

## 신청서

WASHCAP은 다음과 같은 사람들을 위한 식품 지원 프로그램입니다:

- Supplemental Security Income(생활보조금, SSI)을 받는 사람.
- 사회 보장 주거 환경 정의 "A"를 충족하는 사람
- 만 18 세 이상인 사람.
- 근로 소득이 없는 사람.
- 아래의 모든 조건을 충족하는 주거 환경에 있는 사람:
  - 시설에 살지 않는 사람;
  - 혼자 사는 사람 또는 음식을 따로 구매하고 요리하는 사람과 함께 사는 사람;
  - 결혼하지 않은 사람 또는 결혼했지만 배우자와 함께 살지 않는 사람.
- 만 18 세~21 세이며 아래 조건을 충족하는 사람:
  - Basic Food(기본 식품)을 받는 부모와 함께 살지 않는 사람 또는
  - Basic Food 를 받지 않는 부모와 함께 살고 부모와 따로 식품을 구매하는 사람.
- 만 22 세 미만의 자녀와 함께 살지 않는 사람.

이 프로그램에 대한 자세한 내용은 WAC 388-492-0020 ~ 388-492-0120 을 포함한 WAC 388-492 장을 참조하십시오.

**WASHCAP 에 대해 문의 사항이 있으면 수신자부담전화 1 (877) 380-5784 로 전화하십시오.**

본인은 다음과 같이 선언합니다:

- 본인은 혼자 살거나 주기적으로 같은 집에 사는 다른 사람들과 따로 음식을 구매하고 요리합니다.  
본인은 매달 \$ \_\_\_\_\_ 의 임대료/담보 대출금을 지불하고 있습니다.

본인 몫

본인은 아래에 서명함으로써 다음과 같이 선언합니다:

- 본인은 WASHCAP 의 설명을 들었습니다.
- 본인은 해당 WASHCAP 의 권리와 책임을 이해합니다.
- 본인은 WASHCAP 를 통해 식품 혜택을 받을 것이라는 사실을 이해합니다.

**본인은 Washington 주 법률에 따라 위증 시 처벌을 받을 수 있으며, 본 신청서에 기재한 정보가 사실이며 정확함을 선언합니다.**

서명 및 날짜

정자체로 작성한 이름

주소

우편 주소(위의 주소와 다를 경우)

기본 전화번호

((XXX) XXX-XXXX)

휴대전화  집  메시지

보조 메시지 전화번호

((XXX) XXX-XXXX)

휴대전화  집  메시지

SOCIAL SECURITY NUMBER(사회 보장 번호)

또는 고객 ID 번호

**해당 정보 활용처:**

- 프로그램에 자격이 있는 사람 결정.
- 초과 지불금 징수.
- 프로그램 관리.
- 법을 준수하는지 확인.

**해당 정보를 제공할 수 있는 곳:**

- 공무에만 사용하는 연방정부 및 주정부 기관.
- 법을 피해 도망치는 사람들을 추적하는 법 집행 기관.
- 식품 지원 초과 지불금을 징수하는 민간 징수 기관.



유권자 등록										
<p>사회보장부는 자동 유권자 등록을 포함한 유권자 등록 서비스를 제공합니다. <b>유권자 등록을 신청하거나 거부해도 귀하가 이 기관에서 받을 수 있는 서비스나 혜택의 양에는 영향이 미치지 않습니다.</b> 유권자 등록 양식을 작성하는 데 도움이 필요하면 도와드리겠습니다. 도움을 요청하거나 받을지는 여러분이 결정해야 합니다. 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 State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).</p>										
유권자 등록(계속)										
<p><b>유권자 등록을 하거나 유권자 등록 정보를 갱신하시겠습니까?</b> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>귀하에게 자동으로 유권자로 등록될 자격이 있고 이를 거부하지 않는 경우를 제외하고 <b>귀하가 두 확인란 중 어느 쪽도 선택하지 않은 경우에는 귀하가 현재 유권자 등록을 하지 않기로 결정한 것으로 간주합니다.</b></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><b>자동으로 유권자 등록을 하시겠습니까?</b> <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 DSHS 에서 귀하의 정보를 <b>Office of the Secretary of State(국무장관실)</b>에 보내며, 귀하는 자동으로 유권자 등록이 됩니다.</p>										
식품 지원 처벌 경고										
<p>저희는 귀하의 정보가 정확한지 다른 기관에 확인합니다. 정보가 잘못된 경우 해당 신청자는 식품 지원을 받지 못할 수 있습니다.</p> <p><b>고의로 규칙을 위반하는 회원은 다음과 같은 처벌을 받을 수 있습니다:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 다른 해당 연방법 및 주법에 따라 기소됩니다.</li> <li>• SNAP 에서 1 년~영구적으로 제외됩니다.</li> <li>• 최대 \$250,000 의 벌금이 부과됩니다.</li> <li>• 20 년 이하의 징역이 부과됩니다.</li> <li>• 법원이 명령하면 18 개월 더 SNAP 에서 제외됩니다.</li> </ul> <p><b>법원이 귀하에게 유죄 판결을 내리는 경우:</b></p> <table border="0"> <tr> <td><b>다음 사항과 관련된 거래로 수익을 얻는 경우:</b></td> <td><b>귀하가 받을 수 있는 처벌:</b></td> </tr> <tr> <td>• 규제 약물을 판매하는 경우 .....</td> <td>2년~영구적으로 자격이 박탈됨.</td> </tr> <tr> <td>• 총기, 탄약 또는 폭발물을 판매하는 경우 .....</td> <td>영구적으로 자격이 박탈됨.</td> </tr> <tr> <td>• 밀거래로 \$500를 초과하는 수익을 거둔 경우 .....</td> <td>영구적으로 자격이 박탈됨.</td> </tr> <tr> <td>• 거주지 또는 신분 위조 .....</td> <td>10년 동안 자격이 박탈됨.</td> </tr> </table>	<b>다음 사항과 관련된 거래로 수익을 얻는 경우:</b>	<b>귀하가 받을 수 있는 처벌:</b>	• 규제 약물을 판매하는 경우 .....	2년~영구적으로 자격이 박탈됨.	• 총기, 탄약 또는 폭발물을 판매하는 경우 .....	영구적으로 자격이 박탈됨.	• 밀거래로 \$500를 초과하는 수익을 거둔 경우 .....	영구적으로 자격이 박탈됨.	• 거주지 또는 신분 위조 .....	10년 동안 자격이 박탈됨.
<b>다음 사항과 관련된 거래로 수익을 얻는 경우:</b>	<b>귀하가 받을 수 있는 처벌:</b>									
• 규제 약물을 판매하는 경우 .....	2년~영구적으로 자격이 박탈됨.									
• 총기, 탄약 또는 폭발물을 판매하는 경우 .....	영구적으로 자격이 박탈됨.									
• 밀거래로 \$500를 초과하는 수익을 거둔 경우 .....	영구적으로 자격이 박탈됨.									
• 거주지 또는 신분 위조 .....	10년 동안 자격이 박탈됨.									
차별 금지 성명서										
<p>연방 민권법 및 U.S. Department of Agriculture(미국 농무부, USDA) 민권 규정 및 정책을 준수하여 본 기관은 인종, 피부색, 출신 국가, 장애, 나이, 성별(성 정체성 및 성적 지향 포함), 종교적 신념, 장애, 나이, 정치적 신념 또는 이전 민권 활동에 대한 보복 또는 복수에 따라 차별하는 것을 금지합니다.</p>										

프로그램 정보는 영어 이외의 언어로 제공될 수 있습니다. 프로그램 정보에 대한 대체 통신 수단(예: 점자, 큰 활자, 오디오 테이프, 미국 수화 등)이 필요한 장애인은 혜택을 신청한 (주 또는 지역) 기관에 연락해야 합니다. 청각 장애, 난청 또는 언어 장애가 있는 사람은 (800) 877-8339로 Federal Relay Service(연방 중계 서비스)를 통해 USDA에 연락할 수 있습니다.

프로그램 차별에 대한 불만을 제기하려면 불만 제기자는 AD-3027 양식인 USDA Program Discrimination Complaint Form(USDA 프로그램 차별 불만 양식)을 작성해야 합니다. 해당 양식은 <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>에서 온라인으로 구하거나 USDA 사무소에서 얻을 수 있으며, (833) 620-1071로 전화하거나 USDA로 서신을 작성하여 우편으로 보내주시면 받으실 수 있습니다. 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 민권 Assistant Secretary for Civil Rights(담당 차관보, ASCR)에게 알려야 합니다.

작성한 AD-3027 양식 또는 서신은 다음 주소로 제출해야 합니다:

- (1) 우편: 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](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Supplemental Nutrition Assistance Program(보충 영양 지원 프로그램, SNAP) 문제를 다루는 기타 정보에 대해 알고 싶으면 USDA SNAP 상담전화 번호 (800) 221-5689(스페인어도 제공)에 연락하십시오. 아니면 주 정보/상담전화 번호(주별 상담전화 번호 목록을 보려면 클릭)에 연락하십시오. SNAP 상담전화에서 온라인으로 찾을 수 있습니다.

#### 차별 금지 성명서(계속)

Supplemental Nutrition Assistance Program(보충 영양 지원 프로그램, SNAP) 문제를 다루는 기타 정보에 대해 알고 싶으면 USDA SNAP 상담전화 번호 (800) 221-5689(스페인어도 제공)에 연락하십시오. 아니면 [주 정보/상담전화 번호](#)(주별 상담전화 번호 목록을 보려면 클릭)에 연락하십시오. [SNAP 상담전화](#)에서 온라인으로 찾을 수 있습니다.

HHS 를 통해 연방 재정 지원을 받는 프로그램과 관련하여 본인이나 다른 사람에 관한 차별에 대해 불만을 제기하려면 OCR 의 불만 포털 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>에서 온라인으로 양식을 작성하십시오. 우편을 통해 OCR 에 연락할 수도 있습니다. 우편을 보내실 주소: Centralized Case Management Operations(중앙 집중식 사례 관리 운영), U.S. Department of Health and Human Services(보건복지부), 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, 팩스: (202) 619-3818 또는 이메일: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov) 빠른 처리를 원하면 우편으로 불만을 제기하는 것보다는 OCR 온라인 포털을 이용하여 불만을 제기하는 것이 좋습니다. 민권 불만 제기에 도움이 필요한 사람은 OCR 에 [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) 로 이메일을 보내거나 OCR 수신자부담전화 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 로 전화하십시오. 청각장애, 난청 또는 언어장애가 있는 분은 7-1-1 로 전화하여 통신 중계 서비스를 이용하시기 바랍니다. 불만 제기를 위한 대체 형식(점자 및 큰 활자 등), 보조 도구 및 언어 지원 서비스도 무료로 제공합니다.

본 기관은 평등한 기회 제공자입니다.