

## 수혜자격 재심서 Eligibility Review

이 재심서를 읽는데 또는 작성하는데 도움이 필요하면 요청하십시오.  
귀하의 파일에 이 페이지를 보관하십시오.

### 현금보조금 또는 식품지원 혜택 신청 방법

- 이 재심서를 인편으로 지역의 보사부 사무처에 제출하면 오늘 바로 신청업무를 **시작**할 수 있습니다. 재심서에 반드시 귀하의 이름과 주소를 기입하고 서명(또는 귀하가 위임한 대리인의 서명)을 해 제출하십시오. 이 세 가지 항목만 들어가 있으면 지금이라도 바로 재심서를 제출할 수 있습니다.
- 작성한 재심서와 당국이 요구하는 기타 정보를 가급적 빨리 제공하면 해당 혜택을 더 많이 또는 더 빨리 받을 수도 있음
- 지역 사무처에 가서 재심서를 제출하거나 1-888-338-7410 팩스 번호로 전송하실 수 있습니다. 사무처 위치는 [www.dshs.wa.gov](http://www.dshs.wa.gov)에서 확인하실 수 있습니다.
- 재심서를 다음 주소로 우송함

DSHS  
CSD-Customer Service Center  
PO Box 11699  
Tacoma, WA 98411-6699

DSHS  
Home and Community Services – Long Term Care Services  
PO Box 45826  
Olympia, WA 98504-5826

- 온라인으로 신청함. 웹사이트: [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org)
- 본 수혜자격 재심서는 이 양식에 기재된 워싱턴주 **Apple Health** 프로그램 수혜자격 갱신에만 사용될 수 있습니다. 다른 건강보험혜택은 반드시 웹사이트, [www.wahealthplanfinder.org](http://www.wahealthplanfinder.org)로 또는 1-855-923-4633으로 전화 또는 신청서(HCA Application for Health Care Coverage, HCA 18-001)를 사용해 신청하십시오.

### 식품지원과 현금보조금을 얼마나 빨리 받을 수 있습니까?

식품지원이 지금 당장 필요한 경우, 1 항~14 항 질문에 답한 후 지역의 보사부 사무처에 제출하십시오.

- 귀하의 신분증을 **제시**하고 수혜자격 규칙에 부합하면 7 일 **이내**에 식품지원 수혜자격 여부가 결정됩니다.
- 식품지원은 당국이 결정한 바로 그 다음 날로 발급됩니다.
- 식품지원은 보통 귀하의 신청서가 접수된 날짜부터 시작합니다.
- 현금보조금은 보통 수혜자격 결정에 필요한 정보가 모두 수집된 날부터 시작됩니다.
- 저희는 신청서 제출일로부터 30 일 이내에 귀하의 식품지원 자격을 결정해야 합니다.
- 기관에서 귀하의 신청서가 제출된 경우, 시작일은 귀하의 석방이나 퇴소일이 됩니다.

### 식품지원과 다른 프로그램을 함께 신청하실 경우

저희는 SNAP 규정에 따라 귀하의 신청을 처리해야 합니다. 여기에는 기한 내 신청서 처리, 적절한 통지서 발급, 귀하의 행정적 권리 안내가 포함됩니다. 저희는 귀하께서 다른 지원 프로그램 신청이 거부되었다는 이유로 귀하의 식품지원을 거부할 수 없습니다.

### 민권

이 기관은 미국 농무부가 진행하거나 자금 지원을 제공한 프로그램이나 활동에 대하여 연방민권법과 USDA 민권 규정 및 정책에 따라 인종, 피부색, 출신 국가, 종교, 성별(성 정체성 및 성적 지향성 포함), 종교적 신념, 장애, 나이, 정치적 신념, 또는 과거의 민권 활동에 대한 보복이나 앙갚음으로 인한 차별대우를 금지하고 있습니다.

영어 외의 다른 언어로도 프로그램 정보를 이용하실 수 있습니다. 프로그램 정보를 입수하기 위해 다른 의사소통 수단(예: 브라우 점자, 큰 글자, 오디오테이프, 미국 수화 등)이 필요하신 장애인에 혜택을 신청한 담당 에이전시(주 또는 지역)로 문의해주시요. 청각장애, 난청 또는 언어 장애가 있는 개인은 (800) 877-8339 로 미연방중계서비스(Federal Relay Service)를 통해 USDA 에 문의하시기 바랍니다.

시민권(Civil Rights) 프로그램의 차별에 대한 이의를 USDA 에 제기하려면, USDA 프로그램 차별 항의서, AD-3027 를 작성하십시오. 이 양식은 <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf> 에서 다운로드할 수 있습니다. 또는 USDA 사무소에 전화 (833) 620-1071 로 신청하거나 USDA 에 서신을 보내 신청하실 수 있습니다. 이 서신에는 불만을 제기하는 사람의 이름, 주소, 전화번호, 차별 혐의에 대하여 민권 위반의 성격과 날짜에 대하여 민권 차관보(ASCR)에 정보를 제공할 수 있도록 상세한 설명을 포함해야 합니다. 작성된 AD-3027 양식이나 서신을 다음으로 제출해야 합니다:

- 우편: Food and Nutrition Services, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria VA 22314;
- 팩스: (833) 256-1665 / (202) 690-7442;
- 이메일: [FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

USDA 는 평등 기회를 제공하는 고용 기관이자 대출기관입니다.

**이민 신분 및 사회보장번호**

귀하와 함께 거주하는 사람으로서 이민 신분으로 인해 혜택을 받을 수 없는 일부 사람에게도 혜택이 제공되는 경우가 있습니다. 그러므로 혜택을 신청하는 모든 사람의 이민 신분을 반드시 당국에 말해야 합니다. 가구 구성원들의 이민 신분을 USCIS(이전 이름은 INS)가 확인할 수 있습니다. USCIS로부터 입수한 정보가 수혜자격과 수혜량에 영향을 미칠 수 있습니다. 일부 외국인에게 적용될 수도 있는 건강보험혜택이 있습니다.

귀하와 함께 거주하는 사람으로서 워싱턴주 Washington Apple Health, TANF 또는 식품지원혜택을 신청하는 사람은 연방법(42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6)에 따라 사회보장번호(SSN)를 반드시 제공해야만 합니다. 그리고 혜택을 신청하지 않지만 함께 사는 부모 및 배우자의 SSN 이 필요할 수도 있습니다. SSN 이 없는 일부 사람들이 받을 수 있는 건강보험혜택이 있습니다.

**워싱턴 주 Apple Health에 대한 시민권 및 신원**

미국 시민권자는 반드시 시민권과 신원을 증명해야만 Washington Apple Health를 받을 수 있습니다. 신원 증빙서류를 획득하실 수 있도록 도와드리겠습니다. 저희가 요구하는 증빙서류를 획득하는 데 돈이 들 경우 저희가 대신 그 증빙서류를 신청하고 돈을 지불할 수 있습니다. Medicare, 장애여부에 근거한 사회보장장애보험(SSDI) 또는 생계보조비(SSI)를 받는 가족 성원은 신원 증빙서류가 필요하지 않습니다.

**의료 및 장기요양치료(LTC) 비용을 주정부에 환불**

워싱턴주 자산회수법(RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080)에 따라, 55세 이후 워싱턴 주가 지불한 특정 유형의 의료 및 장기 요양 서비스 및 지원 비용을 귀하의 자산으로 상환해야 할 수도 있습니다. 워싱턴주로부터만 재정 지원을 받는 서비스를 이용하셨다면 연령 제한이 없습니다. 자산 회수는 귀하의 사망 후부터 시작됩니다. 생존 배우자가 사망한 후, 또는 귀하 사망 시에 자녀가 맹인/장애인이 아닌 한 자녀가 21세가 된 후부터 비용을 환불받기 시작합니다. 워싱턴 주는 귀하가 요양원에 입소했고 집으로 귀가할 수 없는 상태라면 귀하의 연령에 상관 없이 귀하의 부동산을 상대로 사망전 선취특권을 설정해 놓을 수 있습니다. 워싱턴 주는 귀하가 해당 부동산을 매각하거나 양도하면 또는 귀하 사망 후에 이 선취특권을 행사하여 비용을 징수할 수 있습니다. 귀하가 집으로 귀가하는 경우, 워싱턴 주는 설정해 놓은 선취특권을 해제합니다. 자산회수에 관한 서비스 목록을 포함하여 자세한 정보는 Chapter 182-527 WAC 을 참조하십시오.

**개인 정보 보호 및 현금보조금 및 식품지원**

당국은 식품영양법(Food and Nutrition Act of 2008)에 따라 신청서에 당국이 요구하는 정보를 수집할 수 있습니다. 당국이 요청한 정보를 제공하는 것은 귀하의 의함에 달려있습니다. 하지만 합당한 이유 없이 정보를 제공하지 않을 경우 기본식품혜택이 제공되지 않을 수도 있습니다. 이 정보의 일부는 연방소득 및 수혜자격확인시스템(IVES)을 포함하여 컴퓨터 일치 프로그램으로 확인하게 됩니다.

당국이 개인 정보를 사용하는 이유	개인 정보를 제공할 수 있는 곳
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 해당 프로그램에 대한 자격여부 결정</li> <li>• 초과 지급된 식품지원 환급</li> <li>• 프로그램 관리</li> <li>• 법 준수 확인</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 공무처리를 위해 연방기관 및 주정부 기관</li> <li>• 법망을 피해 도주 중인 범인을 쫓는 법집행 기관</li> <li>• 식품지원 초과지불금을 징수하는 사립 미수금 대행기관</li> </ul>
<p><b>보건사회부에 제공한 정보는 Health Care Authority 및 Health Benefit Exchange 에서 관리하는 건강보험 수혜 자격에 영향을 줄 수도 있습니다.</b></p>	
<p><b>식품지원 벌칙 경고</b></p>	
<p>당국은 식품지원 신청인에 관한 정보를 기타 연방기관에 보내 해당 정보의 정확성을 확인합니다. 확인 후 잘못된 정보가 있을 경우 신청인에게 식품지원이 제공되지 않을 수도 있습니다.</p>	
<p><b>고의적으로 식품지원규정을 위반할 경우 다음 벌칙을 받을 수 있습니다:</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 다른 적용 가능 연방법과 주법에 따라 기소된다.</li> <li>• 1년 이상 또는 영구적으로 SNAP 수혜자격이 금지된다 .</li> <li>• \$250,000 이하 벌금형에 처해진다.</li> <li>• 20년 이하 징역형에 처해진다.</li> <li>• 법원의 명령으로 SNAP 수혜자격금지 기간이 18개월 더 연장된다.</li> </ul>	
<p><b>법원에서 다음 죄목으로 유죄 판결을 받은 경우:</b></p>	
<p><b>다음 행위에 관여하여 이득을 취한 경우:</b></p>	<p><b>적용 벌칙:</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 규제 약물 판매 .....</li> </ul>	<p>2년 이상 또는 영구적으로 자격 정지</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 화기, 탄약, 또는 폭발물 판매 .....</li> </ul>	<p>영구 자격 정지</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 총합 500달러 이상 밀매 .....</li> </ul>	<p>영구 자격 정지</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 주거지 또는 명의 도용 .....</li> </ul>	<p>10년 자격 정지</p>

# 수혜자격 재심서

## Eligibility Review

이 양식을 작성하는 데 도움이 필요하면 말씀해 주십시오.

1. 이름 (중간이름 이니셜 성)	신청인 또는 신청인이 위임한 대리인의 서명(필수 기입란)	2. 수혜자 ID 번호(알고 있을 경우)
3. 거주지 주소 (시 주 우편번호)		4. 기본 전화번호 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 메시지
5. 우편주소(거주지 주소와 다를 경우) (시 주 우편번호)		6. 보조 전화번호 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 메시지

8. 저는 다음을 신청합니다(모든 해당 사항에 체크요):
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 현금                       | <input type="checkbox"/> 노인보조시설(Assisted Living) / 성인 패밀리 홈           |
| <input type="checkbox"/> 식품                       | <input type="checkbox"/> 재택 장기요양서비스                                   |
| <input type="checkbox"/> 메디케어 세이빙스 프로그램           | <input type="checkbox"/> 요양원(Nursing Home)                            |
| <input type="checkbox"/> 호스피스                     | <input type="checkbox"/> HWD (Healthcare / Workers with Disabilities) |
| <input type="checkbox"/> 노인, 맹인 또는 장애인을 위한 건강보험혜택 |   |
| <input type="checkbox"/> 노인을 위한 맞춤형 지원 서비스        |   |

9. 본인 또는 가족 중에 다음과 같은 사람이 있습니다 (모든 해당란에 체크요).

- 장애를 가지고 있음  건강문제로 인해 일을 할 수 없음  
 임신 중임. 임신부 이름: \_\_\_\_\_ 출산 예정일: \_\_\_\_\_

10. 이 달에 귀 가구에 얼마의 돈이 들어올 것으로 예상합니까? \$ \_\_\_\_\_  
 11. 가족이 소유하고 있는 현금 또는 은행계좌에 얼마의 돈이 있습니까? \$ \_\_\_\_\_  
 12. 귀 가족이 지불하는 임대료(월세)나 모기지(주택융자금)는 얼마입니까? \$ \_\_\_\_\_  
 13. 귀 가족은 어느 공공서비스 요금을 납부합니까?  난방비/냉방비  전화요금  기타: \$ \_\_\_\_\_  
 14. 가족 성원 중에 계절 또는 이동 농장 노동자가 있습니까?  예  아니오  
 15. 식품지원을 신청하는 경우 가족 성원 몇 사람을 위해 식품을 사서 조리합니까? \$ \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service:**  Yes  No **Screener's Initials:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

16.  통역관이 필요합니다. 사용 언어: \_\_\_\_\_ 또는  수화; 통신문을 다음 언어로 번역해 주십시오. \_\_\_\_\_

17. 혜택을 신청하지 않는 사람을 포함해 전 가족성원을 기재해 주십시오(필요할 경우 다른 용지에 적어 첨부하십시오).

이름 (이름, 중간이름, 성)	성별	귀하와의 관계	생년월일	이 사람의 혜택을 원하는 경우 체크요	비신청인의 임의 기재 사항			
					사회보장번호	미시민권 자일 경우 체크요	인종(아래 보기 참조)	부족명(아메리 칸 인디언, 알래스카 원주민)
		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"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		



신청인의 이름	사회보장번호	수혜자/의뢰인 ID 번호
<p><b>18. 히스패닉 또는 라틴 아메리카인입니까?</b> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요  인종과 민족 배경 정보 제공 여부는 귀하의 의향에 달려 있으며 수혜자격이나 혜택 금액에 영향을 미치지 않습니다. 이 정보는 프로그램 혜택이 인종, 피부색, 또는 출신 국가에 관계 없이 공평하게 분배되고 있는지 확인하는 용도로 사용됩니다. 식품지원 신청서일 경우 본 정보를 제공하지 않으면 <b>USDA</b>에서 당국으로 하여금 해당 답을 기입하도록 요구합니다. <b>예:</b> 백인, 흑인 또는 아프리카계 미국인, 아시아인, 하와이 원주민, 태평양 섬주민, 아메리칸 인디언, 알래스카 원주민 또는 혼혈 인종.</p>		
<b>I. 일반 정보</b>		
<p>1. 지난 30 일간 다른 주정부, 부족 또는 기타 출처로부터 현금보조금 또는 식품지원 혜택을 받았습니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요  2. 제가 대신 신청하는 사람이 워싱턴주가 아닌 타주에서 살고 있습니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 타주에 사는 사람: _____  3. 본인 또는 가족 중 누군가가 보증인을 둔 이민자입니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 보증인을 둔 이민자: _____  4. 본인 또는 제 가족 성원 중에 누군가가 다음과 같은 학교에 다니고 있는 16 세 이상의 학생입니다 (해당되는 모든 것에 체크하십시오) <input type="checkbox"/> 고등학교  <input type="checkbox"/> 고등학교 동급 프로그램 <input type="checkbox"/> 대학교 <input type="checkbox"/> 직업학교 학생이름: _____  5. 일시적으로 이사를 나간 사람이 있습니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 이사를 나간 사람: _____  6. 본인 또는 가족이 미군이나 주방위군, 예비군에 복무한 사람이거나 복무한 사람의 배우자입니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요  7. 본인 또는 제가 대신 신청하는 사람은 중범죄자이며, 재판이나 감옥행을 피하려고 도주 중입니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요  8. 본인 거주하는 곳: <input type="checkbox"/> 자택 또는 아파트 <input type="checkbox"/> 그룹 홈 <input type="checkbox"/> 기타: _____  <input type="checkbox"/> 시설(시설 유형 기재): _____ 입소한 날짜: _____  9. 본인은 다음에 해당합니다. <input type="checkbox"/> 미혼(싱글) <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 과부/홀아비 <input type="checkbox"/> 등록 동거 관계에 있음  10. 본인 또는 가족이 1996 년 9 월 22 일 이후 식품지원을 약물과 거래하여 유죄가 확정된 적이 있습니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요  11. 본인 또는 가족이 1996 년 9 월 22 일 이후 \$500 를 초과한 식품지원을 매매하여 유죄가 확정된 적이 있습니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요  12. 본인이나 가족이 1996 년 9 월 22 일 이후 식품지원을 총기, 탄약, 폭발물과 거래하여 유죄가 확정된 적이 있습니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요  13. 본인이나 가족이 1996 년 9 월 22 일 이후 여러 주에서 식품지원을 받아 유죄가 확정된 적이 있습니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요  14. 본인이나 함께 거주하는 사람이 a. 과업 중입니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 b. 하숙인입니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요  15. 본인이나 가족이 복권이나 잼블 당첨금으로 \$4,250 이상을 받은 사람이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요  예인 경우, 받은 사람: _____ 받은 날짜: _____  금액(세전 달러 금액): _____</p>		
<b>II. 건강보험정보(기본식품 신청에는 필요하지 않음)</b>		
<p>본인, 본인의 배우자 또는 가족 성원 중 누군가가 다음에 해당합니다).</p> <p>1. 의료시설(병원 또는 요양원)에 입원하려고 하거나 입원 중이거나 최근에 퇴원했습니다..... <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요  2. 과거 3 개월 동안 미납된 의료비 청구서와 관련하여 도움을 필요로 합니다. .... <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요  3. 건강보험이 있습니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 (해당되는 모든 곳에 체크요): <input type="checkbox"/> 메디케어(Washington Apple Health 가 아님)  <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> 장기요양보험(Long-Term Care Insurance) <input type="checkbox"/> 인디언 건강 서비스(Indian Health Services)  <input type="checkbox"/> 기타 건강보험:</p>		
<b>III. 자산(증빙서류: HWD 또는 기본식품 신청에는 필요하지 않음)</b>		
<p>자산이란 귀하의 모든 소유물 또는 매매, 교환 또는 현금화할 수 있는 구매품 또는 다른 사람이 갖고 있는 귀하의 돈 등을 들 수 있습니다. 자산에는 가구 또는 의복 등 개인 소모품 등은 포함되지 않습니다. 다음을 자산으로 취급할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 현금</li> <li>• 당좌예금구좌(Checking account)</li> <li>• 보통예금구좌(Savings account)</li> <li>• 학자금</li> <li>• 신탁</li> <li>• IRA / 401k</li> <li>• 주택, 토지 또는 건물</li> <li>• 예금증서(CD)</li> <li>• 머니마켓구좌</li> <li>• 증권</li> <li>• 퇴직금</li> <li>• 장례기금, 선불플랜</li> <li>• 사업 장비</li> <li>• 가축</li> <li>• 생명 보험</li> </ul>		

신청인의 이름	사회보장번호	수혜자/의뢰인 ID 번호
---------	--------	---------------

**III. 자산(증빙서류: HWD 또는 기본식품 신청에는 필요하지 않음)**

귀하, 귀배우자 또는 귀하가 혜택을 신청하는 사람 중에 소유하고 있는 또는 구매 중인 자산을 아래에 기재하십시오.

자산	소유주	소유지	가치

2. 본인, 제 배우자 또는 제가 혜택을 신청하는 사람 중에는 자동차, 트럭, 밴(van), 보트, RV, 트레일러 또는 기타 모터 운송 수단을 갖고 있습니다.

연도 (예: 1980)	제조사(예: FORD)	모델(예: ESCORT)	리스한 경우 체크요	의료 용도로 사용하는 차량일 경우 체크요	차량 납입 잔금
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. 본인, 제 배우자 또는 본인이 혜택을 신청하는 사람이 지난 5년 내 자산을 판매, 교환했거나 남에게 주었거나 양도했습니다(신탁, 차량, 현금 또는 종신 부동산 포함).  예  아니요 '예'일 경우, 해당 자산: \_\_\_\_\_ 시일: \_\_\_\_\_

**IV. 연금(가족 성원이 한 투자로 현재 정기적으로 받고 있는 또는 앞으로 받을 연금)**

연금 주인	회사 또는 업체	금액 또는 가치	월소득	구매일자
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

귀하 또는 귀배우자에게 연금성 이자를 받고 있고 Washington Apple Health Long Term Care(장기요양보호혜택), SSI 연관 또는 CN 혜택을 수락한 경우는 워싱턴주를 연금 잔여 수익자로 기재해야만 합니다.

**V. 근로소득(증빙서류 첨부요)**

1. 본인, 제 배우자 또는 제가 혜택을 신청하는 사람이 지난 30일 내에 직장을 잃었습니다/그만두었습니다.  예  아니요

2. 본인, 제 배우자 또는 제가 혜택을 신청하는 사람에게 근로소득이 있습니다.  예  아니요 '예'일 경우, 이 항목을 작성하십시오.

<p>이 소득의 주인 _____</p> <p>고용주 이름과 전화번호 _____</p> <p>시작일 _____</p> <p>이 직업은 자영업입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>월 자영업 지출액: \$ _____</p>	<p>받은 총액(공제 전의 금액) \$ _____ <input type="checkbox"/> 매시간 <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 2주마다 <input type="checkbox"/> 월 2회 <input type="checkbox"/> 매월</p> <p>주 근무시간: _____</p> <p>급여일(예:, 1일 및 15일 또는 금요일마다): _____</p>
<p>이 소득의 주인 _____</p> <p>고용주 이름과 전화번호 _____</p> <p>시작일 _____</p> <p>이 직업은 자영업입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>월 자영업 지출액: \$ _____</p>	<p>받은 총액(공제 전의 금액) \$ _____ <input type="checkbox"/> 매시간 <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 2주마다 <input type="checkbox"/> 월 2회 <input type="checkbox"/> 매월</p> <p>주 근무시간: _____</p> <p>급여일(예:, 1일 및 15일 또는 금요일마다): _____</p>

신청인의 이름	사회보장번호	수혜자/의뢰인 ID 번호
---------	--------	---------------

**VI. 기타 소득(증빙서류: 가족 전 성원 신고서)**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 실직수당</li> <li>• 사회보장금</li> <li>• 부족소득</li> <li>• 도박으로 벌인 소득</li> <li>• 교육적 혜택(학비용자금, 보조금, 실습)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 생계보조비(SSI)</li> <li>• 아동양육비 또는 배우자 부양금</li> <li>• 철도급부금</li> <li>• 임대 소득</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 퇴직금 또는 연금</li> <li>• 재향군인(VA) 또는 군 급부금</li> <li>• 산업 재해 보상금(L&amp;I)</li> <li>• 신탁</li> <li>• 이자/배당금</li> </ul>
---	--	--

불로소득 종류	소득의 주인	월 총액
		\$
		\$
		\$

**VII. 월지출비**

임대 \$	모기지 \$	공간 임대 \$	주택 보험 \$	재산세 \$	기타 수수료 \$
-------	--------	----------	----------	--------	-----------

임대료 또는 담보 외에 귀하의 가정에서는 어떠한 공과금을 지출하고 있습니까?  
 난방비 (전기/가스)  전기세 (난방비 제외)  수도세  자택/휴대 전화  하수도 비용  쓰레기 비용  
 정부 아파트와 같이 다른 사람 또는 기관에서 이들 지출비 전액을 또는 일부를 지불해 줍니다.  예  아니요  
 '예'일 경우 지불해 주는 사람/기관: \_\_\_\_\_ 관련 지출비: \_\_\_\_\_ 지불 금액: \$ \_\_\_\_\_  
 본인은 지난 12 개월 간 저소득 가구 에너지 지원법(LIHEAA)에 따른 금전 지원을 받았습니다.

본인, 제 배우자 또는 해당 가족 성원은 다음을 지불 또는 지불해야 합니다(모든 해당사항에 체크요).

<input type="checkbox"/> 아동 또는 성인 가족 부양비 (교통비 포함)	월 지불금: \$	지불하는 사람:
<input type="checkbox"/> 장애인 또는 60 세 이상인 사람에 대한 의료비 (교통비 및 건강보험 보험료 포함)	월 지불금: \$	지불하는 사람:
<input type="checkbox"/> 아동양육비 (증빙 서류)	월 지불금: \$	지불하는 사람:

위에 기재한 지출비 중 보고하지 않고 빠진 지출비의 경우, 귀하족은 이 지출비를 공제액으로 제하기를 원치 않는 것으로 간주합니다.

**VIII. 위임 대리인**

위임한 대리인이란 DSHS 에서 귀하의 혜택에 관한 정보를 말할 수 있는 사람을 의미합니다. 대리인의 이름은 기입해도 되고, 기입하지 않아도 됩니다. 귀하를 대변할 대리인이 있습니까?  예  아니요  
 이 사람은 귀하의 법적 보호자입니까?  예  아니요  
 이 사람에게 위임권(Power of Attorney)이 있습니까?  예  아니요  
 귀하의 건강보험혜택을 갱신하는 경우 대리인 승인서(Authorized Representative form, DSHS 14-532)를 작성해야 할 수도 있습니다.

이름	귀하와의	전화번호
----	------	------

우편 주소	시	주	우편번호
-------	---	---	------

**자산 검증에 대한 허가**

**Washington Apple Health 노인, 시각 장애인, 또는 기타 장애인 Medicaid 프로그램에만 한정.**  
 저는 지원 신청 또는 갱신을 위해 제공한 제 개인 정보가 정확한지를 연방 및 주 정부 공무원으로부터 검증받아야 함을 이해합니다. 저는 워싱턴주 HCA(Health Care Authority, )와 DSHS(Department of Social and Health Services, 보건사회부)가 제 수혜 자격을 확인하고 제 재정 정보가 정확한지 확인하기 위해 자산 검증을 실시하는 것을 허가합니다. 저는 자산 검증 프로세스의 일환으로 HCA 와 DSHS 가 금융 기관, 주 또 연방 정부 기관, 또는 민간 데이터베이스에 연락하여 조사할 수 있다는 점을 이해합니다. 저는 지원 신청의 최종 결과로 부정적인 결과가 나왔을 때, 제 수혜 자격이 종료되었을 때 또는 언제든지 HCA 또는 DSHS 에게 서면 통지를 보내 이 허가를 철회할 경우, 허가가 종료된다는 점을 이해합니다. 저는 제가 허가를 철회하거나 허가해주시기를 거절하면 **Washington Apple Health 노인, 시각장애인, 또는 기타 장애인 Medicaid 프로그램의 수혜자가 될 수 없다**는 것을 이해합니다.

신청인의 이름	사회보장번호	수혜자/의뢰인 ID 번호	
<b>유권자 등록</b>			
<p>보건사회부는 유권자 자동 등록을 포함한 유권자 등록 서비스를 제공합니다. <b>유권자 등록을 신청하시거나 거부하셔도 본 기관으로부터 받게 될 서비스나 수혜 금액은 영향을 받지 않습니다.</b> 유권자 신청서를 작성하시고자 한다면 저희가 도와드리겠습니다. 도움을 구하거나 받으시는 것은 귀하의 결정에 따릅니다. 귀하께서는 유권자 신청서를 직접 작성하실 수 있습니다. 누군가 귀하의 유권자 등록을 방해하거나 거부한다고 생각하시는 경우, 유권자 등록이나 신청 여부를 결정할 권한을 침해한다고 생각하시는 경우, 귀하의 정당 선택 권리나 기타 정치적 선호를 침해한다고 생각하시는 경우 Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)로 이의를 제기하실 수 있습니다.</p> <p><b>유권자로 등록하시거나 유권자 등록을 갱신하시겠습니까?</b> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오.</p> <p>박스에 체크를 하지 않으시면 현재 유권자 등록을 하지 않기로 결정하신 것으로 간주합니다.</p> <p>위에서 "아니오"를 체크하지 않으면 자동 유권자 등록 자격이 있을 수 있습니다. 다음 선거에서 18 세 이상이고 미국 시민권자이며 DSHS 에 귀하의 이름, 거주지 및 우편 주소, 생년월일, 시민권 확인이있는 경우 자동 유권자 등록 자격이 있습니다. 이 신청서에 제공된 정보의 진실성을 증명하는 정보 및 서명.</p> <p><b>투표 자동 등록을 하시겠습니까?</b> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오.</p> <p><b>"예"라고 표시된 확인란을 선택했거나 어느 확인란도 선택하지 않은 경우 자동 유권자 등록 자격 요건을 충족하면 DSHS 가 귀하의 정보를 국무 장관실에 보내면 자동으로 투표에 등록됩니다.</b></p>			
<b>선언 및 서명</b>			
<p style="text-align: center;"><b>현금보조금의 경우 가족 중 모든 성인(또는 위임받은 대리인)이 서명을 해야만 합니다.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>식품지원 또는 건강보험혜택을 신청하는 경우 해당 신청인(또는 위임받은 대리인)이 반드시 서명해야 합니다.</b></p> <p>본인은 다음을 이해합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 정확한 정보를 제공해야 하며 보고 요구 조건에 따라야만 합니다.</li> <li>• 수혜자격 요건에 따르는 증빙서류를 제공해야 합니다.</li> <li>• TANF(Temporary Assistance for Needy Families)를 받을 경우 아동양육비에 대한 일종의 권리를 위싱턴 주정부에 양도하는 것입니다. 하지만, 본인과 본인의 자녀가 위험에 처할 가능성이 있을 경우 DSHS에 아동양육비 징수를 추구하고자 할 것을 요청할 수 있습니다.</li> <li>• 식품지원 직업요건에 협조해야만 합니다.</li> </ul> <p>위의 사항을 수행하지 않을 경우 혜택이 거절될 수 있으며 받은 것을 상환해야 할 수도 있습니다.</p> <p>고의적으로 거짓 진술을 하거나 보고해야 할 사항을 보고하지 않을 경우 형사 기소될 수 있음을 이해합니다.</p> <p>본인은 DSHS에서 본인의 수혜자격 증빙서류 획득을 위해 다른 사람이나 기관에 연락할 수 있음을 승인합니다.</p> <p>본인은 현금보조금과 식품지원에 관한 본인의 권리와 책임에 관해 읽었습니다. 또는 제게 설명해 주었습니다. 그리고 수혜자/의뢰인의 권리와 책임 양식, DSHS 14-113 사본 한 부를 받았습니다. 본인은 건강보험혜택에 관한 본인의 권리와 책임에 관해 읽었습니다. 또는 제게 설명해 주었습니다. 그리고 수혜자/의뢰인의 권리와 책임 양식, HCA 18-003 사본 한 부를 받았습니다.본인은 위싱턴주법 아래 위증시 처벌을 받는다는 조건 하에 혜택을 신청하는 사람의 시민권 소지 여부 및 이민 신분 관련 정보를 포함하여, 이 신청서에 본인이 제공하는 정보가 모두 진실하며 정확함을 증명 또는 선언합니다.</p>			
신청인의 서명	날짜	신청인의 이름(활자체로 기입)	서명한 장소의 시 및 주
기타 성인 신청인의 서명	날짜	기타 성인 신청인의 이름(활자체로 기입)	서명한 장소의 시 및 주
신청서 작성을 도운 사람 또는 대리인의 서명	날짜	대리인의 이름(활자체로 기입)	서명한 장소의 시 및 주
서명을 "X"로 써 넣은 경우 증인의 서명	날짜	증인의 이름(활자체로 기입)	