상업용 하숙집	☐ 기타

서명함으로써 본인은 다음 사항에 동의합니다.

- 본인은 권리와 책임에 관한 부분을 포함하여 이 양식 전체를 읽었으며(또는 본인이 이해하는 언어로 내용을 전달받았으며), 이러한 규정을 준수해야 함을 이해합니다.
- 본인이 아는 한, 본인이 제공하는 정보는 사실이며 완전합니다.
- 본인이 고의로 허위 정보나 불완전한 정보를 제공할 경우 징역형을 받거나 벌금을 납부해야 할 수 있습니다.
- DTA와 기타 연방, 주 및 지방정부 공무원은 본인이 제공한 모든 정보를 확인(검증)할 수 있습니다.

서명:	날짜:

- **신청서에 이름, 주소(해당되는 경우) 및 서명이 기재되어 있으면 신청서를 접수합니다.**
- **승인될 경우 SNAP 혜택은 DTA가 신청서를 접수한 날짜부터 소급하여 지급됩니다.**
- **월요일부터 금요일까지 오전 8시 15분에서 오후 4시 45분 사이에 1-833-712-8027로 전화하여 인터뷰를 완료하십시오.**

다음에 해당하는 경우 7일 이내에 SNAP 혜택을 받을 수 있습니다.

- 귀하의 총소득과 은행 예금의 합계가 월 주거비보다 적은 경우 또는
- 월 총소득이 $150 미만이고 은행 예금이 $100 이하인 경우 또는
  또는
- 이주 노동자이고 은행 예금이 $100 이하인 경우.

Massachusetts 전자 혜택 이체(EBT) 카드가 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

사례가 종결된 후 다시 개설되는 경우에도 EBT 카드는 계속 사용할 수 있습니다. EBT 카드가 없는 경우 우편으로 보내드리거나 현지 사무소에서 발급해 드릴 수 있습니다. 자격 여부가 결정되기 전에 EBT 카드를 받을 수 있으므로, 자격이 있는 경우 혜택이 제공되는 즉시 이용할 수 있습니다. EBT 카드를 받을 때 카드 사용 방법에 관한 자세한 안내도 함께 받게 됩니다.

장애로 인해 도움이 필요한 경우, 보다 편리하게 이용할 수 있도록 편의를 제공해 드릴 수 있습니다.

편의 제공을 요청하거나 신청서 작성에 대한 도움을 받으려면 1-877-382-2363으로 전화하십시오.



장애가 있습니까?	☐ 예	☐ 아니요
'예'라고 답한 경우, 선호하는 의사소통 방법은 무엇입니까?	☐ 대면	☐ 미국 수어 - 대면
	☐ 전화	☐ 미국 수어 - 화상 중계 서비스(VRS) 귀하의 VRS 전화번호: _____
MassHealth에서 귀하에게 장애가 있음을 인정했습니까?	☐ 예	☐ 아니요

DTA는 제출 기한, 사례 정보, 사무소 휴무 및 기타 중요한 정보에 관한 문자 메시지를 귀하에게 보낼 수 있습니다. 문자 메시지 및 데이터 요금이 부과될 수 있습니다.

DTA로부터 문자 메시지를 **받고 싶지 않은** 경우, DTA Connect에서 수신을 거부하거나 1-877-382-2363으로 전화하거나 문자 메시지를 받았을 때 OPT OUT이라고 회신할 수 있습니다.

귀하에 관한 정보

사회 보장 번호:	생년월일:	성별: ☐ 남성 ☐ 여성
미국 시민권이 있습니까?☐ 예 ☐ 아니요 **참고:** SNAP을 신청하지 않는 비시민권자는 사회보장번호나 시민권 상태를 제공할 필요가 없습니다.		어떤 언어로 말하는 것을 선호하십니까? _____

귀하의 인종은 무엇입니까?*

☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인

☐ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민

☐ 백인

☐ 아시아인

☐ 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민

귀하의 민족은 무엇입니까?*

☐ 히스패닉 또는 라틴계

☐ 히스패닉 또는 라틴계 아님

* 귀하의 답변은 자격 여부에 영향을 미치지 않습니다. 인종, 피부색 또는 출신 국가에 관계없이 모든 사람이 공정하게 대우받도록 하기 위해 이러한 질문을 드립니다. 답변을 원하지 않는 경우 빈칸으로 두십시오.

가구 구성원

귀하와 함께 거주하는 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

예인 경우 아래 항목을 작성하십시오.

이름	**생년월일**	**사회 보장 번호**	**관계?**	**이 사람은 미국 시민권자입니까?**	**이 사람은 SNAP 혜택을 신청합니까?**
				☐ 예 ☐ 아니오	☐ 예 ☐ 아니오
				☐ 예 ☐ 아니오	☐ 예 ☐ 아니오
				☐ 예 ☐ 아니오	☐ 예 ☐ 아니오

소득

취업 소득, 실업 보상금, 자녀 양육비, 사회보장연금, SSI, 산재 보상금, 재향군인 혜택, 연금 또는 임대 소득과 같은 **소득**을 받는 사람이 있습니까? ☐예 ☐아니오

예인 경우 아래 항목을 작성하십시오.

소득이 있는 사람	**소득 유형**	**지급 주기**		**총액**
		☐ 매주 ☐ 격주	☐ 매월 ☐ 기타:	
		☐ 매주 ☐ 격주	☐ 매월 ☐ 기타:	

		☐ 매주 ☐ 격주	☐ 매월 ☐ 기타:	

주거 비용

가구가 주거비를 납부할 책임이 있습니까?

예인 경우 아래 항목을 작성하십시오.

유형:	**총액:**	**지급 주기:**		
☐ 임대료	$_____	☐ 매월 ☐ 기타:	☐ 분기별	☐ 연간
☐ 주택담보대출금 (모기지)	$_____	☐ 매월 ☐ 기타:	☐ 분기별	☐ 연간
☐ 재산세*	$_____	☐ 매월 ☐ 기타:	☐ 분기별	☐ 연간
☐ 주택 보험료*	$_____	☐ 매월 ☐ 기타:	☐ 분기별	☐ 연간
☐ 콘도 관리비	$_____	☐ 매월 ☐ 기타:	☐ 분기별	☐ 연간
☐ 기타	$_____	☐ 매월 ☐ 기타:	☐ 분기별	☐ 연간

* 재산세와 주택 보험료가 주택담보대출 상환금에 포함되어 있는 경우 해당 항목은 빈칸으로 두십시오.

공과금(유틸리티) 비용

가구가 주거비와 **별도**로 공과금을 납부할 책임이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

예인 경우, 해당되는 공과금 항목을 모두 선택하십시오.

☐ **난방비**(기름(오일), 가스, 전기 또는 프로판 등)

☐ **전기 및/또는 가스 요금** (난방용 이외), 수도, 하수도 및/또는

☐ **여름철 에어컨 사용을 위한 전기 요금**　　쓰레기 수거 비용

☐ **여름철 에어컨 사용료**　　☐ **전화 또는 휴대폰 서비스 요금** (선불 서비스 포함)

부양가족 돌봄(케어) 비용

성인 부양가족 케어 비용을 부담하는 사람이 있습니까?　☐ 예　☐ 아니요

예인 경우 아래 항목을 작성하십시오.

부양가족 이름	**지불 금액**	**지불 주기**
_____	$_____	☐ 매주　☐ 격주　☐ 매월 ☐ 기타:
_____	$_____	☐ 매주　☐ 격주　☐ 매월 ☐ 기타:

부양가족 케어 제공자의 서비스를 이용하기 위해 오가는 사람이 있습니까?　☐ 예　☐ 아니요

예인 경우 아래 항목을 작성하십시오.

부양가족 이름	**케어 제공자 주소**	**주당 차량 이용 횟수**		**운전하지 않는 경우: 대중교통, 택시, 셔틀 등의 이용 비용**
		갈 때	**올 때**	

의료비

60세 이상이거나 장애가 있는 사람 중 **자비 부담 의료비**를 지출하는 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

예인 경우 아래 항목을 작성하십시오.

이름	**지출 유형**	**월 총비용**
_____	☐ 의료비 ☐ 치과 진료비 ☐ 건강보험료 ☐ 의약품 비용 ☐ 기타(비처방 일반의약품, 의료용품 등)	_____
_____	☐ 의료비 ☐ 치과 진료비 ☐ 건강보험료 ☐ 의약품 비용 ☐ 기타(비처방 일반의약품, 의료용품 등)	_____

참고: 연체 중이거나 비용을 납부할 수 없더라도 본인이 부담해야 하는 비용으로 인정받을 수 있습니다. 의료비에는 본인부담금(코페이), 처방약, 비처방 일반의약품, 건강보험료, 진료비, 교통비 등이 포함됩니다.

의료 서비스(약국, 의사, 치료사 방문 등)를 이용하기 위해 오가는 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

예인 경우 아래 항목을 작성하십시오.

부양가족 이름	**케어 제공자 주소**	**주당 차량 이용 횟수**		**운전하지 않는 경우: 대중교통, 택시, 셔틀 등의 이용 비용**
		갈 때	**올 때**	

다른 주에서의 SNAP 혜택

지난 30일 이내에 Massachusetts주 이외의 지역에서 SNAP 혜택을 받은 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

예인 경우, 누구입니까?

_____

SNAP 근로 규정을 준수하지 않아 다른 주에서 위반 처분을 받은 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

예인 경우, 누구입니까?

_____

신청 지원

전화로 연락이 닿지 않을 경우 특정 개인이나 기관에 연락할 수 있도록 허락하시겠습니까?* ☐ 예 ☐ 아니오

예인 경우 아래 항목을 작성하십시오.

개인 또는 기관명: _____

전화번호: _____

주소: _____

* 이를 신청 지원 개인/기관이라고 합니다. 이 역할은 신청 기간에만 유효합니다.

정보 공개 승인

개인이나 기관이 DTA와 연락하고 귀하의 사례에 관한 관련 기밀 정보를 제공받을 수 있도록 허락하시겠습니까?* ☐ 예 ☐ 아니오

예인 경우 아래 항목을 작성하십시오.

개인 또는 기관명: _____

전화번호: _____

주소: _____

* 이 역할을 맡은 개인이나 기관은 변경 사항을 신고하거나 인터뷰를 완료할 수 없습니다. 허가는 1년 후에 만료됩니다.

자격 인증을 위한 위임 대리인

기관 또는 신뢰하는 사람에게 양식 서명, 변경 사항 신고, 인터뷰 완료 및 귀하의 사례에 관해 당 기관과 상담할 수 있는 권한을 부여하시겠습니까?* ☐ 예 ☐ 아니오

예인 경우 아래 항목을 작성하십시오.

개인 또는 기관명: _____

전화번호: _____

연방 고용주 식별번호(EIN)(기관만 해당): _____

* 취소할 때까지 권한이 유효합니다.

EBT 거래 위임 대리인

신뢰하는 사람에게 귀하를 대신해 SNAP 혜택으로 식료품을 구매할 수 있도록 EBT 카드를 발급받을 권한을 부여하시겠습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

예인 경우 아래 항목을 작성하십시오.

개인 또는 기관명: _____

전화번호: _____

주소: _____

* 카드가 발급되기 전에 신원을 확인해야 합니다. 취소할 때까지 권한이 유효합니다.

- 위임 대리인의 EBT 카드를 취소하려면 1-800-997-2555로 전화하십시오.
- 위 역할 중 하나라도 취소하려면 1-877-382-2363으로 전화하십시오.

다음 단계는 무엇입니까?

다음 페이지를 기록용으로 보관하십시오.



전화 문의

인터뷰를 위해 전화드리겠습니다. 연락이 닿지 않으면 예정된 전화 인터뷰에 관한 안내문을 우편으로 보내드립니다. 전화 문의도 가능함: 1-833-712-8027, 월요일부터 금요일까지 오전 8시 15분에서 오후 4시 45분 사이에 인터뷰를 진행합니다.



증빙 서류 제출

필요한 경우 자격 여부를 확인할 수 있도록 제출해야 할 서류 목록을 보내드립니다. 신청일로부터 30일 이내에 서류를 제출해야 합니다. 도움이 필요하면 알려주십시오!



SNAP 혜택 받기

30일 이내에 결정 통지서를 우편으로 보내드립니다. 승인되면 EBT 카드에 혜택이 지급됩니다. 거부될 경우 그 사유를 알려드립니다.



연결하기

사례 상태 확인, 사례 정보 업데이트, 서류 업로드 등을 하려면 DTAConnect.com을 방문하거나 DTA Connect 모바일 앱을 사용하거나 DTA 지원 전화 1-877-382-2363으로 전화하십시오!

자세한 정보가 필요하거나 도움이 필요하면 **1-833-712-8027**로 전화하거나 Mass.gov/DTA를 방문하십시오.

추가 지원 정보

SNAP Path to Work(취업 지원 프로그램): SNAPpathtowork.org에서 취업 및 직업훈련 제공 기관을 찾아보십시오.

참고: 이는 SNAP만 받는 수급자를 위한 서비스입니다.

Massachusetts 2-1-1: 가까운 지역의 보건 및 복지 서비스 프로그램을 찾으려면 211로 전화하십시오.

SNAP-Ed: 건강한 조리법, 요리 팁, 가족이 활기차게 생활하는 방법을 알아보려면 SNAP 영양 교육 웹사이트 MAhealthyfoodsinasnap.org를 방문하십시오!

Project Bread: 가까운 식품 지원처를 찾으려면 Project Bread의 FoodSource 핫라인 1-800-645-8333으로 전화하십시오.

증빙 방법 선택 사항

- **이 체크리스트를 사용하여 신청서와 함께 증빙 서류를 제출할 수 있습니다. 그러면 신청서 처리를 더 빨리 완료할 수 있습니다!**
- **증빙 서류가 모두 준비되지 않았더라도 신청서 제출을 미루지 마십시오! 나중에 제출할 수 있습니다.**
- **자세한 내용은 Mass.gov/SNAPverifications를 방문하십시오.**

☐ **가구 구성원 중 근로소득이 있는 사람이 있다면**, 다음과 같은 최근 4주간의 세전 총소득 증빙 서류를 제출하십시오.

- ☐ 급여 명세서 또는 급여 지급 기록
- ☐ 받은 모든 급여와 근무 시간에 대한 증빙 서류
- ☐ 자영업자인 경우, 다음과 같이 소득과 사업 비용을 보여주는 사업 관련 서류:
  - ☐ 스케줄 C(IRS 양식 1040)
  - ☐ IRS 양식 1099 또는 기타 세금 기록
  - ☐ 소득 및/또는 사업 비용을 보여주는 송장, 청구서 또는 영수증과 같은 기타 기록

☐ **가구 구성원 중 불로소득이 있는 사람이 있다면**, 다음과 같은 월 소득액 증빙 서류를 제출하십시오.

- ☐ 혜택 또는 급여 결정 통지서
- ☐ 지급 기관에서 발행한 명세서

참고: 일반적으로 Social Security, SSI, DOR 자녀 양육비 또는 Massachusetts 실업 보상 혜택 금액은 저희가 직접 확인할 수 있습니다. 이러한 항목 중 증빙이 필요한 경우

☐ **Massachusetts 거주 사실을 증명하려면**, 다음 중 하나를 제출할 수 있습니다. 임대료 영수증, 임대차 계약서 또는 임대인 확인서

- ☐ 부동산 소유권 증서, 모기지 명세서, 공과금 청구서 또는 유권자 등록증
- ☐ 공동 거주 확인서 또는 함께 거주하는 사람이 작성한 진술서

☐ **가구 구성원 중 자녀 양육비를 지급하는 사람이 있다면**, 다음 서류를 제출하십시오.

- ☐ 자녀 양육비 지급에 대한 법적 의무를 증명하는 서류(예: 법원 명령서)
- ☐ 최근 지급 내역 증빙 서류

☐ **가구 구성원 중 시민권자가 아니면서 혜택을 신청하는 사람이 있다면**, 다음과 같은 비시민권자 신분 증빙 서류를 제출하십시오.

- ☐ 영주권 카드("그린카드")
- ☐ 취업 허가 카드
- ☐ 임시 거주 카드
- ☐ 출입국 기록(I-94)
- ☐ 여권의 입국 스탬프
- ☐ 현재 또는 계류 중인 이민 신분을 보여주는 기타 서류
- ☐ 현재 또는 계류 중인 신분에 관한 이민 변호사의 진술서

☐ **가구 구성원 중 고령자 및/또는 장애인이면서 의료비가 있는 사람이 있다면**, 비용 증빙 서류(예: 청구서, 송장 또는 영수증)를 제출하십시오. 의료 목적의 일부 교통비는 본인이 직접 신고할 수 있습니다.

참고: 가구의 총 의료비가 월 $35를 초과해야 비용으로 인정됩니다.

☐ **가구 구성원 중 주거비를 부담하는 사람이 있다면**, 다음과 같은 증빙 서류를 제출하십시오.

- ☐ 임대료 영수증
- ☐ 임대차 계약서
- ☐ 임대인이 작성한 서신
- ☐ 지급 완료된 수표 또는 우편환
- ☐ 모기지 명세서
- ☐ 재산세 또는 주택 보험 청구서
- ☐ 귀하가 주 임차인이나 주택 소유자가 아닌 경우, 함께 거주하는 사람에게 귀하가 부담하는 주거비와 공과금의 몫을 명시한 진술서를 받아 제출하십시오.
- ☐ 귀하가 부담해야 하는 비용의 금액과 비용의 종류가 명시된 기타 서류

☐ **가구 구성원 중 공과금을 부담하는 사람이 있다면**, 다음과 같은 증빙 서류를 제출하십시오.

- ☐ 난방비, 냉방비, 전기료, 가스비 또는 전화요금 청구서
- ☐ 석탄, 난방용 장작, 쓰레기 수거비, 수도요금 및 하수도 요금과 같은 기타 공과금 청구서
- ☐ 공과금을 귀하가 부담한다는 내용이 명시된 임대차 계약서
- ☐ 임대인 또는 룸메이트가 작성한 서신

☐ **가구 구성원 중 부양가족 케어 비용을 부담하는 사람이 있는 경우,** 다음과 같은 증빙 자료를 보내주십시오.

- ☐ 서비스 제공자가 작성한 진술서 또는 서신
- ☐ 영수증, 지급 완료된 수표 또는 우편환

☐ 모든 SNAP 수급자는 면제 요건을 충족하지 않는 한 ABAWD 근로 규정을 준수해야 합니다.

☐ 면제 요건 목록과 SNAP 근로 규정에 대한 자세한 정보는 www.mass.gov/snapworkrules를 방문하거나 877-382-2363으로 전화하십시오.

Department of Transitional Assistance (DTA) 고지

- 이 고지는 모든 DTA 프로그램에 대한 권리와 책임을 명시합니다. 신청하는 프로그램에 대해서는 본 고지의 규칙을 따라야 합니다.
- 이 페이지를 읽고 기록을 위해 보관하십시오.
- 질문이 있으면 DTA에 문의하십시오.

저는 위증시 처벌을 받을 것을 선서합니다.

- 저는 이 양식의 정보를 읽었거나 다른 사람이 저에게 읽어 주었습니다.
- 이 양식에 대한 저의 답변은 제가 아는 한 사실이며 완전합니다.
- 저는 인터뷰 도중 및 향후 제가 아는 한 사실이며 완전한 DTA 정보를 제공할 것입니다.

저는 다음 사항을 이해합니다.

- 허위 또는 오해의 소지가 있는 정보를 제공하는 것은 사기입니다.
- DTA 혜택을 받기 위해 사실을 허위 진술하거나 은폐하는 것은 사기입니다.
- 사기는 Intentional Program Violation (IPV)으로 간주됩니다.
- DTA는 제가 사기를 저질렀다고 생각할 경우 DTA는 저에 대해 민사 및 형사 처벌을 제기할 수 있습니다.

저는 또한 다음 사항도 이해합니다.

- DTA는 제가 신청서와 함께 제공한 정보를 확인할 것입니다. 잘못된 정보가 있는 경우 DTA는 저의 혜택을 거부할 수 있습니다.
- 저는 허위 정보를 제공할 경우 형사 기소를 당할 수도 있습니다.
- DTA가 신뢰할 수 있는 출처로부터 저의 가구 변경에 대한 정보를 획득하는 경우 저의 혜택 금액이 변경될 수 있습니다.
- 이 양식에 서명함으로써 저는 DTA에게 다음과 같이 저의 혜택 자격을 확인할 수 있는 권한을 부여합니다.
  - 다른 주 또는 연방 기관, 지역 주택 당국, 타주 복지 부서, 금융 기관 및 Equifax Workforce Solutions(Work Number)로부터 정보를 취득합니다. 저는 또한 DTA 혜택에 대한 저의 가구의 자격에 대한 정보를 공유할 수 있는 권한을 이러한 기관에 부여합니다.
  - DTA가 저의 가구 근로 소득에 대한 Equifax 정보를 사용하는 경우 제가 DTA 결정 후 60일 이내에 요청하면 저는 Equifax 보고서 사본을 무료로 받을 권리가 있습니다. 저는 보고서의 정보에 대해 질문할 권리가 있습니다. 저는 다음 주소나 전화로 Equifax에 문의할 수 있습니다. Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 800-996-7566(수신자 부담 전화).
- 저는 DTA가 저의 가구의 자격 및 혜택 금액을 결정하는 데 사용하는 정보를 포함하여 저의 신청서 사본을 받을 권리가 있습니다. 저는 작성된 신청서의 전자 사본을 DTA에 요청할 수 있습니다.

DTA는 저의 정보를 어떻게 사용합니까?

아래에 서명함으로써, 저는 DTA가 저와 저의 가족 구성원으로부터 정보를 얻고 해당 정보를 다음 기관과 공유할 수 있는 권한을 부여합니다.

- 혜택에 대한 저의 자격 유무를 확인하기 위해 은행, 학교, 정부, 고용주, 임대주, 유틸리티 회사 및

기타 기관과 해당 정보를 공유합니다.

•제가 유틸리티 요금 할인을 받을 수 있도록 전기, 가스 및 전화 회사와 해당 정보를 공유합니다. 이 회사들은 제 정보를 공유하거나 다른 목적으로 사용하는 것이 금지되어 있습니다.

•저는 Department of Housing and Livable Communities Heat & Eat Program 등록합니다. 사람들은 이 프로그램에서 최대한의 SNAP 혜택을 받을 수 있도록 도움을 받습니다.

•저의 자녀들이 무료 학교 급식을 받을 수 있도록 Department of Early and Secondary Education 해당 정보를 공유합니다. '

•저의 가구의 5세 미만 아동 또는 임산부가 Woman, Infants and Children (WIC) 혜택을 받을 수 있도록 WIC 프로그램과 해당 정보를 공유합니다.

•저의 이민 신분을 확인하기 위해 United States Citizenship and Immigration Services (USCIS)과 해당 정보를 공유합니다. USCIS의 정보는 저의 가구의 자격 및 DTA 혜택 금액에 영향을 미칠 수 있습니다.

참고: 귀하가 이민 신분으로 인해 혜택을 받을 자격이 없을 경우에도 귀하가 DTA에서 최종 추방 명령을 제시하지 않는 한 DTA는 이민 당국에 귀하를 보고하지 않습니다.

•Department of Revenue (DOR)은 Earned Income 및 Limited Income 과 같은 소득 기반 세액 공제 자격을 확인하고 "세금 면제 상태" 또는 빈곤 상태에 대한 자격이 있는지 확인합니다.

•DTA와 DCF가 공동으로 제공하는 서비스를 조율하기 위해 해당 정보를 Department of Children and Families (DCF)와 공유합니다.

DTA는 사회 보장 번호(SSN)를 어떻게 사용합니까?

DTA는 SNAP과 관련하여 Food and Nutrition Act of 2008 (7 U.S.C. 2011-2036)에 준해, 그리고 M.G.L. c. 18 섹션 33에 준해 TAFDC 및 EAEDC와 관련하여 SSN을 요청할 수 있습니다. DTA는 다음을 수행하기 위해 SSN을 사용합니다.

- 제가 신청한 각 가구 구성원의 신원과 자격을 데이터 매칭 프로그램을 통해 확인합니다.
- 프로그램 규칙 준수 여부를 모니터링합니다.
  - •DTA는 부적격 혜택을 제가 받았다고 청구하는 경우 금액을 회수합니다.
  - •법 집행 기관이 법망을 피해 숨은 사람들을 잡는 데 도움을 줍니다.

저는 저를 포함하여 혜택을 원하지 않는 제 가구의 비 시민권자의 SSN을 DTA에 제공할 필요가 없음을 이해합니다. 비 시민권자가 혜택을 받지 못하더라도 비 시민권 자의 소득이 계산될 수 있습니다.

통역사에 대한 권리

저는 다음 사항을 이해합니다.

- 저는 영어 이외의 언어로 의사 소통하는 것을 선호하는 경우 DTA에서 제공하는 무료 전문 통역사를 이용할 권리가 있습니다.
- 저는 DTA 심리가 있는 경우 DTA에 무료 전문 통역사를 제공해 주도록 요청할 수 있으며, 혹은 제가 원하는 경우 통역할 사람을 데려올 수 있습니다. 제가 심리를 위해 DTA에게 통역사를 요청할 경우 심리일 최소 1주일 전에 심리 부서에 전화해야 합니다.

투표에 대한 권리

저는 다음 사항을 이해합니다.

- 저는 DTA를 통해 투표 등록을 할 권리가 있습니다.
- 제가 도움이 필요하면 DTA가 유권자 등록 신청서 작성을 도와줍니다.
- 저는 유권자 등록 신청서를 비공개로 작성할 수 있습니다.
- 등록을 신청하거나 유권자 등록을 거부해도 저의 DTA 혜택에 영향을 미치지 않습니다.

취업 기회

저는 DTA가 제 이름과 연락처 정보를 다음을 포함한 취업 및 교육 제공자와 공유할 수 있다는 데 동의합니다.

- SNAP Path Work 제공자 또는 SNAP 고객을 위한 DTA 스페셜리스트
- 계약을 맺은 취업 및 훈련 제공자 또는 TAFDC 고객을 위한 Full Engagement Workers

SNAP 고객은 SNAP Path to Work 프로그램을 통해 교육 및 취업 교육 서비스에 자발적으로 참여할 수 있습니다.

시민권 신분

저는 DTA 혜택을 신청하는 저의 가족 구성원 모두가 미국 시민이거나 합법적으로 거주하는 비 시민권자임을 선서합니다.

Supplemental Nutrition Assistance Program

저는 다음 사항을 이해합니다.

- DTA는 매사추세츠주에서 SNAP 프로그램을 관리합니다.
- DTA에 신청서를 제출하면(전화, 온라인, 대면, 우편 또는 팩스를 통해) DTA는 신청서를 받은 날로부터 30일 이내에 적격 여부를 결정합니다.
    - 제가 신속(응급) SNAP을 받을 자격이 있는 경우, DTA는 저의 신청서를 접수한 날로부터 7일 이내에 SNAP을 제공하고 제가 Electronic Benefit Transfer (EBT) 카드를 발급 받았는지 확인해야 합니다.
    - 저는 다음과 같은 경우 DTA 수퍼바이저를 상담할 권리가 있습니다.
        - DTA는 제가 응급 SNAP 혜택을 받을 자격이 없다고 주장하지만 저는 이에 동의하지 않습니다.
        - 저는 응급 SNAP 혜택을 받을 자격이 있지만 SNAP을 신청 한 후 7일이 지날 때까지 혜택을 받지 못했습니다.
        - 저는 응급 SNAP 혜택을 받을 자격이 있지만 SNAP을 신청 한 후 7일이 지날 때까지 EBT 카드를 받지 못했습니다.
- 저는 SNAP을 받으면 특정 규칙을 준수해야 합니다. 제가 SNAP 승인을 받으면 DTA는 "알아야 할 권리" 브로셔 및 SNAP 프로그램 브로셔 사본을 제공합니다. 제가 브로셔를 읽거나 다른 사람이 저에게 브로셔를 읽어 줄 것입니다. 질문이 있거나 이 정보를 읽거나 이해하는 데 도움이 필요하면 1-877-382-2363으로 DTA에 전화할 수 있습니다.
- **가구 변화에 대해 DTA에 알리기:**
    - SNAP Simplified Reporting 가구인 경우 임시 보고서 또는 재인증 기한까지 대부분의 변경 사항을 DTA에 보고할 필요가 없습니다. 기한 전에 보고해야 할 특이 사항은 다음과 같습니다.
        - 가구의 소득이 총 소득 하한선을 초과하는 경우(승인 통지에 기재됨).

        - 소득이 하한선을 초과한 달의 다음 달 10일까지 이를 보고해야 합니다.
    - Able-Bodied Adults Without Dependents (ABAWD) 근로 규정을 충족해야 하는데 근로 시간이 주당 20시간 미만으로 떨어지는 경우.
- 가구 구성원 모두가 60세 이상이거나 장애자 또는 18세 미만이고 근로 소득이 없는 경우 보고해야 하는 유일한 사항은 다음과 같습니다.
    - 가구 구성원 중 누군가가 일을 시작하는 경우
    - 가구에 합류하거나 떠나는 가구 구성원이 있는 경우
        - 이러한 변경 사항은 변경이 발생한 달의 다음 달 10일까지 보고해야 합니다.
- TAFDC가 중단되어 Transitional Benefits Alternative (TBA) 을 통해 SNAP을 받는 경우 TBA를 받은 5개월 동안 DTA에 변경 사항을 보고 할 필요가 없습니다.
- Bay State CAP을 통해 SNAP을 받으면 DTA에 변경 사항을 보고할 필요가 없습니다.

저와 저의 가구 모두가 현금 보조금(TAFDC 또는 EAEDC)을 받는 경우 변경 후 10일 이내에 특정 변경 사항을 DTA에 보고해야 합니다. 아래의 **Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC) Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children (EAEDC) 밑에 있는 가구의 변경 사항에 대해 DTA에 언제 알려야 합니까?"**를 참조하십시오. 언제든지 다음 사항에 대해 DTA에게 보고하고 증명을 제공하면 더 많은 SNAP 혜택을 받을 수 있습니다.

- 자녀 또는 기타 부양 가족 돌봄 비용, 주거비 및/또는 유틸리티 비용
- 제(또는 저의 가구 구성원)가 비 가구 구성원에게 법적으로 지불해야 하는 자녀 양육비
- 저를 포함하여 60세 이상이거나 장애자인 가족 구성원의 의료비

SNAP 고객의 근로 규정: SNAP 혜택을 받고 16세에서 59세 사이인 경우 일반 SNAP 근로 규정 또는 ABAWD 근로 규정에 부합해야 할 수 있습니다. 단, 면제 대상은 예외입니다. DTA는 저 및 저의 가구 구성원이 근로 규정에 부합해야 하는 경우, 면제 사항이 무엇인지, 규정에 부합하지 않을 경우 어떻게 되는지 알려줄 것입니다.
SNAP 작업 규칙이 적용되는 경우:

- SNAP 신청 및 재인증 시 취업 등록을 해야 합니다. SNAP 신청서 또는 재인증 양식에 서명할 때 등록하십시오.
- DTA가 요청할 때 DTA에 귀하의 취업 상태에 대한 정보를 제공해야 합니다.
- DTA가 추천하는 경우 고용주에게 보고해야 합니다.
- 일자리 제안을 수락해야 합니다(수락하지 않을 타당한 이유가 있는 경우는 예외임).
- 타당한 이유없이 주당 30시간 이상 일을 중단해서는 안 됩니다.
- 타당한 이유없이 근무 시간을 주당 30시간 미만으로 줄여서는 안 됩니다.

SNAP 규정

- SNAP 혜택을 받으려고 허위 정보를 제공하거나 정보를 숨기지 마십시오.
- SNAP 혜택을 거래하거나 판매하지 마십시오.
- 부적격 SNAP 혜택을 받기 위해 EBT 카드를 변경하지 마십시오.
- 알코올 음료 및 담배와 같은 부적격 품목을 구매하기 위해 SNAP 혜택을 사용하지 마십시오.
- 다른 사람의 SNAP 혜택 또는 EBT 카드를 사용하지 마십시오. 단, 귀하가 권한을 위임 받은

대리인이거나 해당 수혜자가 귀하에게 자신의 카드 사용을 허가한 경우는 예외입니다.

SNAP 관련 처벌 경고

저 또는 저의 SNAP 가구 구성원 중 누군가가 위에 명시된 규정을 의도적으로 위반하는 경우, 해당 개인은 첫 번째 위반 후 *1 년*, 두 번째 위반 후 *2 년* 동안, 그리고 세 번째 위반 후 *영구적으로* SNAP 수혜 자격을 상실함을 이해합니다. 해당 개인은 또한 최대 $250,000의 벌금형이나 최대 20년 징역형 또는 두 가지 모두에 처해질 수 있습니다. 또한 연방법 및 주법에 따라 기소될 수 있습니다.

저는 또한 다음 처벌 사항도 이해합니다. 저 또는 저의 SNAP 가족 구성원이

- **현금 프로그램**에 대해 Intentional Program Violation (IPV)을 자행할 경우 SNAP 자격을 상실하고 동일한 기간 동안 현금 지원을 받을 자격을 상실합니다.
- 자신의 신원 또는 거주지에 대해 허위 진술을 하여 복수의 SNAP 혜택을 *동시에* 받을 경우 ***10 년*** 동안 SNAP 자격을 상실하게 됩니다.
- 규제 물질/불법 약물 구입을 위해 SNAP 혜택을 거래(구매 또는 판매)하는 경우 첫 번째 발견에 대해서는 ***2 년*** 동안, 두 번째 발견에 대해서는 ***영구적으로*** SNAP 자격을 상실하게 됩니다.
- 총기, 탄약 또는 폭발물 구입을 위해 SNAP 혜택을 거래(구매 또는 판매)하는 경우 ***영구적으로*** SNAP 자격을 상실하게 됩니다.
- SNAP 혜택 또는 EBT 카드에 대해 온라인 또는 대면 판매를 제안하는 경우 주정부는 이들에 대해 의도적 프로그램 위반(IPV)를 제기할 수 있습니다.
- 크레딧으로 구매한 식품에 대해 지불하는 경우 SNAP 자격을 상실하게 됩니다.
- SNAP 혜택으로 제품을 구매하여 그 내용물을 폐기하고 용기를 반납하여 현금을 받으려고 의도하는 경우 SNAP 자격을 상실하게 됩니다.
- 중범죄로 유죄 판결을 받은 후 기소, 구금 또는 감금을 피하기 위해 도주하는 경우 SNAP 자격을 상실하게 됩니다.
- 보호 관찰 또는 가석방을 위반하여 법 집행 기관이 적극적으로 체포하려는 경우 SNAP 자격을 상실하게 됩니다.

7 CFR §273.11 (n)에 따라 2014년 2월 7일 이후 중범죄로 유죄 판결을 받은 사람은 다음의 경우 SNAP 혜택 수혜 자격이 상실됩니다.
도주 중인 중범죄자이거나 보호 관찰 또는 가석방을 위반하고
그리고 성인으로서 다음과 같은 유죄 판결을 받은 경우.

1. U.S.C. Title 18, 섹션 2241에 준한 가중 성적 학대
2. U.S.C. Title 18, 섹션 1111에 준한 살인
3. U.S.C. Title 18, 110장에 준한 모든 범죄
4. 1994년 제정 VAWA(42 U.S.C. 13925a)의 섹션 40002(a)에 명시된 성폭력과 관련된 연방 또는 주 범죄, 또는
5. 이 목록에 설명 된 위반과 실질적으로 유사하다고 법무 장관이 결정한 주법에 준한 범죄

차별 금지 성명

연방법 민권법 및 미국 농무부(USDA)의 민권 규정 및 정책에 따라, 본 기관은 인종, 피부색, 출신 국가, 성별(성 정체성과 성적 지향 포함), 종교 신념, 장애, 연령, 정치적 신념 또는 과거의 민권 활동에 대한 보복이나 보복 위협을 이유로 차별하는 것이 금지되어 있습니다.

프로그램 정보는 영어 이외의 언어로 제공될 수 있습니다. 프로그램 정보(예: 점자, 큰 활자, 오디오 테이프, 미국 수화 등)을 얻기 위해 대체 통신 수단이 필요한 장애인은 혜택을 신청한 기관(주 또는 지역)에 문의해야 합니다. 청각 장애가 있거나 언어 장애가 있는 개인은 Federal Relay Service (1-800-877-8339)를 통해 USDA에 문의할 수 있습니다.

프로그램 차별에 대한 불만을 제기하려면, 불만 제기자는 USDA 프로그램 차별 불만 제기 양식(AD-3027 양식)을 작성해야 합니다. 이 양식은 https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf에서 온라인으로 받거나, USDA 사무실에서 직접 받거나, 전화 (866) 632-9992로 요청하거나, USDA 앞으로 편지를 보내는 방식으로 받을 수 있습니다. 편지에는 불만 제기자의 이름, 주소, 전화번호, 그리고 민권 담당 차관보(ASCR)에게 민권 침해 혐의의 성격과 발생 날짜를 알릴 수 있도록 충분한 세부사항을 포함한 차별 행위에 대한 서면 설명이 포함되어야 합니다. 작성 완료된 AD-3027 양식 또는 편지는 다음 주소로 제출해야 합니다.

1. **우편:**
   Food and Nutrition Service, USDA
   1320 Braddock Place, Room 334
   Alexandria, VA 22314; or

2. **팩스:**
   (833) 256-1665 또는 (202) 690-7442

3. **우편:**
   FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

이 기관은 평등한 기회를 제공합니다.

Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC) 및
Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children (EAEDC)

TAFDC 및 EAEDC는 현금 지원 프로그램입니다. 자세한 내용을 알아보고 신청하려면 DTAConnect.com을 방문하거나 해당 지역 DTA 사무실로 전화하십시오. 이 정보는 TAFDC 또는 EAEDC를 신청하거나 수령하는 가구에만 적용됩니다.

가구의 변경 사항에 대해 DTA에 언제 알려야 합니까?

저는 TAFDC 또는 EAEDC(현금 혜택)에 영향을 줄 수 있는 변화를 **10일 이내**에 DTA에 알려야 합니다. 이에 포함되는 사항은 주소 변경, 함께 거주하는 사람의 변화, 가족 구성원의 수, 취업 시작 또는 종료, 건강 보험, 그리고 월 소득이 100달러 이상 변동되는 경우입니다. 월 소득이 100달러 미만으로 변동되는 경우에는 DTA에 알릴 필요가 없습니다.

건강 보험은 어떻게 받습니까?

- TAFDC 또는 EAEDC를 받을 경우 MassHealth도 받게 됩니다.
- TAFDC 또는 EAEDC가 거부되거나 혜택이 중단될 경우, 저는 MassHealth를 별도로 신청해야 합니다. MassHealth 신청서를 요청하려면 800-841-2900으로 전화하세요.

저는 MassHealth를 받을 경우 MassHealth가 다음 정보를 수집할 수 있다는 데 동의합니다.

- 다른 출처에서 제가 갚아야 할 의료비
- MassHealth 혜택을 받는 19세 미만 아동의 부재 부모로부터의 의료비 지원.

사고나 부상에 <u>한해</u> 자격이 되는 경우 특별한 규정이 있습니까?

제 가족이 사고나 부상으로 인해 MassHealth 또는 DTA로부터 혜택을 받는 경우, 저는 해당 사고나 부상으로 보상 받은 금액으로 해당 혜택을 환급해야 합니다. 이 금액은 보험금, 합의금 또는 기타 출처에서의 돈일 수도 있습니다. 이 규정은 제가 금액의 가능한 출처에 대해 아직 모르는 경우에도 적용됩니다.

저는 MassHealth 및 DTA와 다음과 같이 협력하는 데 동의합니다.

- 다른 출처로부터의 금액에 대해 청구하는 경우.
- 보험 청구, 소송 또는 돈을 받기 위한 기타 절차에 대해 MassHealth 및 DTA에 즉시 알림.
- MassHealth 및 DTA에 저의 새로운 정보를 제공함.

제가 협조하지 않을 경우 MassHealth 및 DTA는 저의 혜택을 중단하거나 거부할 수 있습니다. 저는 MassHealth 및 DTA가 다음을 수행할 수 있음에 동의합니다.

- 저의 혜택에 대한 정보를 공유하여 해당 혜택을 상환하기 위한 자금을 모금합니다.
- Department of Industrial Accidents의 기록과 같이 제가 사고나 부상으로 인해 보상 받을 수 있는 자금에 대한 모든 기록을 확인합니다.

장애가 있거나 65세 이상으로 EAEDC를 받고 있는 경우 연방 Supplemental Security Income (SSI) 혜택을 신청해야 합니다. 제가 EAEDC를 받은 것과 동일한 기간에 적용되는 SSI 혜택에 대한 승인을 받은 경우, Social Security Administration은 EAEDC를 상환하기 위해 저의 SSI 일부를 소급하여 DTA로 보낼 것입니다.

법률 및 혜택에 대한 중요 공지

Intentional Program Violation (IPV)은 TAFDC 또는 EAEDC 혜택에 대한 적격성을 설정 또는 유지하거나 부적격한 혜택을 취득하기 위해 의도적으로 거짓 또는 오해의 소지가 있는 진술을 제공하거나 사실을 허위 진술하거나 은폐하거나 보류하는 것입니다.

법원, 행정적 실격 심의회 또는 면제 서명을 통해 IPV 유죄 판결을 받은 경우 다음 기간 동안 TAFDC 또는 EAEDC 혜택을 받을 자격이 박탈됩니다.

- 첫 번째 위반 시 6개월
- 두 번째 위반 시 12개월
- 세 번째 위반 시 영구적으로

또한 다른 법률이 적용될 수 있습니다.

EBT 카드 구매 금지

저는 electronic benefit transfer (EBT) 카드에 입금된 TAFDC 또는 EAEDC 자금을 사용하여 알코올성 음료, 담배 제품, 복권, 성인용 자료 또는 공연, 도박, 총기 및 탄약, 휴가 서비스, 문신, 바디 피어싱, 보석류, 텔레비전, 스테레오, 대여점의 비디오 게임 또는 콘솔, 마리화나 제품을 구입하기 위한 비용이나, 법원 명령 수수료, 벌금, 보석 또는 보석금을 지불하는 것이 불법임을 이해합니다.

EBT 카드 사용 장소에 대한 금지 사항

저는 electronic benefit transfer (EBT) 카드를 성인용 서점, 성인 용품점 또는 성인용 공연 시설, 탄약 딜러, 카지노, 도박 카지노 또는 게임 시설, 유람선, 총기 딜러, 보석상, 주류 판매점, 매니큐어 매장 또는 미용실, 해외로의 현금 송금 기관, 마리화나 매장 또는 문신 시술소에서 사용하는 것이 불법임을 이해합니다.

금지된 EBT 카드 현금 구매에 대한 처벌

- **첫 번째 위반:** 지출한 금액을 DTA에 상환해야 합니다.
- **두 번째 위반:** 지출한 금액을 DTA에 상환해야 하며 **2개월** 동안 현금 혜택을 상실합니다.
- **세 번째 위반:** 지출한 금액을 DTA에 상환해야 하며 **영**구적으로 현금 혜택을 상실합니다.

서명:

저는 이 신청서에 서명함으로써 "권리, 책임 및 처벌"에 대해 이해하고 이에 동의함을 확인합니다.

신청인 서명: _____

날짜: _____