**보충 영양 지원 프로그램 (SNAP)**

**고령자 신청서**

(60세 이상 개인 또는 커플)

**SNAP 혜택을 어떻게 신청하면 됩니까?**

* 다음 주소로 이 신청서를 우편으로 보낸다.

DTA Document Processing Center

P.O. Box 4406

Taunton, MA 02780-0420

* 이 신청서를 다음 팩스 번호로 보낸다.

(617) 887-8765

* 해당 지역 DTA 사무소에 간다.

다음을 반드시 주지해 주십시오.

* 주중에 연락할 수 있는 전화번호를 주십시오.
* 될 수 있으면 많은 질문에 대답하십시오. 질문에 어떻게 대답해야 할지 모르겠으면 빈칸으로 남겨두시면 인터뷰시 얘기하면 됩니다. **성함, (해당시) 주소와 사인이 있으면 신청서를 수락할 것입니다.**
* 권한, 책임 및 벌금 통지를 읽어 주십시오.
* 마지막 페이지에 서명해 주십시오.

추가 정보를 원하거나 도움이 필요하면 **1-833-712-8027** 으로 전화하거나 웹사이트 www.mass.gov/dta를 방문하십시오.

**신청후에 무슨 일이 일어납니까?**

신청서에 대해 얘기해 보기위해 인터뷰로 초청하는 전화를 넣을 것입니다.

* 연락이 안되면 예약된 전화 인터뷰를 위한 서신을 우편으로 보내드립니다.

**참고:** 인터뷰 예약 시간에 응할 수 없거나 DTA에 와서 인터뷰를 하고 싶으면 저희에게 알려주십시오. 근무 시간 그 어느 때에라도 인터뷰를 위해 전화를 거셔도 됩니다.

* 영어를 못하시면 통역사를 붙여 드립니다.

 *추가 정보를 원하시면 다음 페이지를 보십시오. 기록을 위해 이 종이를 간직해 두십시오.*

SNAP-App-Seniors (Korean)(Rev. 9/2018) i

09-368-0918-05

말씀하시는 어떤 것에 대해서는 **증거(증명)**가 요구될 수 있습니다. 인터뷰 도중에 저희가 요구하는 것이 무엇인지 말씀드리겠습니다. 또한 목록을 우편으로 보내드릴 것입니다. 신청일자를 기준으로 30일 이내에 저희에게 요구된 증거를 제출하시면 됩니다. 도움이 필요하시면 반드시 알려주십시오!

저희는 다음과 같은 사항을 요구할 수 있습니다.

* 신분 (누구신지)
* 매사추세츠 거주자라는 증명
* 귀하의 소득: 수익 또는 자영업, 퇴역군인 수혜 또는 연금
* SNAP 신청시 비시민이라는 비시민 신분 증명
* 의료 비용 (필수는 아니지만 증명이 있으면 SNAP 혜택 자격이 주어질 수 있음)

신청서에 보호소나 주간보호소 비용을 명시하셨으면 추가 증거가 필요하지 않을 수 있습니다.

필요하시면 전자이체(EBT) 카드를 우송해 드릴 수도 있습니다. 혜택을 받을 자격 여부를 결정하기 전에 EBT 카드를 받게 되실 수 있습니다. EBT 카드 사용에 필요한 개인 식별 번호(PIN)도 받게 되실 수 있습니다. 그 이유는 자격 조건이 충족되자마자 혜택을 받으실 수 있도록 하기 위한 것입니다. EBT 카드를 받으시면 사용 방법에 대한 추가 정보도 받게 되십니다.

**저희는 귀하의 신청서에 대해 결정을 내리고 30일 이내에 서신을 우송해 드립니다.** 신청서 승인시 수혜 액수와 언제 수혜를 받게 되시는지 알려드리겠습니다. 신청서를 탈락시키는 경우, 그 이유를 알려드릴 것입니다.

*추가 정보를 원하시면 다음 페이지를 보십시오. 기록을 위해 이 종이를 간직해 두십시오.*

SNAP-App-Seniors (Korean)(Rev. 9/2018) ii

09-368-0918-05

**매서추세츠 전환 지원부**

**노인 SNAP 신청서**

(60세 이상 개인 또는 커플)

**다음 사항 중 하나에 해당되는 경우, 7일 이내에 SNAP 혜택을 받으실 수 있습니다.**

* 은행구좌에 적금된 소득과 돈이 월 거주비용(관리비 포함)보다 적습니까?

[ ]  예 [ ]  아니오

* 월 소득이 150불 미만이며 은행구좌에 있는 돈이 100불 미만입니까?

[ ]  예 [ ]  아니오

* 계절 근로자이며 은행구좌에 있는 돈이 100불 미만입니까?

[ ]  예[ ]  아니오

**본인 정보**

|  |  |
| --- | --- |
| 성 이름 중간이름 첫 글자 | 사회 보장 번호* -
 |
| 연락취하기에 가장 좋은 전화번호는 무엇입니까? | [ ]  남성 [ ]  여성 |
| 전화로 연락을 취하기에 가장 좋은 시간:시간: [ ] 아침 [ ] 오후해당 모두에 체크 표시하시오.[ ] 월요일 [ ]  화요일 [ ]  수요일 [ ]  목요일 [ ]  금요일 | 생년월일: |
| 집 주소 | 노숙자입니까? [ ]  예[ ]  아니오 |
| 시, 주, 우편번호 |  |
| 우편주소 (다를 경우): |  |
| 주된 언어는?SNAP-App-Seniors (Korean)(Rev. 9/2018) 109-368-0918-05 |

1. 본인의 민족성/인종: 모두에게 공평하기 위해 이 정보를 물어보는 것입니다. 대답은 자발적이며 자격 여부나 수혜액수에 영향을 미치지 않습니다.

민족성: 히스패닉 또는 라틴아메리카계 [ ]  예 [ ]  아니오

인종: (해당되는 모든 것에 체크 표시하시오)

[ ]  미국 인디안 또는 알라스카 원주민 [ ]  아시아인

 [ ]  흑인 또는 미국 흑인 [ ]  백인

 [ ]  하와이 원주민 또는 기타 태평양계인

1. 미국 시민입니까? [ ]  예[ ]  아니오
2. 매사추세츠 주민입니까? [ ]  예[ ]  아니오
3. 장애로 인해 지원이 필요합니까? 숙박소 같은 추가 지원을 해드릴 수 있습니다. 숙박소가 있으면 저희와 협력하기가 수월해질 수 있습니다. [ ]  예[ ]  아니오
4. 본인이나 집안의 그 누구가 군대 경험이 있습니까? [ ]  예[ ]  아니오

**가족에 대한 정보**

1. 다른 사람들과 함께 살고 있습니까? [ ]  예[ ]  아니오

 만약 그렇다면 반 이상 식사를 함께 합니까? [ ]  예[ ]  아니오

1. 함께 살고 있는 사람들을 나열하십시오.함께 살고 있지만 **SNAP**을 신청하지 않은 비시민권자의 사회 보장 번호나 시민 신분을 통보하지 않아도 됩니다.

|  |  |
| --- | --- |
| 성 이름 중간이름 첫 글자 | [ ]  남성 [ ]  여성 |
| 이 사람과 어떤 관계입니까? | 생년월일:  |
| 미국 시민입니까? [ ]  예[ ]  아니오 | 사회 보장 번호 **- -** |

|  |  |
| --- | --- |
| 성 이름 중간이름 첫 글자 | [ ]  남성 [ ]  여성 |
| 이 사람과 어떤 관계입니까? | 생년월일:  |
| 미국 시민입니까? [ ]  예[ ]  아니오 | 사회 보장 번호 |

SNAP-App-Seniors (Korean)(Rev. 9/2018) 2

09-368-0918-05

**재정 정보**

1. 자신의 수입, 그리고 함께 살고 있는 모든이의 수입에 대해 얘기해 주십시오.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **수입 유형** | **금액** | **수입이 들어오는 주기 (매주, 격주, 매달 등)** | **이것은 누구 수입입니까?** |
| 사회 보장  | $  |  매달 |  |
| SSI  | $  |  매달 |  |
| 연금 | $  |  |  |
| 퇴역군인 수혜금  | $  |  |  |
| 산재 보상금  | $  |  |  |
| 취업 임금 | $  |  |  |
| 실업자 지원금 | $  |  |  |
| 기타 (명시하기) | $  |  |  |

1. 성인 부양가족 관리 비용을 지불해야 합니까? [ ]  예[ ]  아니오

예라고 대답한 경우, 얼마나 지불해야 합니까? 매 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (주, 달, 년 등) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 성인 부양가족 관리 장소로 가고 올때 운전을 합니까? [ ]  예[ ]  아니오

 예라고 대답한 경우, 관리 제공자 주소를 제공하시오. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (주, 달, 년 등) 몇 번 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 본인이 직접 의료 비용을 지불해야 합니까? [ ]  예[ ]  아니오

여기에는 공동지불(co-pay), 처방약, 비처방약, 안경, 치과 치료, 보청기 배터리 등이 포함됩니다.

1. 의사나 약국에 가고 올때 운전을 하십니까? [ ]  예[ ]  아니오

 예라고 대답한 경우, 의사나 약국의 주소를 제공하시오. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (주, 달, 년 등) 몇 번 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

매 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (주, 달, 년 등) $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_의 파킹비를 지불해야 합니까?

SNAP-App-Seniors (Korean)(Rev. 9/2018) 3

09-368-0918-05

1. 렌트비를 지불해야 합니까? [ ]  예 [ ]  아니오

예라고 대답한 경우, 얼마나 지불해야 합니까?

 렌트비 매 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(주, 달, 년 등) $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 집을 소유하고 있습니까? [ ]  예 [ ]  아니오

 예라고 대답한 경우, 얼마나 지불해야 합니까?

모기지 매 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(달, 년 등) $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

재산 보험 매 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(달, 년 등) $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

재산세 매 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(달, 년 등) $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

콘도 수수료 매 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(월, 년 등) $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 다음 그 어느 것이라도 지불해야 합니까?
* 난방 (오일, 가스, 전기 또는 프로판 등) [ ]  예[ ]  아니오
* 에어콘을 위한 전기 [ ]  예[ ]  아니오
* 에어콘 사용 수수료 [ ]  예[ ]  아니오
* 전기 및/또는 가스 [ ]  예[ ]  아니오
* 전화 또는 휴대폰 서비스 [ ]  예[ ]  아니오

지원 제공자 또는 기관에 정보 공개하기

1. SNAP 혜택 신청하는 것을 누가 도와주고 있습니까? 이를 지원 제공자/기관이라 부릅니다.

 [ ]  예 [ ]  아니오

이 사람이나 기관에게 DTA와 얘기할 수 있는 권한을 부여하여 이 신청서 서명일자로부터 일 년까지 당신의 사건과 관련된 기밀 정보를 공유하기를 원하십니까?

 [ ]  예 [ ]  아니오

 예라고 대답한 경우, 해당 정보를 아래에 나열하십시오.

 사람이나 기관 이름: 사람이나 기관 전화번호:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 사람이나 기관 주소: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

참고: 지원 제공자는 귀하의 가정을 대신해 신청서 인터뷰를 마칠 수 없습니다.

승인된 대표

1. 다음을 할 권리를 어느 누구에게 위임하기 원하십니까?
* 신청서 및 기타 용지에 서명하고, 변경사항을 보고하며 저희와 귀하의 사건에 대해 얘기함 [ ]  예 [ ]  아니오
* 귀하의 SNAP 혜택을 이용하여 대신해서 장을 볼 수 있도록 EBT 카드 발급을 원하십니까? [ ]  예 [ ]  아니오

SNAP-App-Seniors (Korean)(Rev. 9/2018) 4

09-368-0918-05

이런 사람을 승인된 대표라고 부릅니다. 예라고 대답한 경우, 해당 정보를 아래에 적으십시오.

|  |  |
| --- | --- |
| 성 이름 중간 이름 첫글자 |  [ ]  남성 [ ]  여성 |
| 이 사람과 어떤 관계입니까? | 생년월일:  |
| 이 사람의 전화번호 |  |
| 이 사람의 주소 |  |
| 이 사람의 서명 |  |

**중요:** 귀하가 선택한 사람은 신분 증명을 저희에게 제공해야만 합니다. 그 어느 때에라도 이 요청을 취소하거나 변경할 수 있습니다. 사건이 마감되었다가 다시 시작된다 하더라도 EBT 카드는 계속 유효할 수 있습니다. 선택하신 사람이 귀하의 혜택을 이용하는 것을 원치 않으시면 귀하의 카드를 취소해달라고 저희에게 반드시 요청하십시오. EBT 카드를 취소하려면 1-800-997-2555에 전화하시고 승인된 대표를 취소하려면 1-833-712-8027으로 전화하십시오.

**권한, 책임 및 벌금 통지 – 주의 깊게 읽어주십시오**

SNAP-App-Seniors (Korean)(Rev. 9/2018) 5

09-368-0918-05

이 신청서에 있는 정보를 읽었거나 읽는 것을 들었음을 확신합니다. 제가 아는 이상, 이 신청서에 있는 질문에 대한 제 대답은 참되며 완전합니다. 저는 또한, 제가 아는 이상, 신청서 인터뷰시나 향후에 제가 이 정부기관에 제공하는 정보가 참되고 완전한 것임을 확신합니다. 거짓이나 허위 정보를 제공하는 것은 사기임을 이해합니다. 저는 또한 SNAP 자격을 얻기 위해 부정확한 사실을 전달하거나 사실을 숨기는 것도 사기임을 이해합니다. 그런 행위는 고의적인 프로그램 위반(IPV)에 해당되며 민간 및 범죄 형벌을 받되 됩니다.

**전환 지원부(DTA)에서 SNAP을 관리한다는 것을 이해합니다. DTA가 제 신청서를 처리하는데 신청일로부터 30일이 걸린다는 것을 이해합니다. 더우기, 다음 사항을 이해합니다.**

* 2008년 음식 및 영양법(7 U.S.C. 2011-2036)은 DTA로 하여금 제 사회 보장 번호(SSN)와 신청서에 추가한 각 가족 구성원의 SSN을 이용하도록 합니다. DTA는 이 정보를 이용하여 제 가정의 SNAP 자격여부를 결정합니다. DTA는 컴퓨터 일치 프로그램을 통해 이 정보를 확인합니다. DTA는 이런식으로 프로그램 규정에 대한 준수여부를 감시함을 이해합니다.
* 대부분의 경우, SNAP 간소화된 보고 규칙하의 가정은 다음 예외의 경우를 제외하고는 중간 보고(IR)와 자격여부 갱신 시 DTA에 변경 사항을 보고해야 합니다.
	+ 가구 소득이 총수입 상한선을 초과하는 경우
	+ 부양가족이 없는 건강한 신체의 성인(ABAWD) 근로 요건하에 있으며 근로 시간이 매주 20시간 미만으로 줄어들 경우
* DTA가 제 가구에 대한 확인된 정보를 수신하게 되는 경우, 제 수혜금액이 변경될 수 있습니다.
* SNAP 간소화된 보고 규칙이나 전환 혜택 대안(TBA) 규칙에 해당되지 않을 경우, 저는 제 자격여부에 영향을 미칠 수 있는 변경사항을 DTA에 보고해야만 합니다. **변경사항을 10일 이내로** DTA에 직접, 서면 또는 전화상으로 보고해야만 함을 이해합니다. 예를 들어, 가구 소득, 인수 또는 주소의 변경을 보고해야만 합니다.
* DTA 에서 비상 SNAP 혜택에 대해 자격이 없다고 판단했으나 동의할 수 없는 경우, 저는 감독관과 얘기를 할 권리가 있습니다. 비상 SNAP 혜택 자격여부를 인정받았으나 SNAP을 신청한 후 7일 역일까지 수혜받지 못한 경우, 저는 감독관과 얘기를 할 권리가 있습니다. 비상 SNAP 혜택을 받을 자격여부를 인정받았으나 SNAP 신청후 7일 역일까지 전자이체(EBT) 카드를 못받은 경우, 감독관과 얘기 할 권리가 있습니다.
* 다음 사항에 대한 증명을 DTA에 보고하고 제출하면 SNAP 수혜액수가 증가할 수 있음을 압니다.
	+ 자녀 또는 기타 부양가족 관리비용, 거주 비용 및/또는 관리비
	+ 비가족 구성원에 대한 법적구속 자녀 양육비
* 제가 60세 이상이거나 장애가 있는데 의료 비용을 직접 지불하는 경우, 이러한 비용을 DTA에 보고하고 제출할 수 있습니다. 이런 경우, 공제를 받을 자격여부가 인정되어 SNAP 수혜금액이 증가할 수 있습니다.
* 면제 대상인 경우를 제외하고, 16세에서 59세에 해당되는 모든 SNAP 수혜자들은 근로 등록 되게 되며 일반 SNAP 근로 요건을 따라야 합니다. 18세에서 49세 사이의 SNAP 수혜자들은 또한 ABAWD 근로 프로그램 요건을 따라야 합니다. DTA는 비면제 가족 구성원들에게 근로 요건에 대한 정보를 제공할 것입니다. DTA는 비면제 가족 구성원들에게 예외와 비준수 형벌에 대해 알릴 것입니다.
* 대부분의 SNAP 수혜자들은 SNAP 근로로 가는 경로 프로그램을 통해 교육 및 취업 훈련 서비스에 자발적으로 참여합니다. 해당되는 경우, DTA는 SNAP 근로로 가는 경로 프로그램을 추천해드릴 것입니다.

SNAP-App-Seniors (Korean)(Rev. 9/2018) 6

09-368-0918-05

* DTA는 또한 고용 목적을 위해 SNAP 수혜자들의 이름과 연락처를 SNAP 근로로 가는 경로 제공자들과 공유할 수 있습니다. DTA SNAP 근로로 가는 경로 전문가나 계약 제공업체들이 제 가족 구성원들에게 연락을 취해 SNAP 근로로 가는 경로 참여 선택사항에 대해 알릴 수 있음을 이해합니다. SNAP근로로 가는 경로 프로그램에 대한 추가 정보를 원하면 www.snappathtowork.org를 방문하십시오.

**신청서에 제공한 제 정보가 참인지 확인을 거치게 된다는 것을 이해합니다. 그 어느 정보라도 거짓이면 DTA에서 SNAP 혜택 수혜를 거부할 수 있습니다. 거짓된 정보 제공으로 인해 범죄 기소를 당할 수도 있습니다.**

다음에 대한 허락을 포함하여, SNAP 혜택과 연관된 제 자격여부 확인을 위해 제가 제공한 정보를 DTA에서 검증하고 조사하는 것을 허락하며 이 신청서에 서명합니다.

* 기타 주정부 기관, 연방정부 기관, 지역 주택 기구, 타주 복지부, 금융기관 및 Equifax Workforce Solutions로 부터 이 신청서에 담긴 정보를 증명하기 위한 문서를 확보해낼 수 있습니다. 저는 또한 이러한 기관들이 DTA에 제 SNAP 혜택과 관련된 제 가정에 대한 정보를 제공하는 것을 허락합니다.
* 해당될 경우, 미국 시민권 및 이민 서비스(USCIS)를 통해 제 이민 신분을 확인하는 것을 허락합니다. DTA가 USCIS에 제 SNAP 신청서에 담긴 정보를 확인해 달라고 요청할 수 있음을 이해합니다. USCIS에서 제공한 모든 정보는 제 가정의 자격여부와 SNAP 수혜금액에 영향을 끼칠 수 있습니다.
* 저와 제 19세 미만 부양가족에 대한 정보를 초등 및 중등교육부(DESE)와 공유할 수 있음을 이해합니다. DESE에서 제 부양가족의 학교 아침식사 및 점심식사 프로그램을 보증할 것입니다.
* 저와 제 가정의 5살 미만의 부양가족이나 임신부에 대한 정보를 보건부(DPH)와 공유할 것입니다. DPH는 이런 개인들을 영양 서비스를 위해 여성, 아기 및 아동(WIC)에 추천합니다.
* 할인된 관리비 요금에 대한 제 자격여부를 인증하기 위해 전기회사, 가스 회사 및 유자격 전화 및 케이블 회사와 제 SNAP 자격여부에 대해 매사추세츠 행정 보건 사회 복지부와 더불어 공유할 수 있습니다.
* 난방 및 식사 프로그램에 저를 등록할 목적으로 주택 및 지역사회 개발부(DHCD)와 본인의 정보를 공유함.

DTA는 Equifax Workforce Solutions로 부터의 정보를 기반으로 하여 제 혜택을 거절, 중지 또는 삭감할 수 있습니다. DTA 결정 날짜를 기준으로 60일 이내에 요청하면 Equifax로 부터 제 보고서를 무료로 받을 권리가 있음을 압니다. 저는 제 보고서에 있는 정보의 정확성이나 완전성에 대해 의문을 제기할 권리가 있습니다. 저는 다음 연락처로 Equifax에 연락을 취할 수 있습니다. Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (무료전화).

“귀하의 알 권리” 책자와 SNAP 프로그램 책자를 받게 됨을 이해합니다. 책자를 읽거나 읽는 것을 들을 것이며 이에 포함된 내용과 제 권리와 책임을 이해해야 한다는 것을 압니다. 책자나 이 정보에 대해 질문이 있으면 DTA에 연락을 취하겠습니다. 이 정보를 읽거나 이해하는데 문제가 있으면 DTA에 연락을 취하겠습니다. DTA 연락처: 1-877-382-2363.

제 SNAP 가족 구성원 모두는 미국 시민권자이거나 합법적으로 거주하는 시민임을 맹세하는 바입니다.

투표 등록 권한

DTA에서 투표 등록을 할 권한이 있음을 이해합니다. 도움을 원하면 DTA에서 투표자 등록 신청서 작성을 도와준다는 것을 이해합니다. 개별적으로 투표자 등록 신청서를 작성해도 됨을 이해합니다.

투표 등록 신청을 하든지 말든지 DTA에서 받는 수혜금액에 영향이 미치지 않음을 이해합니다.

SNAP-App-Seniors (Korean)(Rev. 9/2018) 7

09-368-0918-05

**SNAP 벌금 주의**

제 자신이나 제 SNAP 가족 구성원이 아래에 나열된 규칙의 그 어느 하나라도 고의적으로 위반할 경우, 첫 위반 이후에는 *일년* 동안, 두 번째 위반 이후에는 *이년* 동안, 세 번째 위반 이후에는 *영원히* SNAP 자격을 상실하게 됨을 이해합니다. 이런 사람은 또한 $250,000까지의 벌금을 물게 되거나 20년까지 감금되거나 둘 다에 해당될 수 있습니다. 또한 기타 해당 연방 및 주 법하에 처벌을 받을 수 있습니다. 이러한 규칙에는 다음이 포함됩니다.

* SNAP 혜택을 수혜받기 위해 거짓 정보를 제공하거나 정보를 숨기지 말 것.
* SNAP 혜택을 거래하거나 팔지 말 것.
* 자격이 안되는 SNAP 혜택을 받기 위해 EBT 카드를 변형시키지 말 것.
* 술이나 담배와 같은 해당이 안되는 품목을 구입하기 위해 SNAP 혜택을 사용하지 말 것.
* 승인된 대표가 아니면 다른 사람의 SNAP 혜택이나 EBT 카드를 사용하지 말 것.

다음 형벌도 이해합니다.

* **현찰 프로그램 고의적 프로그램** 위반(IPV)을 하는 개인은 현찰 지원 무자격 기간 동안 SNAP 수혜자격도 없게 될 것입니다.
* 동시에 여러 개의 SNAP 혜택을 받으려고 자신의 신분이나 거주지에 대해 사기적 정보를 제공한 개인은 ***십년*** 동안 SNAP 혜택 수혜 자격을 금지당하게 됩니다.
* 규제약물/불법 마약을 위해 SNAP 혜택을 거래(구입 또는 판매)하는 개인은 첫 번째 위반 발견시에는 ***이년*** 동안, 두 번째 위반 발견시에는 ***영원히*** SNAP 자격을 상실할 수 있습니다.
* 소형화기, 탄약 또는 폭발물을 위해 SNAP 혜택을 거리(구입 또는 판매)하는 개인은 SNAP ***영원히*** SNAP 자격을 상실할 수 있습니다.
* $500 이상 가치의 SNAP 혜택을 거래(구입 또는 판매)하는 개인은 ***영원히*** SNAP 혜택 수혜자격을 상실하게 됩니다.
* 온라인상으로나 직접적으로 SNAP 혜택이나 EBT 카드 판매를 제공하는 개인을 상대로 해당 주에서 IPV를 추구할 수 있습니다.
* 중죄를 선고 받은 후에 기소, 구속 또는 감금을 피하기 위해 도망가는 개인이나 집행 유예 또는 가석방을 위반하는 개인은 SNAP 혜택받을 *자격이 없습니다*.
* 신용을 기반으로 음식 값을 지불하는 것은 금지되며 SNAP 혜택 수혜 자격을 상실할 수 있습니다.
* 내용물을 버리고 현찰을 위해 빈 통을 반납할 의도로 SNAP 혜택으로 제품을 구입할 수 없습니다.

**통역사를 요청할 수 있는 권리**

제 SNAP 가족에 영어를 하거나 이해할 수 있는 사람이 없으면 DTA에서 제공하는 통역사를 이용할 권리가 있음을 이해합니다. 또한 모든 DTA 공정 심문에 대해 통역사를 제공받거나 제가 선택한 통역사를 데려올 수 있음을 이해합니다. 심문회에 통역사가 필요하면 늦어도 심문회 날짜 일주일 전까지 심문회 부서에 전화해야 합니다.

**비차별 성명**

USDA 프로그램에 참여하거나 관리하는 USDA, 해당 기관, 사무소 및 직원, 기관들은 연방 민권법 및 미국 농무부(USDA) 민권법 규정에 따라 인종, 피부색, 출생국가, 종교적 신념, 장애, 연령, 정치적 신념, 또는 USDA에서 실시했거나 지원한 그 어느 프로그램이나 활동과 관련된 이전 민권 활동에 대한 보복이나 복수를 기반으로 차별하면 안됩니다.

프로그램 정보를 받기 위해 대안적 수단(예를 들면, 점자, 대형 글자본, 녹음테이프, 미국 수화 등)을 필요로 하는 장애인은 혜택을 신청한 해당 (주 또는 지역) 기관에 연락을 취해야 합니다. 청각 장애인, 난청자 또는 언어 장애가 있는 개인은
(800) 877-8339로 연방 중계 서비스를 통해 USDA에 연락을 취할 수 있습니다. 추가적으로, 프로그램 정보가 영어 외의 다른 언어로 제공될 수 있습니다.

SNAP-App-Seniors (Korean)(Rev. 9/2018) 8

09-368-0918-05

프로그램과 관련된 차별에 대해 불만을 제기하려면 다음 링크를 통해 온라인상의 USDA 프로그램 차별 불만제기 용지
(AD-3027)를 완성하시면 됩니다. <http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html> 아니면 USDA 사무소에 가시거나 그 용지를 통해 요구된 모든 정보가 포함된 서신을 USDA 주소로 보내시면 됩니다. 불만 제기 용지를 요청하려면
(866) 632-9992로 전화하십시오. 다음 방법을 통해 완성된 용지나 서신을 USDA에 제출하십시오.

(1) 우편: 미국 농무부

U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410;

(2) 팩스: (202) 690-7442; 또는

(3) 이메일: program.intake@usda.gov.

이 기관은 동등한 기회를 제공합니다.

**신청인 서명: 이 신청서에 서명함으로써 “권리, 책임 및 형벌”을 이해하고 동의함을 서약합니다.**

**신청인 서명: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**날짜: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

SNAP-App-Seniors (Korean)(Rev. 9/2018) 9

09-368-0918-05