

조지아주 복지부 가족 및 아동 서비스과
변경 신고 양식

이 양식을 사용하여 가족 및 아동 서비스부에 가구 상황의 변경을 신고하십시오. 이 문서를 읽거나 작성하는 데 도움이 필요하시거나 당국과 소통하는 데 도움이 필요하신 경우 당국에 문의하거나 1-877-423-4746 으로 전화하십시오. 통역을 포함한 당국의 서비스는 무료입니다. 청각 장애, 난청, 농인, 맹인 또는 언어 장애가 있는 경우 7 11(Georgia 자막)번을 누르고 위 번호로 전화하십시오.

상황 변경을 신고하는 것이 아닌 경우 이 양식을 제출하지 마십시오.

이름: _____ 고객 ID 번호 _____

주소: _____ 사례 번호 _____

담당자 전화번호 _____

간소화된 신고 가구는 다음을 꼭 신고해야 합니다.

- 월 총소득이 가구 규모에 해당되는 소득 수준의 130%를 초과하는 경우.
- 부양가족이 없는 비장애 성인(ABAWD)의 근무시간이 주당 20 시간 미만 또는 월당 80 시간 미만으로 내려가는 경우. 이러한 변경 사항은 변경 사항이 발생한 달 말일로부터 늦어도 10 일 내에 반드시 신고해야 합니다.
- 가구원이 복권 또는 도박 상금을 수령한 총액이 4500 달러 이상(세금 또는 기타 금액이 원천징수되기 전)인 경우 카구는 반드시 신고해야 합니다. 이는 단일 게임에서 딴 현금 상금을 포함합니다. 당첨금은 가구원이 당첨금을 수령한 달의 말일로부터 10 일 이내에 신고해야 합니다.

간소화된 신고만 요구되는 가구라도 다음 변경 사항 중 어느 변경 사항이든 신고 가능합니다.

신고하려는 변경 사항을 체크 표시하시고 이 양식의 질문에 답하십시오.

- 이사로 인한 가구 내 거주자 변경
- 가구가 새 주소로 이사 가구원(들)
- 이 일을 시작함 가구원(들)
- 이 일을 그만둠
- 가구원(들)의 지급 또는 근무 시간에 변동이 있는 경우
- 가구원(들)이 SSI, 소셜 시큐리티, 보훈부 연금, 연금, 퇴직금, 장애 수당, 친구나 친척들이 준 돈, 자녀 양육비, 실업 수당 등을받기 시작했거나 중단된 경우.
- 가구 구성원의 지출 및 생활비 변경
- 본인 또는 가구 구성원이 \$3,000 이상의 자산을 보유하는 경우. 고령자 또는 장애가 있는 경우, \$4,500 이상의 자산.

조지아주 복지부 가족 및 아동 서비스과

가구구성

- 그 사람이 언제 이사했습니까? _____

주소

- 우리 가구가 새 주소로 이사했습니다. 새 주소는 다음과 같습니다 _____
- 새 임대료 또는 주택담보대출 납부금 금액 \$ _____ 주택담보대출의 경우 연간 재산세는 \$ _____ 이고 주택 소유자 보험료는 \$ 입니다 _____.
- 임대료, 주택담보대출 납부금 또는 공과금 지불을 도와주는 사람이 있습니까? 예 _____ 아니요 _____ ‘예’인 경우, 그 사람이 누구입니까? _____

- 새 주소에서 어떤 공과금을 납부합니까?
- 난방비나 냉방비를 지불해야 합니까? 예 _____ 아니요 _____ (전기, 가스 또는 둘다)
_____ **소득** _____
- 소득이나 고용에 변동이 생긴 사람이 누구입니까? _____
- 소득 또는 고용의 출처가 어디입니까? _____
- 소득의 지급 빈도는 어떻게 됩니까? _____
- 소득 또는 고용이 언제 시작되었습니까? _____
- 새로운 소득 금액은 얼마입니까? _____

- 소득 또는 고용이 언제 중단되었습니까? _____
- 마지막으로 지급 받은 금액은 얼마입니까? _____

**조지아주 복지부 가족 및 아동 서비스과
변경 신고 양식**

의료비용				
60 세 이상 또는 장애가 있는 사람에게 의료 비용이 있습니까? 예 _____ 아니요 _____ ‘예’인 경우 아래 표를 작성하십시오.				
청구된 가구원	비용 유형(의사, 병원, 처방전, 메디케어 보험료)	미납 금액	청구일	보험 급여가 됩니까? (예/

자녀양육비지급	
<ul style="list-style-type: none"> • 귀하 또는 가구원 중 주택 외에 사는 사람에게 자녀 양육비를 지급하는 사람이 있습니까? 예 _____ 아니요 _____ • 누구에게 지급 의무가 있습니까? _____ • 의무 금액은 얼마입니까? _____ • 자녀양육비는 누구를 위해 지급됩니까? _____ • 자녀양육비는 누구에게 지급됩니까? _____ • 자녀양육비는 얼마나 자주 지급됩니까? _____ • 실제 지급되는 금액은 얼마입니까? _____ 	

부양가족 간병지출			
간병이 필요한 사람:		간병비를 지불하는 사람:	
제공자 이름:		제공자에게 지급되는 금액:	지급 빈도:
제공자 전화번호:	간병 이유:		

**조지아주 복지부 가족 및 아동 서비스과
변경 신고 양식**

자원			
가구원 중에 다음 자산을 소유하는 사람이 있습니까? 예 _____ 아니요 _____			
‘예’인 경우 아래 표를 작성하십시오.			
자원 유형	소유자	금액/값	은행명
현금			
당좌 예금/보통 예금			
신용 조합			
주식 또는 채권			
안전 금고			

우리 가구의 **총 월 소득**(근로소득 - 공제 전 소득 및 불로소득)이 소득 한도의 130%를 초과합니다.

가구의 소득이 130%를 초과한 월/연도는 언제입니까? _____ / _____
월 연도

월 총 소득은 얼마입니까? _____

서명 _____ 날짜 _____

저희 가구에 **근무 시간이 주당 20 시간 또는 월 80 시간미만으로 떨어진 ABAWD 가구 구성원이** 있습니다.

본인은 _____ 주당 20~29 시간 또는 월 80 시간을 일하던 실업 ABAWD 입니다. 근무 시간이 주당 _____ 시간으로 단축되었습니다.

서명 _____ 날짜 _____

가구 구성원 중 **복권 또는 도박 당첨금을** 받은 이가 있습니다.

해당 가구 구성원이 몇년 몇월에 복권/도박 소득을 얻었습니까? _____ / _____
월 연도

총 복권/도박 소득의 총액은 얼마입니까? _____

서명 _____ 날짜 _____

조지아주 복지부 가족 및 아동 서비스과 변경 신고 양식

본인은 위증 시 처벌 하 본인이 아는 바와 신념에 따라 혜택을 신청하는 사람이 미국 시민권이거나 미국에 합법적으로 체류 중임을 선언합니다. 본인은 또한 본 신청서에 제공된 모든 정보가 본인이 아는 한 진실하고 정확함을 인증합니다. DHS-DFCS, DCH 및 권한을 갖춘 연방 기관이 본 신청서에 제공된 정보를 확증할 수 있음을 이해하며 이에 동의합니다. 정보는 과거 또는 현 고용주로부터 확보될 수 있습니다. 본인의 정보가 임금 정보와 근로 활동 참여를 추적하는 데 사용될 것이라는 것을 이해합니다.

본인은 SNAP/메디케이드 및/또는 TANF 프로그램 요구사항에 따라 상황 변화를 신고하겠습니다. 본인은 또한 가구원 중 복권이나 도박 당첨금을 총 \$4,500 이상(세전 또는 기타 금액 원천징수 전) 받는 사람이 있다면 신고하겠습니다. 당첨금을 수령한 달의 말일로부터 10 일 이내에 당첨금을 신고하겠습니다. 정보가 정확하지 않을 경우, 혜택이 감소되거나 거부될 수 있으며, 고의로 잘못된 정보를 제공할 경우 형사 고발되거나 DHS-DFCS 프로그램 자격이 박탈될 수 있음을 이해합니다. 본인은 허위 정보를 제공하거나 정보를 숨기는 경우 기소될 수 있음을 이해합니다. 본인은 신청, 갱신 또는 정기 보고 과정에서 DHS-DFCS 에 일부 지출을 알리지 않거나 이를 증명하지 못할 경우, DHS-DFCS 가 SNAP 혜택 금액을 계산할 때 해당 지출을 예산에 포함시키지 않음을 이해합니다.

서명 _____

날짜 _____

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 보조금에 영향을 미치지 않습니다.

유권자 등록 신청서 작성에 도움이 필요하시면 저희가 도와드리겠습니다. 도움을 청하거나 받으시는 귀하께서 결정합니다. 신청서 양식을 혼자 작성하셔도 됩니다.

누군가가 귀하의 유권자 등록 또는 유권자 등록 거부 권리, 유권자 등록 여부 결정 또는 유권자 등록 신청에 대한 귀하의 개인정보보호 권리, 또는 정당 또는 기타 정치적 선호도를 선택할 권리를 침해했다고 생각되는 경우, 주 서기관에게 다음 주소로 민원을 제기할 수 있습니다. 2 Martin Luther King Jr. Drive, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 또는 404-656-2871 로 전화하십시오.

두 상자 중 하나도 체크하지 않을 경우, 현재 유권자 등록을 하지 않기로 결정한 것으로 간주됩니다.

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

조지아주 복지부 가족 및 아동 서비스과
변경 신고 양식

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 적격성을 얻을 수 있는 균등한 기회를 제공하도록 규정하고 있습니다. 여기에는 SNAP, TAN F 및 의료 지원과 같은 프로그램이 포함됩니다.

장애를 기반으로 한 차별을 피하기 위해 수정이 필요한 경우 해당 부서는 합리적인 수정을 제공합니다. 예를 들어, 당국은 정책, 관행 또는 절차를 변경하여 균등한 접근을 제공할 수 있습니다. 당국은 균등하게 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. 귀하의 담당 사회복지사에게 연락하거나 DFCS (877) 423-4746 또는 DCH Katie Beckett (KB) 팀에게 678-248-7449 로 전화하여 요청하실 수 있습니다. 또한 현지 DFCS 사무소 또는 온라인으로 <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> 에서 제공되는 DFCS ADA 합리적 수정 요청 양식을 사용하여 요청 가능하며, KB 팀 또는 온라인으로 <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> 에서 DCH ADA 합리적 수정 요청 양식을 구하셔도 되지만 꼭 양식을 사용하지는 않아도 됩니다.

민원 제기 방법

장애를 이유로 해당 부서가 귀하를 차별 대우한 경우 민원을 제기할 권리가 있습니다. 예를 들어, 합리적인 수정 또는 수화 통역을 요청했지만 거부당했거나 합리적인 시간 내에 조치가 취해지지 않은 경우, 차별에 대한 민원을 제기할 수 있습니다. 귀하의 사례 담당자, 현지 DFCS 사무소 또는 DFCS 민권, ADA/제 504 조 조정자에게 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 20334, (877) 423-4746 으로 연락하여 구두 또는 서면으로 민원을 제기하실 수 있습니다. DCH 의 경우 KB 팀 ADA/제 504 조 조정자에게 다음으로 문의하십시오. 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 또는 P.O. Box 172, Norcross, GA. 30091, 678-248-7449. DCH 이메일 주소는 dch.adarequests@dch.ga.gov 입니다.

담당 사회복지사에게 DFCS 민권 민원 양식 사본을 요청할 수 있습니다. 민원 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 민원 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 동봉된 "차별 금지 정책"에 포함되어 있습니다.

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

USDA 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 행정을 담당하는 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 복수를 이유로 차별하는 행위는 금지됩니다. 미국 보건복지부(HHS)에서 연방 재정 지원을 받는 프로그램, 예를 들어 빈곤 가정 임시 지원(TANF) 및 HHS 가 직접 운영하는 프로그램에서도 연방 민권법 및 HHS 규정에 따라 차별이 금지됩니다.

조지아주 복지부 가족 및 아동 서비스과 변경 신고 양식

프로그램 정보를 얻기 위해 대체 의사소통 수단(예: 점자, 큰 활자, 오디오 테이프, 미국 수화)이 필요한 장애인은 혜택을 신청한 기관(주 또는 현지)에 연락하십시오. 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 감축 프로그램에 대한 연방 재정 지원을 제공합니다. 프로그램 차별에 대한 민원을 제기하시려면 온라인으로 <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> 및 USDA 사무실에서 제공되는 프로그램 차별 민원 양식(AD-3027)을 작성하시거나 USDA 에 서신을 작성하여 양식에 요청된 모든 정보를 서신에 기재하십시오. 민원 양식 사본을 요청하시려면 (866) 632-9992 로 전화하십시오. 작성된 양식 또는 서신을 다음 주소로 USDA 에 제출하십시오.

1. **우편:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314
2. **팩스:** (833) 256-1665 또는 (202) 690-7442
3. **전화번호:** (833) 620-1071 또는
4. **이메일:** FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

SNAP 문제와 관련된 기타 정보는 스페이서로도 제공되는 USDA SNAP 문의전화 번호 (800) 221-5689 로 연락하시거나 [주 정보/문의전화 번호](#)(주별 문의전화 번호 목록을 보려면 링크를 클릭)로 전화하십시오. [SNAP 문의전화](#)

HHS 프로그램과 관련된 민권 민원

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 생각되시는 경우, 본인 또는 다른 사람을 대신하여 민권 사무소(OCR)에 민원을 제기할 수 있습니다.

HHS 를 통해 연방 재정 지원을 받는 프로그램과 관련하여 본인 또는 다른 사람의 차별에 대한 민원을 제기하려면 OCR 의 민원 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 HH H 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 권장드립니다. 민권 민원 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 서비스가 무료로 제공됩니다.

본 기관은 균등 기회 제공 기관입니다.

또한 현지 DFCS 사무소 또는 DFCS 민권 및 ADA/제 504 조 조정자에게 다음 주소로 연락하여 차별 민원을 제기할 수도 있습니다. 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA, 30334, (877) 423-4746. 제한된 영어 숙련도에 따른 차별을 주장하는 민원은 DHS 제한된 영어 숙련도 및 감각 장애 프로그램에 다음으로 연락하십시오. 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 30334 또는 (877) 423-4746 으로 전화하십시오.

USDA 에 신청서를 보내지 마십시오