

현금 또는 식품 지원 신청

이 양식을 읽거나 작성하는 데 도움이 필요한 경우 도움을 요청하세요.

본 페이지를 기록용으로 보관하세요.

현금 또는 식품 지원은 어떻게 신청하나요?

지금 Community Services Office (커뮤니티 서비스 사무소)에 직접 방문하여 이 신청서를 제출하여 절차를 **시작**할 수 있습니다. 신청서에는 귀하의 이름, 주소, 서명 또는 귀하의 권한을 위임받은 대리인의 서명이 있어야 합니다. 이 세 가지 항목만 포함되어 있으면 신청서를 즉시 제출할 수 있습니다.

- 가능한 한 빨리 양식을 작성하면서 질문에 답하고, 6페이지에 서명한 다음 신청서와 본 기관이 요청하는 기타 정보를 제공하면 더 많은 혜택을 받거나 더 빨리 받을 수 있습니다.
- 신청서를 지역 사무소에 제출할 수 있습니다. 위치는 www.dshs.wa.gov 에서 확인하세요.
- 신청서를 팩스 1-888-338-7410로 보내주세요.
- 신청서를 다음 주소로 보내주세요. DSHS
CSD-Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
- 또한 온라인 www.washingtonconnection.org 에서 신청할 수 있습니다.
- 의료 보험 보장을 받으려면 온라인 www.wahealthplanfinder.org 에서 신청하거나, 전화 1-855-923-4633로 신청하거나, 또는 HCA 의료 보험 보장 신청서(HCA 18-001)를 사용하여 신청해야 합니다.

식품 및 현금 지원은 얼마나 빨리 받을 수 있나요?

즉시 식품 지원이 필요한 경우, 질문 1 부터 14 번까지를 작성하고 이 양식을 지역 사무소에 제출하세요.

신원을 증명할 수 있으며 *그리고* 다음 중 하나를 충족하는 경우 7 일 *이내*에 식품 지원 자격 여부를 결정합니다.

- 해당 가구의 이번 달 총소득이 \$150 미만이고 유동 자산이 \$100 미만입니다.
- 가구의 소득과 자원이 월 임대료 및 공과금보다 적습니다.
- 가구에 빈곤한 이민자 또는 계절 농장 근로자가 포함되어 있습니다.

혜택은 자격이 있다고 결정된 다음 날에 지급됩니다. 본 기관은 귀하가 신청서를 제출한 날로부터 30 일 이내에 식품 지원 자격 여부를 결정해야 합니다. 식품 지원은 일반적으로 신청서가 접수된 날부터 시작됩니다. 보호 시설을 통해 신청서를 제출하는 경우 서비스 시작일은 출소 또는 퇴소일입니다. 현금 지원은 일반적으로 자격 여부를 결정하기 위한 모든 정보를 확보한 날부터 시작됩니다.

시민권 및 차별 금지

연방 민권법 및 U.S. Department of Agriculture(미국 농무부, USDA) 민권 규정 및 정책에 따라 본 기관은 인종, 피부색, 출신 국가, 성별(성 정체성 및 성적 지향 포함), 종교적 신념, 장애, 연령, 정치적 신념 또는 이전 민권 활동에 대한 보복이나 보복을 이유로 차별하는 것이 금지되어 있습니다.

프로그램 정보는 영어 이외의 언어로 제공될 수 있습니다. 프로그램 정보를 얻기 위해 대체 의사소통 수단(예: 점자, 큰 활자, 오디오 테이프, 영어 수화)이 필요한 장애인은 혜택을 신청한 기관(주 또는 지역)에 문의하시기 바랍니다. 청각 장애, 난청 또는 언어 장애가 있는 개인은 연방 중계 서비스(800) 877-8339 번을 통해 USDA 에 문의하실 수 있습니다.

프로그램 이용 차별에 대한 불만을 제기하려면 불만 제기자는 온라인 USDA 사무소 <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> 에서 다운로드할 수 있는 USDA 프로그램 차별 불만 제기 양식(AD-3027 양식)을 작성하여 제출하거나, (833) 620-1071 로 전화 연락, 또는 USDA 로 보내는 서신을 작성하여 제출해야 합니다. 서신에는 불만 제기자의 이름, 주소, 전화번호 및 주장하는 차별 행위에 대한 서면 설명을 포함해야 하며, 민권 침해 혐의의 성격과 발생 날짜에 대해 아주 상세하게 기재하여 Assistant Secretary for Civil Rights (민권 담당 차관보, ASCR)에게 알려야 합니다.

작성된 AD-3027 양식 또는 서신을 다음 주소로 제출해야 합니다.

1. **이메일:** 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. **이메일:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

본 기관은 균등한 기회를 제공합니다.

이민 신분 및 Social Security Numbers (사회 보장 번호)

동거 중인 다른 사람이 이민 신분으로 인해 도움을 받을 수 없는 경우에도 함께 동거인 일부에 대한 지원을 받을 수 있습니다. 신청하는 모든 사람의 이민 신분을 알려주셔야 합니다. 신청자 가구 구성원의 외국인 신분은 신청서의 정보를 USCIS에 제출하여 USCIS(구 INS)로부터 확인받을 수 있습니다. 제출 사항을 바탕으로 USCIS에서 접수한 정보는 자격 및 혜택 금액에 영향을 미칠 수 있습니다.

연방법(45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6)에 따라, 귀하는 TANF 또는 식품 지원을 신청하는 동거인의 Social Security Number (사회 보장 번호, SSN)를 본 기관에 제공해야 합니다. 함께 살고 있지만 신청하지 않은 부모님과 배우자의 SSN도 필요할 수 있습니다.

식품 지원 및 기타 프로그램을 신청하는 경우

본 기관은 신청서를 처리할 때 SNAP 규정을 준수합니다. 규정에 따라 기한 내에 신청서를 처리하고, 적절한 통지서를 발행하고, 귀하의 행정적 권한에 대해 알려드립니다. 본 기관은 다른 지원 프로그램 신청이 거부되었다는 이유만으로 식품 지원을 거부하지 않습니다.

개인정보 보호 및 현금 및 식품 지원

2008년 개정된 식품 및 영양법에 따라 각 가구 구성원의 SSN를 포함하여 신청서에 필요한 정보를 수집할 수 있습니다. 본 기관은 신원 확인, 자격 확인, 사기 방지, 청구 수집 등을 위해 SSN을 사용합니다. 다른 기관과 정보를 교환하여 프로그램을 관리하고 법률을 준수합니다. 요청된 정보 제공은 자발적으로 이루어집니다. 그러나 정당한 사유 없이 SSN을 제공하지 않거나 SSN 신청 증빙을 제공하지 않을 경우, SSN을 제공하지 않은 각 개인에 대한 기본 식품 지원은 거부됩니다. 연방 Income and Eligibility Verification System (소득 및 자격 확인 시스템) (IEVS)을 포함한 컴퓨터 매칭 프로그램을 통해 일부 정보를 확인합니다.

Department of Social and Health Services (사회복지 보건부)에 보고된 정보는 Health Care Authority (보건 당국) 및 건강보험 거래소에서 관리하는 건강보험 보장 혜택 자격에 영향을 미칠 수 있습니다.

해당 정보 활용처:	해당 정보를 제공할 수 있는 곳:
<ul style="list-style-type: none"> • 프로그램에 자격이 있는 사람 결정. • 초과 지불금 징수. • 프로그램 관리. • 법을 준수하는지 확인. 	<ul style="list-style-type: none"> • 공무에만 사용하는 연방정부 및 주정부 기관. • 법을 피해 도망치는 사람들을 추적하는 법 집행 기관. • 식품 지원 초과 지불금을 징수하는 민간 징수 기관.

식품 지원 처벌 경고

본 기관은 귀하의 정보가 정확한지 다른 기관에 확인합니다. 정보가 잘못된 경우 해당 신청자는 식품 지원을 받지 못할 수 있습니다.

고의적으로 규정을 위반하는 회원은 다음과 같은 처벌을 받을 수 있습니다.

- 다른 해당 연방법 및 주법에 따라 기소됩니다.
- SNAP에서 1년~영구적으로 제외됩니다.
- 최대 \$250,000의 벌금이 부과됩니다.
- 20년 이하의 징역이 부과됩니다.
- 법원이 명령하면 18개월 더 SNAP에서 제외됩니다.

법원이 귀하에게 유죄 판결을 내리는 경우:

다음과 관련된 거래에서 혜택을 받은 경우:

처벌 사항:

- 규제 약물 판매 2년에서 영구적으로 자격 박탈.
- 총기, 탄약 또는 폭발물 판매 영구적 자격 박탈.
- 밀거래로 \$500를 초과하는 수익을 거둔 경우 영구적으로 자격이 박탈됨.
- 거주지 또는 신분 위조 10년 동안 자격이 박탈됨.

식품 및 현금 지원 신청

이 양식을 작성하는 데 도움이 필요한 경우 문의하세요.

오늘 본 양식을 완료할 수 없는 경우, 이름, 주소, 서명을 제출하여 절차를 시작하십시오. 혜택이 승인되기 전까지 신청서 작성을 완료해야 합니다. 신청서 작성을 완료하려면 6 페이지에 서명해야 합니다.

1. 이름 중간 이름 성	신청자 또는 권한을 위임받은 대리인의 서명	2. 고객 식별 번호(알려진 경우)
3. 거주지 주소 시 주 우편번호		4. 기본 전화번호 <input type="checkbox"/> 핸드폰 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> SNS
5. 우편 주소 (다른 경우) 시 주 우편번호		6. 추가 전화번호 <input type="checkbox"/> 핸드폰 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> SNS
8. 다음을 신청합니다(해당 항목에 모두 체크): <input type="checkbox"/> 현금 <input type="checkbox"/> 식품 <input type="checkbox"/> 어린이 돌봄		7. 이메일 주소
9. 본인 또는 가구원 (해당 항목에 모두 체크): <input type="checkbox"/> 가정 폭력 상황에 처한 경우 <input type="checkbox"/> 건강 문제로 일할 수 없음 <input type="checkbox"/> 장애가 있음 <input type="checkbox"/> 임신 중임; 이름: _____ 분만 예정일: _____		
10. 이번 달에 가구의 예상 수입은 얼마인가요?		\$ _____
11. 현금과 은행 계좌의 재정은 어느 정도인가요?		\$ _____
12. 집세나 모기지로 얼마를 지불하고 있나요?		\$ _____
13. 가정에서 어떤 공과금을 지불하고 있나요? <input type="checkbox"/> 냉난방		<input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 기타: _____
14. 가족 중 계절 근로자나 이주 농장 근로자가 있나요?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
15. 식품 지원을 신청하는 경우, 가구원 중 몇 명을 위해 식품을 구입하고 준비하나요? _____		
16. 어린이 돌봄 서비스를 신청하는 경우, 어떤 활동을 위해 돌봄이 필요한가요(해당 항목에 모두 체크)? <input type="checkbox"/> 근로 활동 <input type="checkbox"/> 학교 <input type="checkbox"/> WorkFirst <input type="checkbox"/> Basic Food Employment and Training (기본 식품 고용 및 교육, BFET)		

사무실용 - 신속 서비스를 받을 수 있는 가구: 예 아니요 선별 담당자 이니셜: _____ 날짜: _____

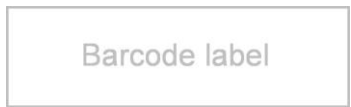
17. 통역사가 필요합니다. 다음 언어를 구사함: _____ 또는 수화, 서신을 다음 언어로 번역: _____

18. 신청하지 않는 가구원도 모두 기재하세요(필요한 경우 추가 용지를 첨부하세요).

성명(이름, 중간 이름, 성)	성별	본인과의 관계는?	생년월일	해당 가구원에 대한 혜택을 원하는 경우 표시.	비신청자 선택 사항			부족 이름(아메리칸 인디언, 알래스카 원주민의 경우)
					SOCIAL SECURITY NUMBER (사회 보장 번호)	미국 시민권자인 경우 표시	인증(아래 샘플 참조)	
		본인		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

19. 인증 배경은 히스패닉 또는 라틴계입니다. 예 아니요

인증 및 민족 배경 정보는 자발적으로 제공되며 자격이나 혜택 금액에 영향을 미치지 않습니다. 이 정보는 인증, 피부색 또는 출신 국가에 관계없이 프로그램 혜택이 분배되도록 하는 데 사용됩니다. 식품 지원의 경우, 정보가 제공되지 않으면 USDA 은 본 기관이 대신 답변하도록 요구합니다. 답변을 원하지 않으면 '보고되지 않음'으로 선택됩니다. **인증의 예시:** 백인, 흑인 또는 아프리카계 미국인, 아시아인, 하와이 원주민, 태평양 섬 주민, 아메리칸 인디언, 알래스카 원주민 또는 이 인증의 조합.



신청자 이름	SOCIAL SECURITY NUMBER (사회 보장 번호)	고객 식별 번호
--------	-----------------------------------	----------

I. 일반 정보

- 본인은 지난 30 일 동안 다른 주, 부족 또는 기타 출처로부터 현금이나 음식을 받은 적이 있습니다. 예 아니요
- 제가 신청하는 대상자가 Washington 주 이외 지역에 거주하고 있습니다: 예 아니요 대상자: _____
- 본인 또는 가구원이 후원을 받는 외국인입니다: 예 아니요 후원 대상자: _____
- 본인 또는 16 세 이상의 가구원이 다음 중 하나에 속합니다(해당 사항 모두 표시): 고등학교 고등학교 동등 프로그램 대학 직업 학교 대상자: _____
- 일시적으로 따로 거주하는 가구원이 있습니다: 예 아니요 대상자: _____
- 본인 또는 가구원이 미군, 방위군 또는 예비군으로 복무했거나 복무한 사람의 부양가족 또는 배우자입니다: 예 아니요 해당하는 경우 대상자: _____
- 본인 또는 본인이 신청하는 가구원이 중범죄로 법정이나 감옥에 가는 것을 피하기 위해 범망을 피해 도피 중입니다: 예 아니요
- 거주지: 자가 또는 아파트 그룹 홈 기타: _____
 시설(유형 열거): _____ 입주 날짜: _____
- 혼인 상태: 독신 기혼 이혼 별거 사별 공식 동성혼
- 본인 또는 가구원이 1996 년 9 월 22 일 이후에 식품 지원 서비스를 마약과 거래한 혐의로 유죄 판결을 받았습니다. 예 아니요
- 본인 또는 가구원이 1996 년 9 월 22 일 이후에 500 달러 이상의 식품 지원 서비스를 구매 또는 판매한 혐의로 유죄 판결을 받았습니다: 예 아니요
- 본인 또는 가구원이 1996 년 9 월 22 일 이후 식품 지원 서비스를 총기, 탄약 또는 폭발물과 거래한 혐의로 유죄 판결을 받았습니다: 예 아니요
- 본인 또는 가구원이 1996 년 9 월 22 일 이후 하나 이상의 주에서 식품 지원 서비스를 받은 혐의로 유죄 판결을 받았습니다: 예 아니요
- 본인 또는 가구원이 다음에 해당합니다: a. 파업 중임: 예 아니요 b. 하숙인: 예 아니요

II. 리소스 (증빙 자료 첨부, 현금 지원만 해당)

리소스란 내가 가지고 있거나 구매할 것 중 판매, 거래 또는 다른 사람이 보유한 현금이나 화폐로 전환할 수 있는 모든 것을 말합니다. 리소스에는 가구나 의류와 같은 개인 소유물은 포함되지 않습니다. 리소스의 예는 다음과 같습니다.

- 현금
- 신탁
- CD
- 장례식 자금, 선불 요금제
- 당좌 예금 계좌
- IRA / 401k
- 머니 마켓 계좌
- 비즈니스 장비
- 저축 계좌
- 주택, 토지 또는 건물
- 채권
- 가축
- 대학 학자금
- 퇴직금
- 생명 보험 증권

1. 본인, 배우자 또는 신청자가 소유하고 있거나 구매하려는 리소스를 기재해 주세요.

리소스	소유자	장소	가치
			\$
			\$
			\$
			\$

2. 본인, 배우자 또는 신청자는 자동차, 트럭, 승합차, 보트, RV, 트레일러 또는 기타 자동차를 소유하고 있습니다:

연식 (예: 1980 년)	제조사 (예: 포드)	모델 (예: 에스코트)	리스인 경우 표시	차량이 의료 목적으로 사용되는 경우 표시	미납 금액
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. 본인, 배우자 또는 신청자는 지난 2 년 동안 재산을 매각, 거래, 증여 또는 양도한 적이 있습니다 (신탁, 차량 또는 증신 물건 포함): 예 아니요 해당하는 경우, 대상: _____ 시기: _____

III. 연금(현재 또는 미래에 정기적인 지급을 받기 위해 가구원이 투자한 금액).

연금의 소유자는 누구인가요?	회사 또는 기관인가요?	금액 또는 가치	월 소득	구매일
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

신청자 이름	SOCIAL SECURITY NUMBER (사회 보장 번호)	고객 식별 번호
--------	-----------------------------------	----------

IV. 근로 소득(증빙 자료 첨부)

1. 본인, 배우자 또는 신청자는 지난 30 일 이내에 직장을 그만두었습니다: 예 아니요
 2. 본인, 배우자 또는 신청자는 근로 소득이 있습니다: 예 아니요

예로 답한 경우 이 섹션을 작성해 주세요:

해당 수입을 획득하는 사람 고용주의 이름 및 전화번호 시작일 이 직업은 자영업인가? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 월별 자영업 비용 금액: \$ _____	총 수령액(공제 전 달러 금액) \$ _____ 기준: <input type="checkbox"/> 시급 <input type="checkbox"/> 주급 <input type="checkbox"/> 2 주마다 <input type="checkbox"/> 매월 2 회 <input type="checkbox"/> 월급 주당 시간: _____ 지급일 (예: 1 일 및 15 일, 또는 매주 금요일): _____
해당 수입을 획득하는 사람 고용주의 이름 및 전화번호 시작일 이 직업은 자영업인가? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 월별 자영업 비용 금액: \$ _____	총 수령액(공제 전 달러 금액) \$ _____ 기준: <input type="checkbox"/> 시급 <input type="checkbox"/> 주급 <input type="checkbox"/> 2 주마다 <input type="checkbox"/> 매월 2 회 <input type="checkbox"/> 월급 주당 시간: _____ 지급일 (예: 1 일 및 15 일, 또는 매주 금요일): _____

V. 기타 소득(증빙자료 첨부, 모든 가구원 신고)

- 실업 급여
- 사회 보장 소득
- 부족 과세 소득
- 게임 소득
- 교육 혜택 (학자금 대출, 보조금, 근로 학습)
- Supplemental Security Income (생활보조금, SSI)
- 자녀 양육비 또는 배우자 생활비
- 철도 혜택
- 임대 소득
- 퇴직 또는 연금
- 재향군인회 (VA) 또는 군인 혜택
- 노동 및 산업 (L&I)
- 신택
- 이자/배당금

불로소득 유형	누가 수입이 있나요?	월 총액
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

VI. 월별 비용

임대료	모기지	공간 임대	주택 보유자 보험금	재산세	기타 요금
\$	\$	\$	\$	\$	\$

집세나 모기지 대출금과 별도로 지불하는 공과금은 무엇인가요?

- 난방 (전기/가스) 전기 (난방 제외) 수도 집 전화/핸드폰 하수도 쓰레기

보조금 지원 주택 등 다른 사람이나 기관이 이러한 비용의 전부 또는 일부를 지불하는 데 도움을 주고 있습니다.

예 아니요 해당하는 경우, 지불자: _____ 대상 비용: _____ 지불당 금액: \$ _____

지난 12 개월 동안 Low Income Home Energy Assistance Act (저소득층 가정 에너지 지원법, LIHEAA)의 지원금을 받았습니다.

본인, 배우자 또는 가구원은 다음 세금을 납부하고 있거나 납부해야 합니다(해당 항목에 모두 체크):

<input type="checkbox"/> 아동 또는 성인 부양가족 돌봄(교통비 포함)	월별 금액: \$	지불자:
<input type="checkbox"/> 장애인 또는 60 세 이상 의료비(교통비, 건강보험료 포함)	월별 금액: \$	지불자:
<input type="checkbox"/> 자녀 양육비(증빙 자료 첨부)	월별 금액: \$	지불자:

위에 나열된 비용 중 하나라도 빠진 보고 사항이 있으면 해당 비용에 대한 공제를 받지 않겠다는 가구의 의사 표시로 간주됩니다.

신청자 이름	SOCIAL SECURITY NUMBER (사회 보장 번호)	고객 식별 번호	
VII. 승인 대리인			
<p>승인 대리인이란 귀하가 귀하의 혜택에 대해 DSHS와 상담할 수 있도록 허용한 사람을 말합니다. 귀하가 지정할 수 있지만 반드시 지정해야 하는 것은 아닙니다.</p> <p style="text-align: center;">승인 대리인이 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p style="text-align: center;">해당 대리인이 귀하의 법적 보호자인가요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>승인 대리인 양식(DSHS 14-532)을 작성해야 할 수도 있습니다.</p>			
이름	귀하와의	전화번호	
우편 주소	시	주 우편번호	
유권자 등록			
<p>Department offers voter registration services (사회보건부는 유권자 등록 서비스를 제공)하며 자동 유권자 등록이 포함됩니다. 유권자 등록 신청 또는 유권자 등록 거부는 본 기관으로부터 받을 수 있는 서비스나 혜택 금액에 영향을 미치지 않습니다. 유권자 등록 양식을 작성하는 데 도움이 필요한 경우, 본 기관이 도와드리겠습니다. 도움을 요청하고 수락하는 것은 귀하가 결정할 수 있습니다. 유권자 등록 양식은 비공개로 작성할 수 있습니다. 다른 사람이 귀하의 유권자로 등록할 권리나 유권자 등록을 거부할 권리, 등록 여부를 결정하거나 유권자 등록을 신청할 시 귀하의 개인정보 보호에 대한 권리나 소속 정당 또는 기타 정치적 선호도를 선택할 권리를 침해했다고 생각한다면 다음 주소로 불만을 제기할 수 있습니다. Washington 주 선거 사무소 PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).</p> <p>유권자 등록을 하거나 유권자 등록 정보를 갱신하시겠습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>귀하에게 자동으로 유권자로 등록될 자격이 있고 이를 거부하지 않는 경우를 제외하고 귀하가 두 확인란 중 어느 쪽도 선택하지 않은 경우에는 귀하가 현재 유권자 등록을 하지 않기로 결정한 것으로 간주합니다.</p> <p>위의 "아니요"를 선택하지 않은 경우, 귀하에게 자동으로 유권자로 등록될 자격이 있을 수 있습니다. 귀하가 다음 선거 때까지 만 18세 이상이 되고, 미국 시민이며, DSHS에서 귀하의 이름, 거주지 및 우편 주소, 생년월일, 민권 정보 증명서 및 본 신청서에 기재된 정보의 진실성을 증명하는 귀하의 서명을 보유하고 있는 경우 귀하에게 자동으로 유권자로 등록될 자격이 있습니다.</p> <p>자동으로 유권자 등록을 하시겠습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>"예"라고 표시된 확인란을 선택했거나 두 확인란 중 어느 쪽도 선택하지 않으면서도 자동 유권자 등록 자격 요건을 충족하는 경우 DSHS에서 귀하의 정보를 Office of the Secretary of State (국무장관실)에 보내며, 귀하는 자동으로 유권자 등록이 됩니다.</p>			
선언 및 서명(신청을 완료하려면 아래에 서명하십시오.)			
<p>다음 사항을 준수해야 함을 이해하였습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 정확한 정보를 제공하고 보고할 요건을 준수합니다. 자격을 증명할 증명서를 제기합니다. 본인이 Temporary Assistance for Needy Families (빈곤 가정 임시 지원, TANF) 서비스를 받을 때 자녀 양육에 대한 특정 권리를 Washington 주에 양도합니다. 하지만 양육 지원이 본인이나 자녀를 위험에 빠뜨릴 수 있는 경우 DSHS에 양육 지원을 하지 않도록 요청할 수 있습니다. 식품 지원 작업 요건에 협조합니다. <p>이러한 조치를 취하지 않으면 본인은 혜택이 거부되거나 혜택 비용을 환불해야 할 수 있습니다.</p> <p>고의로 허위 진술을 하거나 신고해야 할 사항을 신고하지 않을 경우 형사 처벌을 받을 수 있음을 숙지하였습니다.</p> <p>본인은 필요한 경우 DSHS가 다른 사람이나 기관에 연락하여 본인이 자격이 있음을 증명하는 데 도움을 줄 수 있도록 승인합니다.</p> <p>본인은 본인의 권리와 책임에 대해 읽었거나 설명을 들었으며 고객 권리와 책임, DSHS 14-113의 사본을 받았습니다. 본인은 Washington 주 법률에 따라 위증 죄 처벌 조항에 따라, 혜택을 신청하는 회원의 시민권 및 외국인 신분에 관한 정보를 포함하여 본인이 본 신청서에 제공한 정보가 진실하고 정확함을 증명하거나 또는 선언합니다.</p> <p>현금 지원을 신청하는 경우, 가구의 모든 성인(또는 승인 대리인)이 서명해야 합니다.</p> <p>식품 지원의 경우 현재 승인된 대리인 문서가 파일에 없는 경우 신청자와 승인된 대리인 모두 서명해야 합니다.</p>			
신청자 서명(필수)	날짜	신청자 이름	서명한 시 및 주
기타 성인 신청자의 서명	날짜	기타 성인 정자체 이름	서명한 시 및 주
도우미 또는 대리인 서명	날짜	대리인 정자체 이름	서명한 시 및 주
증인의 서명이 "X"로 표시된 경우	날짜	증인 정자체 이름	