



혜택 신청

작성된 신청서를 지역 카운티 사무소에 직접 전달하거나 팩스 또는 우편으로 보내야 합니다.

이 문서를 읽거나 작성하는 데 도움이 필요하거나 당사와 소통하는 데 도움이 필요하다면 당사에 문의하거나 (877) 423-4746 으로 전화해 주십시오. 통역 서비스를 포함한 모든 서비스는 무료입니다. 청각 장애, 난청, 시각 장애 또는 언어 장애가 있는 경우 711(조지아 릴레이) 번을 누르고 위 번호로 전화해 주십시오.

가족 및 아동 서비스국(DFCS)에서는 어떤 서비스를 제공합니까?

DFCS 는 다음과 같은 서비스를 제공합니다.



식품 지원

푸드 스탬프(SNAP) 혜택은 EBT/Quest 표시가 있는 모든 상점에서 식품을 구입하는 데 사용할 수 있습니다. SNAP 계정에서 식품 구매 가격을 차감해 드립니다.



현금 지원/고용 지원 서비스 빈곤 가정 임시 지원 (TANF)은 부양 자녀가 있는 가정과 임산부에게 제한된 기간 동안 현금 지원을 제공합니다. 지원금 대상에 포함된 부모 또는 보호자, 임산부는 반드시 근로 프로그램에 참여해야 합니다. 현금 지원 프로그램은 또한 TANF 프로그램 자격이 없는 난민 가정에 재정적 지원을 제공합니다.

- 손자녀 양육 조부모(**Grandparents Raising Grandchildren, GRG**)는 아이들이 조부모의 집 RG) will provide the support necessary 에서 보살핌을 받을 수 있도록 필요한 지원을 제공할 것입니다.



의료 지원

메디케이드는 자격이 있는 사람들을 위해 의료비, 의사 방문 및 메디케어 보험료 지분을 도울 수 있습니다.

- 여기에는 **패스웨이(Pathways) 의료 지원**이 포함됩니다. 패스웨이 의료 지원은 가구 소득이 연방 빈곤 수준(FPL)의 100% 이하이고 다른 방법으로도 메디케이드 혜택을 받을 수 없으며 자격 요건을 충족하는 19 세에서 64 세의 개인에게 무료 또는 할인된 비용으로 메디케이드 보험 혜택을 제공하는 프로그램입니다. 패스웨이를 고려하고 싶으시다면 첨부파일 D 도 작성하십시오.

커뮤니티 지원 서비스

기타 DHS 서비스에 대한 자세한 내용은 당사 웹 사이트 <http://dfcs.georgia.gov> 를 방문하거나 (877) 423-4746 으로 전화하십시오.

혜택은 어떻게 신청하나요?

1 단계. 신청서를 작성하세요.

질문을 주의 깊게 읽고 정확한 정보를 제공하세요. 서명하고 날짜를 기입하십시오.

2 단계. 신청서를 지역 사무소에 제출하세요.

1~2 페이지, 17~20 페이지는 떼어내서 본인이 보관하셔야 합니다.

자주 묻는 질문

혜택을 받는 데 얼마나 걸립니까?

SNAP:	최대 30 일
TANF:	최대 45 일
메디케이드:	10 일에서 90 일

자격이 되면 7 일 이내에 SNAP 을 받을 수 있습니다. 6 페이지를 보십시오.

얼마를 받을 수 있을까요?

소득, 자원 및 가족 규모에 따라 혜택 금액이 결정됩니다. 귀하의 자격이 결정되는 대로 구체적인 정보를 제공할 수 있습니다.

제가 어떻게 혜택을 받을 수 있을까요?

SNAP 의 경우 혜택을 이용할 수 있는 전자 혜택 전송(EBT) 카드를 받게 됩니다. TANF 의 경우 Way2Go 직불 마스터 카드를 받아 혜택을 이용할 수 있습니다. 메디케이드의 경우, 자격이 있는 각 회원은 메디케이드 카드를 받게 됩니다.

다음 정보를 제공하라는 요청을 받을 수 있습니다.

- SNAP 및/또는 TANF 를 신청하는 경우 신청자의 신분 증명서 신분증(ID) 또는 운전면허증(DL)이 허용되는 확인 형식입니다. 의료 지원 신청자는 신분 증명서가 필요하지 않습니다.
- 혜택을 요청하는 모든 사람은 미국 시민권/적격 이민자 신분을 증명해야 합니다. 응급 의료 서비스(EMA)만 신청하는 경우 SSN 이나 이민 상태에 대한 정보는 제공할 필요가 없습니다.
- 지원을 요청하는 모든 사람의 사회보장번호.
- 예를 들어 급여 명세서, 양육비 지급 명세서, 소득 보상 서신 등의 소득 증빙 자료. 의료 지원 신청자에게는 양육비 지급 증명서가 필요하지 않습니다.
- 보육료 영수증, 의료비, 의료 교통비, 임대료/저당비, 양육비 지급 등의 비용 증빙 자료. 의료 지원 신청자에게는 이 정보가 필요하지 않습니다.

저희는 먼저 전자 데이터 소스를 통해 시민권/이민자 신분 및 소득 정보를 확인할 것입니다. 신청서를 제출할 때 종이 확인 서류가 반드시 필요하지는 않지만, 신청서와 함께 해당 문서를 제공할 수 있습니다. 저희가 전자 데이터 소스를 통해 확인할 수 없는 경우, 이 정보를 얻는 데 도움이 필요하다면 말씀하십시오.



혜택 신청



본 신청서 3~16 페이지를 우편, 팩스 또는 직접 지참하여 해당 지역 가족 및 아동 서비스국(DFCS) 사무소에 제출하세요. 지역 사무소 위치는 <http://dfcs.georgia.gov/locations>에서 찾을 수 있습니다.

귀하 또는 귀하가 신청하는 사람이 혜택을 받을 자격이 있는 경우, 푸드 스탬프(SNAP) 혜택은 이름, 주소 및 서명이 적힌 신청서가 접수된 날부터 제공됩니다. TANF 혜택은 신청서가 승인된 날부터 제공됩니다.

푸드 스탬프(SNAP), TANF 및/또는 메디케이드를 신청하는 경우 이름, 주소, 서명만 있으면 혜택을 신청할 수 있습니다. 그러나 전체 양식을 작성하시면 귀하의 신청서를 더 빨리 처리하는 데 도움이 될 수 있습니다. 이 양식을 사용하여 둘 이상의 프로그램 또는 SNAP에 대한 공동 신청서를 제출할 수 있습니다. 다른 프로그램에 대한 신청이 거부되었다는 이유만으로 (SNAP) 신청이 거부되는 것은 아닙니다. 저희는 귀하의 푸드 스탬프(SNAP) 신청에 대한 자격 여부를 별도로 결정할 것입니다. 만약 여러분이 기관에 있으면서 푸드 스탬프(SNAP)와 SSI를 신청한다면, 신청서의 제출일은 여러분이 그 기관에서 퇴소하는 날입니다.

3 단계. 저희와 대화하세요.

담당 직원과의 면담이 필요할 수도 있습니다. 만약 그렇다면, 저희가 귀하에게 약속을 드릴 것입니다. 이 면담은 전화로 끝낼 수 있습니다.

신청자의 개인정보를 어떻게 사용하나요?

혜택을 신청하고자 하는 사람은 사회보장번호(SSN)와 시민권 또는 이민자 신분만 제공하면 됩니다. 이 정보는 소득 및 자격 검증 시스템(IEVS)을 확인하는 데 사용됩니다. 또한 귀하의 정보를 다른 연방, 주 및 지방 기관과 비교하여 귀하의 소득과 자격을 확인하고 임금 정보와 근로 활동 참여를 추적합니다. 가구원이 자신의 SSN, 시민권 또는 이민자 신분에 대한 정보 제공을 바라지 않는 경우에도 다른 가구원은 여전히 혜택을 받을 수 있습니다. 응급 의료 서비스만 신청하는 경우, SSN이나 이민자 신분에 대한 정보를 제공할 필요가 없습니다.

다른 사람이 저를 대신해서 신청해도 될까요?

SNAP 및 메디케이드의 경우 다른 사람에게 신청을 요청할 수 있습니다. TANF의 경우 누구나 신청할 수 있지만 부모 또는 보호자 또는 임산부는 반드시 면담을 진행해야 합니다.



혜택 신청



(이 신청서를 작성하여 해당 지역 카운티 DFCS 사무소에 제출하세요.)

나는 무엇을 신청하나요? (신청 항목을 모두 표시)

Supplemental Nutrition Assistance Program(보충 영양 지원 프로그램) (SNAP)

이전에 푸드 스탬프로 알려진 보충 영양 지원 프로그램(SNAP)은 저소득 가정이 식품 비용을 지불할 수 있도록 매달 혜택을 제공하는 연방 자금 지원 프로그램입니다. 그 프로그램은 또한 가족들에게 영양 교육을 제공하여 식품과 영양 요구를 충족하도록 하며 가족이 일자리를 구할 수 있도록 취업 및 교육 기회를 제공하여 SNAP에 대한 의존도를 낮출 수 있도록 지원합니다.

빈곤 가정 임시 지원(TANF)

빈곤 가정 임시 지원 (TANF)은 아동 또는 임산부가 있는 적격 가정을 강화하기 위해 임시적인 월별 현금 지급, 단일 현금 지급 또는 기타 지원 서비스를 제공합니다. 지원금 대상에 포함되기를 원하는 아동의 부모, 보호자 또는 임산부인 경우 근로 프로그램에 참여해야 합니다.

손주를 양육하는 조부모(GRG)

손주 양육 조부모(GRG) 지원은 아이들이 조부모의 집에서 보살핌을 받을 수 있도록 추가 현금 지급을 제공합니다. **GRG 자격을 얻으려면 신청자는 TANF를 신청해야 합니다.**

난민 현금 지원

난민 현금 지원 프로그램은 TANF 프로그램 자격이 없는 난민 가정에 재정적 지원을 제공합니다. 난민이라는 용어에는 난민, 쿠바/아이티 입국자, 인신매매 피해자, 아시아계 이민자, 망명자, 특별 이민 비자(SIV)를 가진 아프가니스탄인 또는 이라크인 또는 자격이 있는 아프가니스탄 가석방자가 포함됩니다.

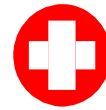
메디케이드

메디케이드는 노인, 시각장애인 또는 장애인 성인, 임산부, 어린이 및 가족에게 의료 보험 혜택을 제공합니다. 신청하시면 모든 메디케이드 프로그램을 살펴보고 어떤 프로그램을 받을 수 있는지 결정하겠습니다.

신청자 정보를 아래 표를 작성해주세요.

이름	중간 이니셜	성	수식어
현재 거주지 거리 주소		아파트	
도시	주	우편번호	
노숙자인가요? 예 _____ 또는 아니요 _____			
메일주소(다른 경우)			
전화 번호	기타 연락처 번호		
전자 통신: 이메일: 예 ___ 또는 아니요 ___ (선택 사항) 메시지: 예 ___ 또는 아니요 ___ (선택 사항)	이메일 주소 (선택 사항):		
선호하는 언어는 무엇입니까?		만약 인터뷰를 해야 한다면, 통역이 필요합니까? 예 _____ 또는 아니요 _____	

미국 장애인법: 합리적인 수정 및 의사소통 지원 요청(해당되는 경우):



혜택 신청

합리적인 수정 또는 의사소통 지원이 필요한 장애가 있습니까? 예 아니오

(예인 경우, 요청하는 합리적인 수정 또는 의사소통 지원에 대해 설명하십시오):

수화 통역사 ; TTY ; 큰 활자 ; 전자통신(이메일) ; 점자 ; 비디오 중계 ; 구화 수화 통역사 ; 구두

통역사 ; 촉각 통역사 ; 프로그램 마감일을 알리는 전화 통화 ; 전화 서명(해당되는 경우) ; 대면 인터뷰(가정 방문) ; 기타: _____

이 합리적 수정 또는 의사소통 지원이 한 번만 또는 _____ 지속적으로 _____ 필요하십니까?

가능하면 이러한 수정이나 지원이 필요한 시기와 기간을 간략하게 설명해 주세요.

모든 SNAP, TANF 및 메디케이드 신청자 대상:

본인은 위증 시 처벌을 받을 수 있음을 전제로 본인이 아는 한 본인이 혜택을 신청하는 사람이 미국 시민권자이거나 미국에 합법적으로 체류 중인 비시민권자라는 것을 진술합니다. 본인은 또한 본 신청서에 제공된 모든 정보가 본인이 아는 한 진실하고 정확하다는 것을 증명합니다. 본인은 DHS-DHCS, DCH 및 승인된 연방 기관이 본 신청서에 제공한 정보를 검증할 수 있다는 것을 이해하고 이에 동의합니다. 과거 또는 현재 고용주로부터 정보를 얻을 수 있습니다. 본인은 본인의 정보가 임금 정보와 근로 활동 참여를 추적하는 데 사용될 것이라는 것을 이해합니다.

본인은 SNAP 및/또는 TANF 프로그램 요구사항에 따라 상황 변화를 신고하겠습니다. 본인은 또한 가구원 중 복권이나 도박 당첨금을 총 \$4,500 달러 이상(세전 또는 기타 금액 원천징수 전) 받는 사람이 있다면 신고하겠습니다. 당첨금을 수령한 달의 말일부터 10 일 이내에 당첨금을 신고하겠습니다. 본인은 정보가 정확하지 않을 경우, 본인의 혜택이 감소되거나 거부될 수 있으며, 고의로 잘못된 정보를 제공할 경우 형사 기소되거나 DHS-DHCS 프로그램 자격이 박탈될 수 있음을 이해합니다. 본인은 허위 정보를 제공하거나 정보를 숨기는 경우 기소될 수 있음을 이해합니다. 본인은 신청 또는 갱신 과정에서 일부 비용에 대해 DHS-DHCS에 알리지 않거나 확인하지 않을 경우, DHS-DHCS가 SNAP 혜택 금액을 계산할 때 해당 비용에 대한 예산을 책정하지 않을 것임을 이해합니다.

조지아주 복지부("DHS")는 혜택 신청 시 이름, 주소, 전화번호, 이메일 주소, 생년월일 등과 같은 개인 식별 정보(PII)를 수집합니다. 당사에 개인 정보를 제출함으로써 귀하는 당사가 DHS 정책, 절차 및 법률 및/또는 규정에서 허용하거나 요구하는 바에 따라 해당 개인 정보를 수집, 사용 및 공개할 수 있다는 데 동의하는 것입니다.

서명

날짜

“X”가 서명한 경우 증인 서명

날짜

승인된 대리인:

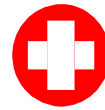
개인 또는 단체가 귀하의 신청서를 작성하고 면담을 완료하고, 귀하가 상점에 갈 수 없을 때 귀하의 EBT 카드로 식품을 구매하도록 하려는 경우에만 이 세션을 작성하십시오. 각각의 프로그램 유형에 따라 승인된 대리인으로 지정하고 싶은 사람을 확인하세요. 해당 개인 또는 조직이 어떤 의무를 수행하기를 원하는지 확인해 주십시오. 만약 메디케이드를 신청하는 경우, 귀하를 대리할 사람 또는 단체를 둘 이상 선택할 수 있습니다.

- 승인된 대리인 1 프로그램 유형: 스냅 TANF 의료 지원
- 승인된 대리인 1 임무: 신청자 대신 신청서에 서명 갱신 양식 작성 및 제출
- 통지 및 기타 통신문 사본 받기 기타 모든 문제에 대해서는 신청자를 대신하여 행동하십시오
- TANF 혜택 카드 받기 (Way2Go 데빗 마스터카드)

사람 이름 1: _____



혜택 신청



조직 이름 1(해당하는 경우): _____ 전화: _____

주소: _____ 아파트: _____

도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

전자 통신: 이메일: 예 ___ 또는 아니요 ___ (선택 사항) 메시지: 예 ___ 또는 아니요 ___ (선택 사항)

이메일 주소 (선택 사항) _____

선호하는 언어: _____ 통역이 필요합니까? 예 ___ 또는 아니요 ___

승인된 대리인 2 프로그램 유형: 스냅 TANF 의료 지원

승인된 대리인 2 임무: 신청자를 대신하여 신청서에 서명 갱신 양식 작성 및 제출 통지 및 기타 통신문 사본 받기 기타 모든 문제에 대해 신청자를 대신하여 행동 TANF 혜택 카드 수령 (Way2Go Debit Mastercard)

사람 이름 2: _____

조직 이름 2(해당하는 경우): _____ 전화: _____

주소: _____ 아파트: _____

도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

전자 통신: 이메일: 예 ___ 또는 아니요 ___ (선택 사항) 메시지: 예 ___ 또는 아니요 ___ (선택 사항)

이메일 주소 (선택 사항) _____

선호하는 언어: _____ 통역이 필요합니까? 예 ___ 또는 아니요 ___

미국 장애인법: 승인된 대리인을 위한 합리적인 수정 및 의사소통 지원 요청(해당하는 경우):

승인된 대리인에게 합리적인 수정 또는 의사소통 지원이 필요한 장애가 있습니까? 예 ___ 아니요 ___ (예인 경우, 요청하는 합리적인 수정 또는 의사소통 지원에 대해 설명하십시오.)

수화 통역사 ___; TTY ___; 큰 활자 ___; 전자통신(이메일) ___; 점자 ___; 비디오 중계 ___; 구화 수화 통역사 ___; 구두 통역사 ___; 촉각 통역사 ___; 프로그램 마감일을 알리는 전화 통화 ___; 전화 서명(해당되는 경우) ___; 대면 인터뷰(가정 방문) ___; 기타: _____

승인된 대리인에게 이 합리적인 수정 또는 의사소통 지원이

한 번만 ___ 또는 지속적으로 ___ 필요합니까? 가능하면 이러한 수정이나 지원이 필요한 시기와 기간을 간략하게 설명하십시오. _____

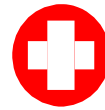
사무실 전용: 받은 날짜: _____

익스프레스 레인 자격:

익스프레스 레인 자격(ELE)은 19 세 미만의 자격 있는 아동 중 보충 영양 지원 프로그램(SNAP), 빈곤 가족을 위한 임시 지원(TANF),



혜택 신청



난민 현금 지원(RCA), 육아 및 부모 서비스(CAPS), 여성, 유아 및 아동(WIC)을 받고 있는 아동을 의료 지원 프로그램에 등록하거나 갱신하기 위한 자동 프로세스입니다.

가족 및 아동 서비스 부서(DFCS)는 SNAP, TANF, RCA, CAPS 또는 WIC 에서 제공한 가구 규모, 거주지, 소득 정보를 활용하지만, DFCS 는 의료 지원 규정을 사용하여 시민권 또는 이민 상태를 검증하여 메디케이드 또는 PeachCare for Kids®에 아동을 자동으로 등록하거나 갱신하기 위한 ELE 결정을 내립니다. DFCS 는 완료되면 결정 통지를 보내고, 회원들이 변경 사항을 적용할 수 있도록 하며, 언제든지 ELE 절차에서 탈퇴하거나 의료 지원 사례를 종료할 수 있도록 합니다.

SNAP 을 더 빨리 받을 자격이 있나요? (이 정보는 SNAP 신청자에게만 요청됩니다)

신청자와 모든 가족 구성원에 대한 다음 질문에 답하여 7 일 이내에 SNAP 에 가입할 수 있는지 확인하십시오.

1. 본인 또는 가구원 중에 이주자 혹은 계절 농장 근로자가 있습니까? 예 아니요

예인 경우, 누구인가요? _____

2. 이번 달에 받게 될 총 근로소득은 다음과 같습니다.

\$ _____

고용주 이름 _____

고용 시작일: _____ 고용 종료일: _____

급여 비율 \$: _____ 주당 근무 시간: _____

급여 지급 빈도: 매주/2 주/반달/매월(동그라미 1 번)

3. 이번 달에 받게 될 총 근로소득은 다음과 같습니다. \$ _____

불로소득 유형 _____ 금액 _____

수령 빈도: 매주/2 주/반달/매월(동그라미 1 번)

불로소득 유형 _____ 금액 _____

수령 빈도: 매주/2 주/반달/매월(동그라미 1 번)

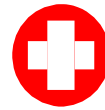
4. 이번 달의 총 근로소득과 불로소득은 다음과 같습니다. \$ _____

5. 본인과 모든 가구원이 현금 또는 은행에 얼마나 많은 돈을 가지고 있나요? \$ _____

6. 월 임대료, 모기지, 재산세 및/또는 주택소유자 보험의 월별 금액은 \$ _____



혜택 신청



얼마입니까?

7. 이번 달 전기, 수도, 가스 및/또는 기타 공과금의 총 금액은 얼마입니까? \$_____

(만기가 지난 연체 수수료 금액은 총액에서 제외)

a. 가정에서 주요 난방 또는 냉방 공급원은 무엇입니까? 해당되는 항목에 모두 표시하십시오.

전기_____ 가스_____ 창문 또는 중앙 에어컨_____ 등유_____ 목재_____

b. 지난 12 개월 동안 에너지 지원 (LIHEAP) 을 받은 적이 있습니까?

예 아니요 예인 경우, 받은 금액은 \$_____



혜택 신청



신청자 및 모든 가구원에 대해 말씀해 주십시오

의료 지원 신청자의 경우: 본인, 배우자, 함께 사는 21 세 미만 자녀(의붓 자녀 포함), 건강 보험이 필요한 미혼 파트너, 함께 살지 않더라도 세금 신고서에 포함된 모든 사람, 본인이 돌보면서 함께 살고 있는 21 세 미만의 사람을 포함하십시오. 건강 보험이 필요하지 않은 미혼 파트너, 미혼 파트너의 자녀, 함께 살지만 독자적으로 세금 신고를 하는 부모님(21 세 이상인 경우), 독자적으로 세금 신고를 하는 기타 성인 친척은 포함할 필요가 없습니다. 응급 의료 서비스(EMA)만 신청하는 경우 SSN이나 이민자 신분에 대한 정보를 제공할 필요가 없습니다.

신청자 및 모든 가구원에 대해 아래 표를 작성해 주세요. 다음과 같은 연방 법 및 규정이 적용됩니다.

2008 년 식품 및 영양법 , 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910 및 42

C.F.R. § 435.920 에 따라 DFCS 는 귀하와 가구원들에게 사회보장번호를 요청할 수 있는 권한이 있습니다. 귀하의 집에 살고 있으면서 혜택을 신청하지 않는 사람은 비신청자로 취급됩니다. 비신청자는 사회보장번호, 시민권, 이민자 신분 정보를 제공하지 않아도 되며 혜택을 받을 수 없습니다. 다른 가구원이 다른 자격이 있는 경우에는 여전히 혜택을 받을 수 있습니다. 가구원이 혜택을 받을 자격이 있는지 여부를 결정하려면, 여전히 그들의 시민권이나 이민자 신분에 대해 알려주시고 사회보장번호(SSN)를 알려주셔야 합니다. 가구의 자격 및 혜택 수준을 결정하기 위해 해당 가구의 소득 및 자원에 대한 정보를 알려주셔야 합니다. 신청자가 아닌 가구원이 시민권 또는 이민자 신분을 제공하지 않는 경우 미국 시민권 및 이민 서비스국(USCIS)의 자격에 대한 체계적인 외국인 확인(SAVE) 시스템에 신고하지 않습니다. 하지만 신청서에 이민자 신분 정보가 제출된 경우, 이 정보는 SAVE 시스템을 통해 확인될 수 있으며 가구의 자격 및 혜택 수준에 영향을 미칠 수 있습니다. 당사는 귀하의 정보를 다른 연방, 주 및 지역 기관과 대조하여 귀하의 소득과 자격을 검증합니다. 이 정보는 또한 법 집행 기관 공무원에게 제공되어 불법 도주자를 체포하는 데 사용할 수 있습니다. 가구가 푸드 스탬프(SNAP) 신청을 한 경우, 연방과 주 각 기관과 민간 청구 수금 회사가 청구 수금에 사용할 수 있도록 SSN 을 포함하여 이 신청서의 정보를 사용할 수 있습니다. 다른 가구원이 SSN, 시민권 또는 이민자 신분을 제공하지 않았다는 이유로 신청 가구원에게 지급되는 혜택을 거부하지 않습니다.

이름	관계	이 사람이 혜택을 신청하는 사람입니까?	이 사람에게 건강 보험이 필요합니까?	생년월일	사회 보장 번호	성별	히스패닉 인가요, 라틴계인가요?	인종 코드	미국 시민권자, 미국 국적자, 자격을 갖춘 이민자 또는 만족스러운 이민자 신분입니까? (신청자만 해당)
첫 번째	중간 이니셜	성	(예/아니오)	(예/아니오)	형식(연/월/일)	(비신청자 선택사항)	(선택사항)	(아래 코드 참조)	(예/아니오)
	자신								

인종 코드(해당 항목 모두 선택):
AI - 미국 인디언 또는 알래스카 원주민 **AS** - 아시아인 **BL** - 흑인 또는 아프리카계 미국인
HP - 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민 **WH** - 백인

인종/민족 정보를 제공함으로써 귀하는 당사가 차별 없는 방식으로 프로그램을 관리하는 데 도움을 주게 됩니다. 귀하의 가구는 이 정보를 제공할 의무가 없으며 자격이나 혜택 수준에 영향을 미치지 않습니다.



혜택 신청



본인 또는 다른 가구 신청자가 미국 시민권자 또는 미국 국적자가 아닌 경우 다음 표를 작성하십시오.

(필요에 따라 페이지를 추가하십시오)

이름			이민 서류 유형	외국인/증명서/문서 ID 번호	1996 년 이후부터 미국에 사셨습니까? (예/아니요)	귀화한 날짜/미국 입국 또는 입국 날짜 (해당하는 경우) 형식 (연/월/일)	본인, 배우자 또는 부모가 퇴역 군인 또는 미군 현역 군인입니까? (예/아니요)
첫 번째	중간 이니셜	성					

신청자 및 모든 가구원에 대해 자세히 알려 주십시오

혜택 자격을 결정하기 위해서는 신청자와 모든 가구원에 대한 자세한 정보가 필요합니다. 아래 페이지에서 받고자 하는 혜택에 관한 질문에만 답변해 주십시오.

1. 다른 카운티나 주에서 혜택을 받은 사람이 있습니까? (스냅 및 TANF 에만 해당) 예 아니요

예인 경우:

이름: _____

지역: _____

날짜: _____

2. 1996 년 8 월 22 일 이후 두 개 이상의 지역에서 여러 FS 혜택을 받기 위해 거주지 및 신분에 대한 허위 정보를 제공한 혐의로 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? (스냅만 해당) 예 아니요

예인 경우:

이름: _____

지역: _____

날짜: _____

3. 가구원 중 신청일로부터 30 일 이내에 자발적으로 직장을 그만두거나 근로시간을 주당 30 시간 이하로 줄인 사람이 있습니까? (스냅 및 TANF 에만 해당) 예 아니요

‘예’인 경우, 누가 그만두었습니까?

왜 그만두었습니까? _____

4. 임신한 사람이 있습니까? (이 질문은 SNAP 지원자에게는 적용되지 않습니다) 예 아니요

예인 경우,

임산부 이름: _____

출산 예정일은 언제입니까? _____; 다태아입니까? ____



혜택 신청



만약 아니라면, 가구원 중 지난 12 개월 이내에 출산했거나 유산한 사람이 있습니까 예 아니요

예인 경우,

임산부 이름: _____

아기 출산/임신 종료 날짜는 언제였습니까? _____; 몇 명 출산/예견했습니까? _____

*TANF 신청자만 다음 정보를 제공하십시오.

태아의 아버지 이름: _____ 아버지의 주소: _____

5. 메디케이드 신청자의 경우, 지난 3 개월 동안 미납된 의료비가 있나요? 예 아니요

예인 경우, 메디케이드 케이스가 있다면 미지급된 청구서를 보내주세요.

6. SNAP 또는 TANF 프로그램에서 자격이 박탈된 사람이 있습니까? (스냅 및 TANF 에만 해당)

예 아니요

예인 경우:

이름: _____

지역: _____

7. 중범죄로 기소되거나 수감을 피하기 위해 도주 중인 사람이 있습니까? (스냅 및 TANF 에만 해당) 예 아니요

예인 경우, 이름: _____

8. 보호관찰 또는 가석방 조건을 위반한 사람이 있습니까? (스냅 및 TANF 에만 해당) 예 아니요

예인 경우, 이름: _____

9. 1996 년 8 월 22 일 이후 통제 약물 물질의 소지, 사용 또는 유통과 관련된 행위(즉, 마약 중범죄)로 인해 중범죄 유죄 판결을 받은 적이 있습니까(푸드 스탬프(SNAP) 및 TANF 만 해당) 또는 폭력 중범죄(TANF 만 해당)로 인해 중범죄 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? 예 아니요

예인 경우:

이름: _____ 날짜: _____

a. 마약 중범죄 유죄판결로 선고된 형과 관련된 보호관찰 조건을 준수하고 있습니까? (스냅만 해당) 예 아니요

b. 마약 중범죄 유죄판결로 선고된 형과 관련된 가석방 조건을 준수하고 있습니까? (스냅만 해당) 예 아니요

c. 마약 관련 유죄 판결과 관련된 모든 보호관찰 또는 가석방 기간을 모두 성공적으로 마쳤습니까? (스냅만 해당) 예 아니요

10. 1996 년 8 월 22 일 이후 본인 또는 가구원이 푸드 스탬프(SNAP) 혜택을 마약과 거래한 혐의로 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? (스냅만 해당) 예 아니요

예인 경우:

이름: _____ 날짜: _____

11. 1996 년 8 월 22 일 이후 본인 또는 가구원이 500 달러 이상의 푸드 스탬프(SNAP) 혜택을 매매한 혐의로 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? (스냅만 해당) 예 아니요



혜택 신청



예인 경우:

이름: _____

날짜: _____

12. 1996년 8월 22일 이후 본인 또는 가구원이 총기, 탄약 또는 폭발물을 푸드 스탬프(SNAP) 혜택과 거래한 혐의로 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? (SNAP 전용) 예 아니요

예인 경우:

이름: _____

날짜: _____

13. 2014년 2월 7일 이후 본인 또는 가구원이 성인으로서 가중 성적 학대, 살인, 성적 착취, 기타 아동 학대, 성폭행과 관련된 연방법 또는 주법 위반, 또는 법무부 장관이 그러한 범죄와 실질적으로 유사하다고 판단한 주법 위반으로 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? (스냅만 해당) 예 아니요

예인 경우:

이름: _____ 날짜: _____

- a. 중범죄 유죄판결로 선고된 형과 관련된 보호관찰 조건을 준수하고 있습니까? (스냅만 해당) 예 아니요
- b. 중범죄 유죄판결로 선고된 형과 관련된 가석방 조건을 준수하고 있습니까? (스냅만 해당) 예 아니요
- c. 중범죄 관련 유죄판결과 관련된 보호관찰 또는 가석방 조건을 모두 성공적으로 마쳤습니까? (스냅만 해당) 예 아니요

14. 본인 또는 가구원 중 복권이나 도박 상금을 받은 적이 있습니까? 예 아니요

예인 경우:

이름: _____ 날짜: _____ 받은 금액: _____

15. 다음 업소, 주류 판매점, 카지노, 포커룸, 성인 대상 오락 업소, 보석금 채권, 나이트 클럽, 살롱/주점, 빙고장, 경마장, 총기/탄약 판매점, 유람선, 심령술사, 흡연 상점, 문신/피어싱 상점, 스파/마사지 살롱에서 TANF 기금 또는 EPPIC 카드를 사용한 사람이 있으십니까? (TANF만 해당) 예 아니요

예인 경우:

이름: _____

날짜: _____

16. 혜택을 신청하는 사람 중 현재 위자료를 받고 있는 사람이 있습니까? 예 아니요

예인 경우:

이름: _____

월 수령 금액: _____

위자료 약정이 확정되었거나 마지막으로 수정된 날짜: _____



혜택 신청



신청자 및 모든 가구원 소득에 대해 말씀해 주십시오

본인 또는 가구원 중 임금, 팁, 상여금, 자영업, 사회보장/철도 은퇴, 기타 장애, 연금, 실업 또는 기타 소득과 같은 종류의 소득을 받는 사람이 있습니까? SNAP 및 TANF의 경우 다음과 같은 소득도 기재하십시오. VA 소득, 양육비, 다른 사람들로부터 받은 돈 또는 산재 보상금. 예인 경우 아래 표를 작성하십시오.

소득이 있는 가구원 이름	소득 유형	고용주 이름 / 수입원	월별 금액(공제 전)	수령 빈도(월별, 격주별, 주별)	시간당 지불	주당 근무 시간	지불 날짜

현재 파업 중인 사람이 있나요? 네 아니요

자영업자일 경우 월 사업비 금액을 기재해 주세요. \$ _____

신청자 및 모든 가구원 자원에 대해 알려주십시오 - TANF 신청자의 경우, 모든 가구원과 고령자(65 세 이상), 시각장애인 또는 장애인(일을 할 수 없는 영구적 장애)이 있는 메디케이드 신청자의 모든 자원을 나열합니다

본인 또는 신청하는 사람이 자원을 가지고 있습니까? 예 아니요

예인 경우 아래 정보를 작성하십시오(본인, 배우자, 부양가족 또는 다른 사람과 공동으로 소유한 모든 자원(자산) 확인). 필요한 경우 추가 페이지를 첨부).

- | | | | | | |
|------------------|-------------------------|-----|----------------|---|-----|
| 당좌 예금 계좌 | 예 | 아니요 | 장래 계획/선불 장래 상품 | 예 | 아니요 |
| 저축 계좌 | <input type="radio"/> 예 | 아니요 | 매장지 또는 계약 | 예 | 아니요 |
| 국채 | 예 | 아니요 | 주식 및 채권 | 예 | 아니요 |
| 신탁 기금 | 예 | 아니요 | 기타(IRA, CD 등) | 예 | 아니요 |
| 부동산/홈플레이스 자산입니까? | 예 | 아니요 | | | |

본인 또는 배우자가 가치보다 낮은 가격으로 자산을 증여한 적이 있습니까? 예 아니요

이러한 질문에 예라고 대답한 경우 아래에 설명하십시오.

자원이 있는 가구원 이름	자원 유형	계좌/보험 번호	가치	은행, 보험회사 등의 명칭

본인 또는 배우자가 차량을 소유하고 있습니까? 예 아니요

예인 경우 아래에 설명하십시오.

차량을 소유한 가구원	차량 제조사	모델	연도	미납 금액



혜택 신청



본인 또는 배우자가 생명보험에 가입되어 있나요? 예 아니요

예인 경우 다음 정보를 작성해 주십시오.

보험 소유자	보험 회사	보험 번호	액면가	현금 가치

신청자 및 모든 가구원 비용에 대해 말씀해 주십시오(메디케이드 신청자의 경우 선택 사항)

부양 자녀 양육비 또는 장애인 성인 가구원의 간병비를 부담하십니까? 예 아니요

예인 경우 아래 표를 작성하십시오.

부양이 필요한 사람	부양비를 지불하는 사람	부양 이유	제공자 이름/번호	제공자에게 지급한 금액	지급 빈도

부양 자녀 및 장애인 성인 가구원의 교통비를 부담하십니까? 예 아니요

이 비용들이 부양가족 부양비에 포함되어 있나요? 예 아니요

아닌 경우 다음 질문에 답하십시오. 매주 주행하는 총 주행 거리 _____

가족 중에 **집 밖에** 사는 사람에게 양육비를 지불하는 사람이 있습니까? 예 아니요

예인 경우 아래 표를 작성하십시오.

지급 의무가 있는 가구원	양육비가 지급되는 자녀 이름	지급 의무 금액	실제 지급 금액	양육비는 누구에게 지급됩니까?

60 세 이상 또는 장애가 있는 사람이 의료비를 부담하십니까? 예 아니요

예인 경우 아래 표를 작성하십시오.

지출이 있는 가구원	비용 유형(의사 방문, 병원 방문, 처방, 메디케어 또는 건강보험료, 안경)	미납 금액	미납액이 아직 있나요? 예/아니요	지불 날짜	보험이 보상되나요? 예/아니요



혜택 신청



--	--	--	--

60 세 이상 또는 장애가 있는 사람이 교통비 의료비를 부담합니까? 예 아니요
 예인 경우 아래 표를 작성합니다.

여행의 목적 (의사 또는 병원 방문, 약국 픽업)	총 주행 거리:	택시비, 버스비, 주차비 또는 하숙:

본인 또는 가구원이 주거비와 공공요금을 부담합니까? 예 아니요
 예인 경우 아래 표를 작성하십시오.

비용	액수	빈도	지불한 사람
임대/저당권			
재산세			
재산 보험			
전기			
가스			
연료유/목재/등유			
우물/정화조/물/하수도			
쓰레기			
전화			
기타			

집안 식구와 매달 가계비를 같이 부담합니까? 예 아니요

예인 경우, 이름: _____
 의견/문서 _____
 지불 받는 사람 _____ 지급 금액 \$ _____ 당 _____
 집주인 이름 _____
 집주인 주소: _____

다른 사람이 귀하를 대신하여 이러한 가계비를 지불하나요? 예 아니요 예인 경우, 아래 표를 작성하십시오.

청구서는 누가 지불합니까?	어떤 청구서를 지불합니까?
얼마를 지불합니까?	이 사람은 누구에게 청구서를 지불합니까?

메디케이드를 신청하는 경우 다음 정보를 작성해 주십시오.

세금 신고자 정보

1. 내년엔 연방 소득세 신고서를 제출할 계획이 있는 가구원이 있습니까? 예 아니요
 그렇다면 누구?(신고하려는 사람을 한 명씩 기재) _____



혜택 신청



2. 나열된 세금 신고자 중 배우자와 공동으로 신고할 사람이 있습니까? 예 아니요 예인 경우 배우자의 이름: _____

3. 세금 신고자들 중 세금 신고서에 부양가족을 청구하는 사람이 있습니까? 예 아니요 예인 경우 부양가족의 이름을 기재하십시오. _____

4. 다른 사람의 세금 신고서에 부양가족으로 청구되는 사람이 있습니까? 예 아니요 예인 경우 세금 신고자 및 해당 부양가족 이름을 나열하십시오.

(제출자) _____

(부양가족) _____

세금 신고자와 해당 부양 가족은 어떤 관계입니까? _____

공제: 해당되는 항목을 모두 확인하고 금액과 납부 빈도를 알려주세요.

위자료 지급 \$ _____ 빈도 _____ 학자금 대출 이자 \$ _____ 빈도 _____

건강 보험료, 401K 및 기타 세전 공제 \$ _____ 빈도 _____

기타 공제 \$ _____ 빈도 _____ 유형: _____

기타 건강 보험

1. 가족 중 다른 건강 보험에 가입한 사람이 있습니까? 예 아니요
위의 4 번 질문에 "예"라고 대답했다면, 다음 정보와 첨부 파일 A 를 작성해 주십시오.

보험 계약자 이름	건강보험 회사 이름, 주소 및 전화번호	보장 유형(병원, 메디케어 보조금, 의약품, 주요 의료입니다)	보장 대상자 이름	발효일	보험 번호

2. 이 신청서에 나열된 사람 중 직장에서 건강 보험 혜택을 제공받는 사람이 있습니까? 부모 또는 배우자 등 다른 사람의 직장에서 받는 보험인 경우에도 예를 선택하십시오.

예 아니요 예인 경우 첨부 파일 A 를 작성해야 합니다.

이것은 주 직원 복지 제도입니까? 예 아니요

3. 본인 또는 이 신청서에 기재된 사람이 지난 2 개월 동안 건강 보험 혜택을 상실한 적이 있습니까?

a. 예 예인 경우 왜 상실되었습니까? _____

b. 아니요

4. 18 세 때 위탁 양육 중인 사람이 메디케이드를 신청했습니까? 예 아니요

5. 가족 중 미국인 또는 알래스카 원주민이 있습니까? 예 아니요

예인 경우, 첨부 파일 B 를 작성하십시오

고령자(65 세 이상), 시각장애인 또는 장애인(일을 할 수 없는 영구적 장애)이 있는 경우 질문에 답변해 주십시오. (선택사항)



혜택 신청



- 건강 보험을 신청한 시각 장애인 또는 장애인이 있습니까?
예 아니요 예인 경우, 이름: _____
- 본인 또는 배우자가 현재 메디케어 보험에 가입되어 있습니까?
예 아니요 예인 경우, 이름: _____
- 보조적 소득보장(SSI) 신청 전 3 개월 동안의 미납 의료비를 충당하기 위해 메디케이드를 신청하는 건가요?
예 아니요 예인 경우 SSI 신청 날짜: _____
- 현재 사망했고 최근 3 개월 이내에 의료비가 미납된 사람을 위해 신청하는 건가요?
예 아니요
- 요양원에 있는 사람의 요양비를 지불하기 위해 메디케이드를 신청하는 건가요?
예 아니요
- SSI 체크가 정지된 18 세 이상의 사람을 위해 메디케이드를 신청하시는 건가요?
예 아니요
- 커뮤니티 케어 서비스, NOW/COMP, 호스피스 케어, 독립 케어 웨이버 또는 디밍 웨이버(케이티 베켓)와 같은 커뮤니티 기반 웨이버 서비스 비용을 지원하기 위해 메디케이드를 신청하시는 건가요?
예 아니요

SNAP 페널티

고의로 허위정보를 제공한 경우 혜택을 상실하거나 형사처벌을 받을 수 있습니다.

- 푸드 스탬프(SNAP) 가구는 가족이 받지 말아야 할 혜택을 얻기 위해 허위 정보를 제공하거나 정보를 숨길 수 없습니다.
- 본인의 것이 아닌 푸드 스탬프(SNAP)나 EBT 카드를 사용하지 말고 다른 사람이 본인의 것을 사용하도록 하지 마십시오.
- 푸드 스탬프(SNAP) 혜택을 술이나 담배와 같은 비식품 품목을 구입하거나 신용카드로 결제하는 데 사용하지 마십시오.
- 총기, 탄약, 통제 약물(불법 마약) 등 불법 품목과 푸드 스탬프(SNAP) 또는 EBT 카드를 교환하거나 판매해서는 안 됩니다.

고의로 SNAP 규정을 위반한 가족 구성원은 1 년 또는 영구적으로 SNAP 출입 금지, 최대 25 만 달러의 벌금, 최대 20 년의 징역 또는 두 가지 모두에 처해질 수 있습니다. 또한 기타 해당 연방 및 주 법률에 따라 기소될 수 있습니다. 또한 법원 명령이 내려지면 추가로 18 개월 동안 SNAP 가입이 금지될 수 있습니다.

고의로 규칙을 위반한 가구원은 첫 번째 위반 시 1 년, 두 번째 위반 시 2 년, 세 번째 위반 시 영구적으로 푸드 스탬프(SNAP)를 받을 수 없습니다.

법원에서 통제 약물 판매와 관련된 거래에서 혜택을 사용하거나 받은 혐의로 귀하 또는 가구원이 유죄 판결을 받은 경우, 본인 또는 해당 가구원은 첫 번째 위반 시 2 년, 두 번째 위반 시 영구적으로 혜택을 받을 수 없습니다.

총기, 탄약 또는 폭발물 판매와 관련된 거래에서 혜택을 사용하거나 받은 것에 대해 법원이 귀하 또는 가구원에게 유죄 판결을 내리는 경우, 귀하 또는 해당 가구원은 첫 번째 위반으로 푸드 스탬프(SNAP) 프로그램에 영구적으로 참여할 수 없습니다.

법원에서 귀하 또는 가구원이 총 500 달러 이상의 혜택을 거래한 혐의로 유죄 판결을 받은 경우, 귀하 또는 해당 가구원은 첫 번째 위반으로 푸드 스탬프(SNAP) 프로그램에 영구적으로 참여할 수 없습니다.



혜택 신청



귀하 또는 가구원이 여러 푸드 스탬프(SNAP) 혜택을 받기 위해 신원(본인) 또는 거주지(사는 곳)에 대해 허위 진술이나 표현을 한 것으로 밝혀진 경우, 귀하 또는 해당 가구원은 10 년간 푸드 스탬프(SNAP) 프로그램에 참여할 수 없습니다.

TANF 프로그램 처벌

TANF 프로그램에서 의도적 프로그램 위반(IPV)은 개인이 허위 또는 오해의 소지가 있는 정보를 제공하거나 정보를 보유함으로써 지원 대상(AU)의 자격을 설정 또는 유지하거나 AU의 혜택을 늘리거나 줄이지 않으려는 의도적인 행동입니다.

- 정보를 숨기고 변경 사항을 제때 보고하지 않거나 사실을 말하지 않는 가구원은 첫 번째 위반 시 6 개월, 두 번째 위반 시 12 개월, 세 번째 위반 시 영구적으로 TANF 혜택을 상실하게 됩니다. 현금 지원 자금 또는 TANF DEBIT 카드를 남용하여 카지노, 주류 판매점, 성인 대상 오락 시설인 "스트립 클럽", 포커룸, 보석금 채권, 나이트 클럽/살롱/주점, 빙고장, 경마장, 게임 시설, 총기/탄약 판매점, 유람선, 심령술사, 흡연 상점, 문신/피어싱 상점, 스파/마사지 살롱에서 현금을 인출하거나 거래를 하는 것은 엄격히 금지되며, 첫 번째 위반 시 6 개월, 두 번째 위반 시 12 개월, 세 번째 위반 시 영구적으로 TANF 혜택을 상실하게 됩니다.
- 법원에서 귀하 또는 가구원이 정보를 숨기고 있거나 변경 사항을 제때 보고하지 않거나 진실을 말하지 않은 사실로 유죄 판결을 받는 경우, 첫 번째 위반 시 6 개월, 두 번째 위반 시 12 개월, 세 번째 위반 시 영구적으로 TANF 를 받을 수 없습니다.
- 법원에서 귀하 또는 가구원이 두 개 이상의 주에서 혜택을 받을 수 있도록 거주지에 대한 허위 정보를 제공한 것에 대해 유죄 판결을 받은 경우, 10 년간 자격이 박탈됩니다.
- 1997 년 1 월 1 일 이후에 법원에서 마약 관련 혐의, 통제 물질 또는 심각한 폭력 중범죄로 유죄 판결을 받은 경우, 귀하 또는 해당 가구원은 자격이 없거나 영구적으로 자격이 박탈됩니다.

모든 SNAP, TANF 및 메디케이드 신청자 대상:

본인은 위증 시 처벌을 받을 수 있음을 전제로 본인이 아는 한 본인이 혜택을 신청하는 사람이 미국 시민권자이거나 미국에 합법적으로 체류 중인 비시민권자라는 것을 진술합니다. 본인은 또한 본 신청서에 제공된 모든 정보가 본인이 아는 한 진실하고 정확하다는 것을 증명합니다. 본인은 DHS-DFCS, DCH 및 승인된 연방 기관이 본 신청서에 제공한 정보를 검증할 수 있다는 것을 이해하고 이에 동의합니다. 과거 또는 현재 고용주로부터 정보를 얻을 수 있습니다. 본인은 본인의 정보가 임금 정보와 근로 활동 참여를 추적하는 데 사용될 것이라는 것을 이해합니다.

본인은 푸드 스탬프(SNAP) 및/또는 TANF 프로그램 요구사항에 따라 상황 변화를 신고하겠습니다. 본인은 또한 가구원 중 복권이나 도박 당첨금을 총 \$4,500 달러 이상(세전 또는 기타 금액 원천징수 전) 받는 사람이 있다면 신고하겠습니다. 당첨금을 수령한 달의 말일로부터 10 일 이내에 당첨금을 신고하겠습니다. 본인은 정보가 정확하지 않을 경우, 본인의 혜택이 감소되거나 거부될 수 있으며, 고의로 잘못된 정보를 제공할 경우 형사 기소되거나 DHS-DFCS 프로그램 자격이 박탈될 수 있음을 이해합니다. 본인은 허위 정보를 제공하거나 정보를 숨기는 경우 기소될 수 있음을 이해합니다. 본인은 신청 또는 갱신 과정에서 일부 비용에 대해 DHS-DFCS에 알리지 않거나 확인하지 않을 경우, DHS-DFCS가 SNAP 혜택 금액을 계산할 때 해당 비용에 대한 예산을 책정하지 않을 것임을 이해합니다.

조지아주 복지부("DHS")는 혜택 신청 시 이름, 주소, 전화번호, 이메일 주소, 생년월일 등과 같은 개인 식별 정보(PII)를 수집합니다. 당사에 개인 정보를 제출함으로써 귀하는 당사가 DHS 정책, 절차 및 법률 및/또는 규정에서 허용하거나 요구하는 바에 따라 해당 개인 정보를 수집, 사용 및 공개할 수 있다는 데 동의하는 것입니다.

신청자 서명

날짜

승인된 대리인 서명

날짜



혜택 신청



유권자 등록 정보

현재 거주지에 유권자 등록이 되어 있지 않다면 오늘 이곳에서 유권자 등록을 신청하시겠습니까?

_____ 예

_____ 아니요

_____ 유권자 등록 질문에 답하고 싶지 않습니다

유권자 등록을 신청하거나 거부하는 것은 본 기관이 제공하는 지원 금액에 영향을 미치지 않습니다.

유권자 등록 신청서 작성에 도움이 필요하시면 저희가 도와드리겠습니다. 도움을 청할지 받을지는 본인이 결정합니다. 신청서는 개인적으로 작성할 수 있습니다.

누군가가 귀하의 유권자 등록 또는 유권자 등록 거부 권리, 유권자 등록 여부 결정 또는 유권자 등록 신청에 대한 귀하의 사생활 보호 권리, 또는 정당 또는 기타 정치적 선호를 선택할 권리를 방해했다고 생각하는 경우, 주 국무장관에게 주소 2 Martin Luther King Jr. (404) 656-287 로 전화하여 컴플레인을 제기하실 수 있습니다. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 또는 (404) 656-2871 로 전화하여 불만을 제기할 수 있습니다.

두 상자 중 하나도 선택하지 않은 경우, 현재 투표 등록을 하지 않기로 결정한 것으로 간주됩니다.

조지아 유권자 등록 신청서 사본은 DFCS 신청서, 갱신 및 주소 변경 양식에 포함되어 있습니다. 또한 담당 사회복지사에게 유권자 등록 신청서를 요청할 수 있습니다. 유권자 등록 신청서를 작성한 경우, 유권자 등록 신청서에 제공된 지침에 따라 조지아 주 국무장관실에 제출하십시오.

(정보를 위해 이 문서를 보관하십시오.)

이 신청서에서 사용되는 단어들은 무엇을 의미합니까?

이 표는 이 신청서에서 사용한 단어들을 설명합니다.

신청자	공공 지원이나 혜택을 받기 위해 신청하는 개인입니다.
지원 대상(AU)	지원 대상에는 임신부와 태아를 포함하여 함께 거주하며 공공 지원/혜택을 받는 적격 개인이 포함됩니다.
보호자	부모, 임신부, 친척 또는 법적 후견인으로서 태아를 포함하여 자신이 돌보는 자녀와 함께 TANF 를 신청하고 수령하는 사람입니다.
자격 박탈	진실을 말하지 않고 받지 말았어야 할 혜택을 받았기 때문에 푸드 스탬프(SNAP) 또는 TANF 사례에서 개인들을 제거하기 위해 취한 조치입니다.
전자 혜택 이전(Electronic Benefit Transfer, EBT)	조지아에서 SNAP 수혜 자격이 있는 개인에게 혜택을 지급하는 데 사용하는 시스템. 지원을 받는 개인에게는 푸드 스탬프(SNAP) 계좌에 액세스하는 데 사용되는 EBT 직불 카드가 발급됩니다.
전자 통신	<p>정보에 대한 알림을 받는 방법을 선택할 수 있습니다. 이메일 또는 문자 알림을 받도록 선택하면 GA 게이트웨이 고객 포털에 있는 내 알림(My Notice)에 알림이 있음을 알리는 메시지가 표시됩니다.</p> <p>이메일 통신의 경우, 계정을 생성한 후 이메일 주소를 저희에게 제공하고 GA 게이트웨이 고객 포털에 있는 종이 없는 통지에 대한 약관에 동의해야 합니다. 알림 설정을 업데이트하려면 GA 게이트웨이 고객 포털 웹 사이트(www.gateway.ga.gov)를 방문하십시오.</p> <p>문자 메시지를 보내려면, 저희에게 귀하의 전화번호를 제공해야 합니다. 표준 메시지 및 데이터 요금이 적용될 수 있습니다. 이는 통신사에 따라 다를 수 있으므로 제공업체에 확인하십시오.</p>
수혜자 친척	태아를 포함하여 자녀를 대신하여 자신의 이름으로 TANF 를 신청하고 수령하는 부모, 임신부, 친척 또는 법적 후견인입니다.
총소득	세금 또는 기타 공제액을 고려하기 전 개인의 총 소득입니다.
노숙자	<p>고정적이고 정기적인 야간 거주지가 없는 개인 또는 주요 야간 거주지가 다음과 같은 개인입니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> 임시 숙소를 제공하도록 설계된 감독 대상 보호소(예: 복지 호텔 또는 집단 보호소) 시설 입소 대상자에게 임시 거주지를 제공하는 중간 기숙사 또는 이와 유사한 기관 다른 개인의 거주지에서 90 일을 넘지 않는 임시 숙소, 또는 사람이 정기적으로 잠을 자는 숙소로 설계되지 않았거나 통상적으로 사용되지 않는 장소(복도, 버스 정류장, 로비 또는 이와 유사한 장소)
가구원	집에 거주하는 사람입니다. SNAP 의 경우, 함께 살면서 식사를 함께 구매하고 준비하는 개인.
소득	임금, 급여, 수수료, 상여금, 산재 보상, 장애, 연금, 퇴직금, 이자, 양육비 또는 기타 수령한 모든 형태의 자금입니다.
2012년 중산층 세금 감면법	본 법은 카지노, 주류 판매점, 성인 대상 오락 시설, 포커룸, 보석금 채권, 나이트 클럽/살롱/주점, 빙고장, 경마장, 게임 시설, 총기/탄약 판매점, 유람선, 심령술사, 흡연 상점, 문신/피어싱 상점, 스파/마사지 살롱에서 현금을 인출하거나 거래를 수행하는 데 현금 지원금 또는 TANF 직불 카드를 사용하는 것을 금지하고 있습니다. 이러한 사업체에서 현금 지원금 또는 TANF 직불카드를 사용하는 것은 수혜자의 고의적인 프로그램 위반(사기)으로 간주됩니다.
이주 농장 근로자	계절 농장 근로자로서 일하거나 농장 일자리를 찾기 위해 거주지를 옮겨 다니는 개인입니다.

비신청자	공공 지원/혜택을 신청하지 않거나 받지 않는 개인입니다. 비신청자는 사회보장번호, 시민권, 이민자 신분 등을 제공할 필요가 없습니다.
자격을 갖춘 외국인/이민자	<p>적격 외국인/이민자는 미국에 합법적으로 거주하고 있는 사람으로서 다음 범주 중 하나에 해당하는 사람을 말합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 이민 및 국적법(INA)에 따라 합법적으로 영주권(LPR)을 취득한 사람 • 1988년 해외 운영, 수출 금융 및 관련 프로그램 세출법 제 584 조에 따른 아시아계 이민자 • INA 제 208 조에 따라 망명을 허가받은 사람 • INA 제 207 조에 따라 인정된 난민 • INA 제 212 조 (d)(5)에 따라 난민 또는 망명자로 가석방된 사람 • 1997년 4월 1일 이전에 발효된 INA 제 243 조 (h) 또는 개정된 INA 제 241 조 (b)(3)에 따라 추방이 보류 중인 사람 • 1980년 4월 1일 이전에 발효된 INA 제 203 조 (a)(7)에 따라 조건부 입국이 허가된 사람 • 1980년 난민 교육 지원법 제 501 조 (e)에 정의된 쿠바 또는 아이티 이민자 • 2000년 인신매매 피해자 보호법 제 107 조 (b)(1)에 따른 인신매매 피해자 • 1996년 개정된 개인 책임 및 근로 기회 조정법 제 431 조 (c)에 명시된 조건을 충족하는 피해 이민자 • INA 제 101 조 (a)(27)에 따라 특별한 이민자 지위를 부여받은 아프가니스탄 또는 이라크 이민자(특정 조건에 따라) • INA 제 289 조에 따라 캐나다에서 태어나 미국에 거주하는 아메리칸 인디언 또는 인디언 자기 결정 및 교육지원법 제 4 조(e)에 따라 연방에서 인정받은 인디언 부족의 비시민권자 • 베트남 시대(1964년 8월 5일~1975년 5월 7일) 동안 군사 또는 구조 작전에 참여하여 미군을 지원한 몽족 또는 라오스 고원 부족 구성원 <p>의료 지원 신청자들에 한해 자유연합협정(COFA)에 따라 미크로네시아 연방, 마셜 제도 공화국 및 팔라우 공화국의 시민입니다. COFA 이민자들은 5년 제한 규정을 준수할 필요가 없습니다.</p>
자원	현금, 재산 또는 은행 계좌, 차량, 주식, 채권 및 생명 보험과 같은 자산입니다.
계절 농장 근로자	일년 중 특정 시기에 농작물을 심고, 따고, 포장하는 일을 하는 사람들입니다. 농장에서 상시 고용하는 인원보다 더 많은 근로자가 필요한 작업이 있을 때 임시로 고용됩니다.
SNAP 불법 거래	SNAP 혜택 불법 거래란 다음을 의미합니다. (1) 직접 또는 간접적으로, 타인과 공모 결탁하여, 또는 단독으로 EBT 카드, 카드 번호 및 PIN 번호 또는 수동 바우처 및 서명을 통해 발급되고 액세스한 SNAP 혜택을 적격 식품 이외의 현금 또는 대가를 위해 구매, 판매, 도용 또는 기타 방식으로 교환하는 행위, (2) 총기, 탄약, 폭발물 또는 통제 물질을 교환하는 행위, (3) 제품을 폐기하고 보증금에 해당하는 용기를 반환하여 현금을 얻을 의도로 반환 보증금이 필요한 용기가 있는 SNAP 혜택이 있는 제품을 구매하고, 고의로 제품을 폐기하고 보증금에 해당하는 용기를 반환하는 행위, (4) 제품을 재판매하여 적격 식품 이외의 현금 또는 대가를 얻을 의도로 SNAP 혜택으로 제품을 구매하고, 이후 적격 식품 이외의 현금 또는 대가를 받고 SNAP 혜택으로 구매한 제품을 의도적으로 재판매하는 행위, (5) 원래 SNAP 혜택으로 구매한 제품을 적격 식품 이외의 현금 또는 대가를 받고 의도적으로 재구매하는 행위, (6) 직접 또는 간접적으로, 다른 사람과 공모 결탁하여, 또는 단독으로 전자 혜택 이전(EBT) 카드, 카드 번호 및 개인 식별 번호(PIN) 또는 수동 바우처 및 서명을 통해 발행되고 액세스한 SNAP 혜택을 적격 식품 이외의 현금 또는 대가를 위해 구매, 판매, 도용 또는 기타 방식으로 교환하려고 시도하는 행위
Way2Go 데빗 마스터 카드	조지아주는 Way2Go 직불 마스터 카드라고 불리는 TANF 수혜자를 위한 편리한 "전자" 지불 옵션을 구현했습니다. 이 지불 옵션에 따라, 돈은 매달 1일에 수혜자의 계좌로 입금됩니다. 1일이 주말 또는 공휴일인 경우, 이전 달의 마지막 영업일에 혜택이 제공됩니다. 자금이 직불 마스터카드에 전자적으로 충전되기 때문에 수혜자는 즉시 지원금에 액세스할 수 있습니다.

모든 메디케이드 신청자의 경우:

수혜자 또는 제공자에 대한 메디케이드 사기 의심 사례를 신고하려면 조지아주 지역사회 보건부-감찰관실(Georgia Department of Community Health-Office of Inspector General)에 (지역) (404) 463-7590 또는 (무료) (800) 533-0686 으로 전화하거나, 이메일(oiganonymous@dch.ga.gov), 우편(주소: Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334)으로 연락하거나 <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud> 를 방문하십시오.

ADA/제 504 조 권리 고지

장애인을 위한 지원

조지아주 복지부 및 조지아주 지역사회 보건부(이하 "해당 부서")는 연방법*에 따라 장애인에게 해당 부서의 프로그램, 서비스 또는 활동에 참여하고 자격을 얻을 수 있는 동등한 기회를 제공하도록 규정하고 있습니다. 여기에는 SNAP, TANF 및 의료 지원과 같은 프로그램이 포함됩니다.

장애를 이유로 한 차별을 피하기 위해 수정이 필요한 경우 해당 부서는 합리적인 수정을 제공합니다. 예를 들어, 당사는 정책, 관행 또는 절차를 변경하여 동등한 접근을 제공할 수 있습니다. 당사는 동등하게 효과적인 의사소통을 보장하기 위해 장애인 또는 동반자에게 수화 통역사와 같은 장애인 의사소통 지원을 제공합니다. 본 지원은 무료입니다. 해당 부서는 서비스, 프로그램 또는 활동의 본질에 근본적인 변경을 초래하거나 과도한 재정적 및 관리적 부담을 초래하는 수정을 제공할 의무는 없습니다.

합리적인 수정 또는 의사소통 지원 요청 방법

장애가 있어 합리적인 수정, 의사소통 지원 또는 추가 도움이 필요하신 경우 사회복지사에게 문의하십시오. 예를 들어, 수화 통역사와 같이 효과적인 의사소통을 위한 지원이나 서비스가 필요한 경우 전화하십시오. 사회복지사에게 연락하거나 DFCS (877) 423-4746 또는 DCH Katie Beckett (KB) 팀(678-248-7449)으로 전화하여 요청할 수 있습니다. 또한 지역 DFCS 사무소 또는 온라인(<https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>)에서 제공되는 DFCS ADA 합리적 수정 요청 양식을 사용하여 요청할 수도 있으며, KB 사무소 또는 온라인(<https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>)에서 구하거나 수정 요청을 이메일로(DCH.ADAassistance@dch.ga.gov) 보내실 수도 있습니다.

불만 제기 방법

장애를 이유로 해당 부서가 귀하를 차별한 경우 불만을 제기할 권리가 있습니다. 예를 들어, 합리적인 수정 또는 수화 통역을 요청했지만 거부당했거나 합리적인 시간 내에 조치가 취해지지 않은 경우 차별 불만을 제기할 수 있습니다. 사회복지사, 지역 DFCS 사무소 또는 DFCS 민권, ADA/제 504 조 코디네이터(주소: 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746)에게 구두 또는 서면으로 불만을 제기하실 수 있습니다. DCH의 경우 KB 팀 ADA/제 504 조 코디네이터(2211 Beaver Run Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 또는 사서함 사서함 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449)로 문의하시기 바랍니다. DCH 이메일은 dch.adarequests@dch.ga.gov 입니다.

담당 사회복지사에게 DFCS 민권 불만 양식 사본을 요청할 수 있습니다. 불만 양식은 <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> 에서도 **제공됩니다**. 차별 민원을 제기하는 데 도움이 필요하시면 위에 기재된 DFCS 직원에게 연락하셔도 됩니다. 청각 장애가 있거나 언어 장애가 있으신 분들은 711 번으로 전화하시면 교환원이 연결해 드립니다. DCH 민권 불만 접수 이메일은 dch.civilrights@dch.ga.gov 입니다. DCH 민권 절차 및 양식 링크는 <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> 에서 제공됩니다.

또한 적절한 연방 기관에 차별 민원을 제기하셔도 됩니다. 미국 농무부(USDA) 및 미국 보건복지부(HHS)의 연락처 정보는 '차별 금지 정책'에 포함되어 있습니다.

**1973년 재활법 제 504 조, 1990년 미국 장애인법, 2008년 미국 장애인법 개정법에서는 장애인이 불법적인 차별을 받지 않도록 보장하고 있습니다.*

지역 보건부(DCH) 정책에 따라 의료 지원 프로그램은 인종, 연령, 성별, 장애, 출신 국가 또는 종교를 이유로 자격이나 혜택을 거부할 수 없습니다.

USDA 또는 HHS 에 신청서를 보내지 마십시오

차별 금지 선언문

연방 민권법 및 미국 농무부(USDA) 민권 규정 및 정책에 따라 USDA, 그 기관, 사무소 및 직원, USDA 프로그램에 참여하거나 관리하는 기관은 인종, 피부색, 출신 국가, 성별(성 정체성 및 성적 지향 포함), 종교적 신념, 장애, 연령, 정치적 신념 또는 USDA 가 수행하거나 자금을 지원하는 모든 프로그램이나 활동에서 이전 민권 활동에 대한 보복이나 보복을 이유로 차별하는 행위가 금지되어 있습니다. 미국 보건복지부(HHS)에서 연방 재정 지원을 받는 프로그램 (예: 빈곤 가정 임시 지원(TANF)) 및 HHS 가 직접 운영하는 프로그램도 연방 민권법 및 HHS 규정에 따라 차별이 금지됩니다.

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

USDA 프로그램과 관련된 민권 민원

USDA 는 보충 영양 지원 프로그램(SNAP), 인디언 보호구역에 대한 식품 배급 프로그램(FDPIR) 등과 같은 다양한 식량 안보 및 기아 감소 프로그램에 대한 연방 재정 지원을 제공합니다. 프로그램 차별에 대한 불만을 제기하려면 온라인(<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>) 및 USDA 사무소의 프로그램 차별 불만 신고서(AD-3027)를 작성하거나 USDA 로 보내는 서신을 작성하여 양식에 요청된 모든 정보를 서신에 기재하십시오. 불만 양식 사본을 요청하려면 (866) 632-9992 로 전화하십시오. 작성된 양식 또는 서신을 다음 주소로 USDA 에 제출하십시오.

1. **우편:** 식품 및 영양 서비스, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314
2. **팩스:** (833) 256-1665 또는 (202) 690-7442
3. **전화번호:** (833) 620-1071
4. **이메일:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

SNAP 문제와 관련된 기타 정보가 있는 경우, USDA SNAP 핫라인 번호 (800) 221-5689(스페인어로도 제공)로 연락하거나 주 정보 /핫라인 번호(주별 핫라인 번호 목록을 보려면 [링크](#)를 클릭)로 전화하세요. [SNAP 핫라인](#)에서 온라인으로 찾을 수 있습니다.

HHS 프로그램과 관련된 민권 불만 사항

HHS 는 건강과 복지를 향상시키기 위한 여러 프로그램에 연방 재정 지원을 제공하며, 여기에는 TANF, 헤드스타트, 저소득 가정 에너지 지원 프로그램(LIHEAP) 등이 포함됩니다. HHS 가 직접 운영하거나 HHS 가 연방 재정 지원을 제공하는 프로그램 또는 활동에서 인종, 피부색, 출신 국가, 장애, 나이, 성별(임신, 성적 지향, 성 정체성 포함) 또는 종교를 이유로 차별을 받았다고 생각하는 경우, 본인 또는 다른 사람을 대신하여 민권 사무소(OCR)에 불만을 제기할 수 있습니다.

HHS 를 통해 연방 재정 지원을 받는 프로그램과 관련하여 본인 또는 다른 사람의 차별에 대한 불만을 제기하려면 OCR 의 불만 포털 (<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>)을 통해 온라인으로 양식을 작성하십시오. 다음 주소로 우편을 통해 OCR 에 문의할 수도 있습니다. Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, 팩스: (202) 619-3818 또는 이메일: OCRmail@hhs.gov. 신속한 처리를 위해 우편으로 민원을 접수하기 보다는 OCR 온라인 포털을 사용한 민원 접수를 장려합니다. 민권 불만 제기에 도움이 필요하신 분은 OCR 에 OCRMail@hhs.gov 로 이메일을 보내시거나 수신자 부담 전화인 1-800-368-1019, 자막 1-800-537-7697 로 문의하십시오. 청각 장애, 난청 또는 언어 장애가 있는 사람은 7-1-1 번으로 전화하여 통신 중계 서비스를 이용하십시오. 또한 민원 제기를 위한 대체 형식(점자 및 큰 활자 등), 보조 도구 및 언어 지원 서비스를 무료로 제공합니다.

이 기관은 기회 균등 제공 기관입니다.

또한 미국 복지부(DHS)에 따라 현지 DFCS 사무소 또는 조지아주 복지부, 법률고문실(47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746)의 DFCS 민권, ADA/제 504 조 코디네이터에게 연락하여 기타 차별 불만을 제기할 수도 있습니다. 제한된 영어 양식 297 호 (2024 년 10 월개정)

능력으로 인한 차별을 주장하는 불만은 조지아주 복지부 법률고문실(47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746)의 DHS 제한된 영어 능력 및 감각 장애 프로그램에 문의하시기 바랍니다.

USDA 또는 HHS 에 신청서를 보내지 마십시오