



## CALFRESH(식료품 지원) 수당 신청서

장애가 있거나 본 신청서 작성에 도움이 필요한 경우 카운티 복지부(카운티)에 연락하면 도움을 받을 수 있습니다.

영어가 아닌 다른 언어로 말하거나, 읽거나 쓰는 것이 더 편한 경우, 카운티에서 무료로 도움을 줄 수 있는 사람을 배정해줍니다.

### 어떻게 신청하나요?

**CalFresh 수당만** 신청하는 경우 이 신청서를 사용하지 마십시오. CalFresh는 가구 구성원을 위한 식료품 구입 비용을 지원하기 위해 마련된 식료품 지원 프로그램입니다. CalWORKs(캘리포니아 주 근로 기회 및 자녀에 대한 책임 프로그램: 저소득층 자녀 양육비 보조금 지원) 또는 Medi-Cal(캘리포니아 주 저소득층 의료비 보조금 지원 프로그램) 등, CalFresh가 아닌 다른 프로그램을 신청하고자 하는 경우 다른 프로그램 신청서 양식을 요청하시기 바랍니다. 또한 인터넷 홈페이지 <http://www.benefitscal.org/> 를 방문해 CalFresh 또는 그 외 각종 프로그램을 온라인 상에서 신청할 수도 있습니다. <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm> 에서 본인이 적격성 요건을 충족하는지 여부를 확인할 수 있습니다.

- 가능하면 신청서 양식의 모든 항목을 빠짐없이 기재하십시오. 신청 절차를 시작하려면 최소한 본인의 이름, 주소, 서명 (1페이지 1번 질문)을 카운티에 반드시 제출해야 합니다.
- 신청서는 카운티에 직접 방문, 우편, 팩스 또는 온라인으로 제출할 수 있습니다.
- 귀하가 서명한 신청서를 카운티가 접수한 날로부터 귀하가 혜택을 받을 수 있는지 여부에 대해 당국이 결정을 내려야 할 기한이 시작됩니다. 기관에 속해 있는 경우 이 기한은 기관을 떠나는 날부터 시작됩니다.

### 그 다음에는 무엇을 해야 하나요?

- 신청서에 서명하기 전에 본인의 권리와 책임(프로그램 규정 1-3 페이지)에 대해 읽으십시오.
- 신청서 내용을 논의할 수 있도록 반드시 카운티와의 인터뷰에 응해야 합니다. 대부분의 인터뷰는 전화로 진행되지만 카운티 사무실 또는 카운티가 지정한 다른 장소를 직접 방문해 실시할 수도 있습니다. 장애가 있는 경우 다른 방법을 마련할 수 있습니다.
- 신청서 중 기재하지 않은 부분이 있는 경우 인터뷰 중에 마저 작성할 수 있습니다.
- 귀하의 적격성 여부를 확인할 수 있도록 본인의 소득, 지출 및 기타 상황에 대한 증빙을 제출해야 합니다.

### 얼마나 걸릴까요?

신청을 처리하는 데 최대 30일 정도 소요될 수 있습니다. 다음에 해당되는 경우 달력일 기준 3일 이내에 수당을 받을 수 있습니다:

- 귀하 가구의 월 총소득(공제 이전 소득)이 \$150 미만이며, 가지고 있는 현금 또는 수표계좌 또는 보통예금 잔고가 \$100 이하인 경우; 또는
- 귀하 가구의 주택 관련 지출(월세/모기지 및 공공 요금)이 본인의 월 총소득과 보유 현금 또는 수표계좌 및 보통예금 잔고액을 합친 금액 보다 많은 경우; 또는
- 이주형 또는 계절형 농장노동자 가구로 수표계좌 및 보통예금 잔고가 \$100 미만이고, 1) 수입이 끊어졌거나, 2) 수입이 있지만 앞으로 10일 내에 들어올 수입이 \$25를 초과할 것으로 기대되지 않는 경우.

혜택을 받을 수 있는지 여부를 카운티가 더 신속하게 처리하려면 질문 1번, 6번부터 8번, 11번, 16번에 빠짐 없이 답하고 신청서와 함께 카운티에 본인 신분 증빙(가지고 있는 경우)을 함께 제출해 주십시오.

카운티는 우편을 통해 귀하 가구가 신청하신 CalFresh 혜택이 승인되었는지 거부되었는지 여부를 알립니다.

**정보 페이지 - 본인 기록을 받아 잘 보관하도록 하십시오.**

## 인터뷰에는 무엇을 준비해야 하나요?

지연되는 것을 피하려면, 인터뷰에 올 때 다음 증빙을 지참하십시오. 증빙 자료를 준비하지 못했다 하더라도 인터뷰에는 참석하십시오. 증빙 자료를 받는 데 도움이 필요한 경우 카운티에서 도움을 줄 수도 있습니다. 인터뷰 중에는 카운티에서 신청서에 기재된 내용을 확인하고 귀하가 CalFresh 수당을 받을 수 있는지, 얼마나 받을 수 있는지를 판단하는 데 필요한 질문을 합니다.

## 혜택 수령에 필요한 증빙 자료

- 신분증(운전면허증, 주 정부 발행 ID 카드, 여권).
- 거주지 증빙(임대계약서, 기재된 주소가 적힌 최근 청구서).
- 사회보장번호(SSN)(특정 비시민권자에 관한 아래 참고 사항을 참조하십시오).
- 가구 구성원 전원이 은행에 보유하고 있는 잔고(최근 은행 잔고 내역서).
- 지난 30일 간 가구 구성원 전원의 근로 소득(최근 급여 내역서, 고용주가 발행한 근로 증명서). **참고:** 자영업인 경우, 소득과 지출 또는 납세 기록.
- 비근로 소득(실업 수당, SSI, 사회보장 수당, 재향 군인 수당, 자녀 양육비, 산재 보상금, 학교 보조금 또는 용자, 임대 소득 등).
- 수당 혜택을 신청하는 비시민권자의 경우에 **한해** 합법적 이민자 신분 증빙(외국인 등록 카드, 비자).  
**참고:** 가정 폭력, 범죄 기소 또는 불법 매매를 근거로 이민자 신분을 신청하는 특정 비시민권자들의 경우 이러한 증빙 자료가 필요 없습니다. 사회보장번호도 필요하지 않을 수 있습니다.

## CalFresh 혜택을 더 받는 데 필요한 증빙 자료

- 주택 관련 비용(월세 영수증, 모기지 청구서, 재산세 청구서, 보험 서류).
- 전화비 및 유틸리티 비용.
- 노령자(60세 이상) 또는 장애인인 가구 구성원에 대한 의료비.
- 가족이 일을 하거나, 구직 중이거나, 교육훈련 또는 학교에 가거나, 필수 근로 활동에 참여하기 때문에 발생하는 자녀 및 성인 돌봄 비용.
- 귀하 가구 구성원이 지불하는 자녀 양육비.

## CalFresh 수당을 어떻게 받나요/사용하나요?

- 카운티는 플라스틱으로 된 전자 수당 이체(EBT) 카드를 우편으로 또는 직접 지급합니다. 수당은 신청이 승인되면 카드에 충전됩니다. 본인 카드를 받으면 카드에 서명하십시오. 카드를 사용할 수 있도록 개인식별번호(PIN)를 설정해야 합니다.
- EBT 카드를 분실하거나, 도난 당하거나, 카드가 파손되거나, 또는 본인 수당을 사용하기를 원치 않는 누군가가 귀하의 PIN을 알고 있을 수 있다고 생각되는 경우 **즉시 (877) 328-9677번** 또는 카운티에 전화해 그 사실을 신고하십시오. 책임질 수 있는 성인과 지정 대리인은 모두 이러한 문제 발생 시 **즉시** 신고하는 방법을 알고 있어야 합니다. 귀하가 귀하의 수당을 사용하기를 원치 않는 사람이 귀하의 PIN을 알고 있는데 그 사실을 신고하지 않고 귀하의 PIN을 변경하지 않은 경우, 사용된 일체 수당은 재지급되지 않습니다.
- 본인에게 지급된 CalFresh 수당은 거의 모든 식료품, 그리고 본인 소비 목적으로 식량을 재배하는 데 필요한 종자 및 식물 구입에 사용할 수 있습니다. 알코올류, 담배류, 애완동물 먹이, 특정 종류의 조리 완료 식품 또는 식품이 아닌 모든 품목(치약, 비누 또는 종이 타월 등)은 일체 구입할 수 **없습니다**.
- CalFresh 수당은 대부분의 식료품점 및 기타 식품 판매 업소에서 사용 가능합니다. 본인 거주지 부근에서 EBT를 받는 곳 목록은 다음 인터넷 웹페이지를 참고하십시오: <https://www.ebt.ca.gov> 또는 <https://www.snapfresh.org>.
- CalFresh 수당은 본인과 본인 가구 구성원들에 **한해** 사용해야 합니다. 본인의 수당을 안전하게 지키십시오. PIN을 다른 사람에게 알려 주지 **마십시오**. PIN을 EBT 카드와 함께 보관하지 **마십시오**.

## 집이 없는 경우 어떻게 해야 하나요?

본인이 집이 없다는 사실을 카운티에 즉시 알리면, 신청서를 접수하는 데 사용하고 귀하 케이스와 관련해 카운티가 보내는 통지서를 수령할 수 있는 주소를 찾도록 도움을 줍니다. CalFresh의 경우, 집이 없다는 것은:

- A. 감독자가 있는 보호 시설, 사회 복귀 훈련 시설 또는 그와 유사한 시설에 머무르고 있음을 의미합니다.
- B. 90일 이내로 계속해서 다른 사람이나 가족 구성원의 집에 머무르고 있음을 의미합니다.
- C. 원래 숙박 용도로 설계되지 않은 장소, 또는 보통 숙박 용도로 사용되지 않는 장소에서 잠을 자고 있음을 의미합니다(예: 복도, 버스정류장, 로비 또는 그와 유사한 장소).

**정보 페이지 - 본인 기록을 받아 잘 보관하도록 하십시오.**

---

---

## 권리 및 책임

### 귀하의 책임은 다음과 같습니다:

- 귀하의 적격성 여부를 판단하는 데 필요한 모든 정보를 카운티에 제공해야 합니다.
- 필요할 때 본인이 보유하고 있는 정보의 증빙을 카운티에 제공해야 합니다.
- 규정에 따라 변경 사항을 신고해야 합니다. 무엇을, 언제, 어떻게 신고해야 하는지에 관한 정보는 카운티에서 제공됩니다. 본인 가구의 신고 요건을 충족하지 않을 경우 케이스가 종결되거나 CalFresh 수당이 감액 내지 지급 중지될 수 있습니다.
- 본인의 케이스에 필요하다고 카운티에서 알리는 경우 반드시 일자리를 찾거나, 얻거나 유지하거나, 또는 다른 활동에 참여해야 합니다.
- 본인의 케이스가 검토 또는 조사 대상으로 선정되는 경우 카운티, 주 또는 연방 담당자에게 전적으로 협조하여 본인의 적격성과 수당 수준이 맞게 산정되었는지 확인합니다. 이러한 검토 작업에 협조하지 않을 경우 수당 혜택을 상실하게 됩니다.
- 수령 자격이 없는 상태에서 수령했던 일체의 CalFresh 수당은 상환해야 합니다.

### 귀하의 권리는 다음과 같습니다:

- 본인의 이름, 주소, 서명만 기재해 CalFresh에 신청서 양식을 제출합니다.
- 통역사가 필요한 경우 주 정부에서 무료로 통역사를 제공합니다.
- 카운티 프로그램의 시행에 직접 관련된 경우가 아니면 카운티에 제출한 정보는 기밀이 유지됩니다.
- 카운티가 적격성 여부를 결정하기 전에는 언제든지 신청을 철회할 수 있습니다.
- 신청서를 작성할 때나 규정에 대한 설명이 필요할 때 도움을 요청할 수 있습니다.
- 필요한 증빙을 얻을 때 도움을 요청할 수 있습니다.
- 친절하고 배려하며 존중하는 태도로 대우받고, 차별받지 않습니다.
- 신속 서비스 자격을 충족하는 경우 CalFresh로부터 3일 이내에 수당을 받게 됩니다.
- 신청하면 합리적으로 타당한 시간 내에 카운티 인터뷰에 응하고, 30일 이내에 적격성 여부가 결정됩니다.
- 적격성 결정에 필요한 증빙을 카운티에 제출할 때까지 최소 10일의 여유 기간을 갖습니다.
- 카운티가 CalFresh 수당을 감액 또는 지급 중단하는 경우 최소 10일 전에 사전 서면 통지를 받습니다.
- 귀하가 요청하는 경우 귀하의 케이스를 카운티와 논의하고 검토할 수 있습니다.
- 본인의 CalFresh 케이스에 관해 카운티 결정에 이견이 있는 경우 90일 이내에 주 정부 공청회를 요청할 수 있습니다. 본인의 CalFresh 케이스에 대한 조치가 실행되기 전에 공청회를 요청하는 경우, 공청회가 열릴 때까지와 인증 기간 종료일, 둘 중 빠른 날까지 귀하의 CalFresh 수당은 동일하게 유지됩니다. 수당이 과다 지급되어 상환해야 하는 경우를 방지하기 위해 공청회 이후까지 수당 조정을 카운티에 요청할 수 있습니다. 행정법 판사가 본인에게 유리하게 판결하는 경우, 카운티는 감액되었던 일체 수당을 귀하에게 돌려줍니다.
- 본인의 공청회 권리에 관해 문의하거나 법률 지원 소개에 관해 문의하려면 수신자 부담 전화 1-800-952-5253번, 또는 TDD를 사용하는 청각 또는 언어 장애인의 경우 1-800-952-8349번으로 전화하십시오. 가까운 법률 지원 또는 복지 권리 사무소에서 무료로 법률 지원을 받을 수 있습니다.
- 혼자 가는 것이 내키지 않으시면 공청회에 친구 또는 다른 사람을 동반하고 갈 수 있습니다.
- 카운티의 도움을 받아 유권자 등록을 할 수 있습니다.
- 신고 의무에 해당되지 않는 변경 사항이라도, 본인의 CalFresh 수당이 증액될 수 있는 경우 신고할 수 있습니다.
- 본인 가구의 비용 지출 증빙을 제출해 더 높은 액수의 CalFresh 수당을 받을 수 있습니다. 카운티에 증빙을 제출하지 않는 것은 그 비용을 지출하지 않는다고 얘기하는 것과 같으며 따라서 CalFresh 수당을 더 올릴 수 없습니다.
- 본인 가구에 지급되는 본인의 CalFresh 수당을 다른 사람에게 양도하고자 하는 경우, 또는 본인의 CalFresh 케이스에 도움이 필요한 경우(지정 대리인) 카운티에 알려 주십시오.

**본인 기록을 받아 잘 보관하도록 하십시오.**

## 프로그램 규칙 및 처벌

본인이 수령 자격을 충족하지 않는 CalFresh 수당을 받기 위해, 또는 수령 자격을 충족하지 않는 누군가 다른 사람이 혜택을 받을 수 있게 도와 주려고 잘못된 정보나 틀린 정보를 제공하는 경우, 또는 의도적으로 정보를 누락시키는 경우 이는 범죄 행위에 해당됩니다. 본인이 수령 자격을 충족하지 않은 상태에서 받았던 수당은 반드시 모두 상환해야 합니다.

본인은 본인이...	다음과 같은 처벌을 받을 수 있다는 사실을 이해합니다:
<b>다음 행위 중 어느 하나라도 저질러 의도적으로 프로그램 규정을 위반한 경우:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>정보를 숨기거나 틀린 내용을 진술하는 행위</li> <li>다른 사람의 전자 수당 이체(EBT) 카드를 사용하거나 다른 사람이 내 카드를 사용하게 하는 행위</li> <li>CalFresh 수당을 알코올 또는 담배류를 구입하는 데 사용하는 행위</li> <li>CalFresh 수당 또는 EBT 카드를 교환, 판매 또는 무상으로 양도하는 행위</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>첫 위반 시 12개월간 CalFresh 수당을 지급 정지당하며, 본인에게 과지급된 모든 CalFresh 수당액을 상환</li> <li>두 번째 위반 시 24개월간 CalFresh 수당을 지급 정지당하며, 본인에게 과지급된 모든 CalFresh 수당액을 상환</li> <li>세 번째 위반 시 영구적으로 CalFresh 수당을 지급 정지당하며, 본인에게 과지급된 모든 CalFresh 수당액을 상환</li> <li>최대 \$250,000의 벌금형, 또는 최대 20년간의 징역형, 또는 양쪽 모두 부과</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>마약과 같은 규제 약물과 CalFresh 수당을 교환</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>첫 번째 위반 시 24개월간 CalFresh 수당 지급 정지</li> <li>두 번째 위반 시 영구적으로 CalFresh 수당 지급 정지</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>CalFresh 수당을 추가로 받을 수 있도록 본인의 신분 및 거주지 정보를 틀리게 기재하는 행위</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>각 위반 행위에 대해 10년간 CalFresh 수당 지급 정지</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>금액이 \$500를 초과하는 CalFresh 수당의 교환 또는 매매, 또는 CalFresh 수당의 무기류, 탄약류 또는 폭약류와의 교환으로 유죄 판결을 받은 경우</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>영구적으로 CalFresh 수당 지급 정지</li> </ul>

## 비시민권자를 위한 중요한 정보

- 가족 구성원 중에 자격을 충족하지 않는 사람이 있다 하더라도, 자격을 충족하는 구성원에 대해 CalFresh 수당 혜택을 신청해 받을 수 있습니다. 예를 들어, 이민자 부모가 자격을 충족하지 않는다 하더라도, 자신들의 미국 시민이거나 자격을 갖춘 이민자 자녀를 위해 CalFresh 수당을 신청할 수 있습니다.
- 식품 수당을 받는다고 해서 그것이 가족의 이민자 신분에 영향을 미치지 않습니다. 이민 관련 정보는 개인 정보이며 기밀로 유지됩니다.
- 혜택 수령 자격을 충족하며 혜택을 신청하는 비시민자는 미국 시민권 & 이민국(USCIS)에 그 신분을 확인하게 됩니다. 연방법에 따르면 USCIS는 사기 사건의 경우를 제외하고 해당 정보를 일체 다른 용도로 사용할 수 없습니다.

## 오프아웃

CalFresh 혜택 수령 신청을 하지 않는 일체의 비시민권자 가족 구성원(들)에 대해서는 이민 관련 정보, SSN(사회보장번호) 또는 관련 서류를 제출할 필요가 없습니다. 귀하 가구의 혜택을 정확하게 결정하기 위해서 카운티는 신청자의 소득 및 재정 정보를 알아야 합니다. 카운티는 CalFresh 혜택 수령 신청을 하지 않는 사람들에게 대해서는 USCIS에 문의하지 않습니다.

## SSN(사회보장번호)의 사용

CalFresh 수당을 신청하는 사람은 SSN이 있는 경우 SSN을 제출해야 하며, 없는 경우 SSN 발급 신청을 했다는 증빙을 제출해야 합니다 (예를 들어 사회보장국에서 수신한 서신). 카운티는 SSN을 제출하지 않는 경우 귀하 또는 귀하 가구 구성원에게 CalFresh 혜택 지급을 거부할 수 있습니다. 가정 폭력 피해자, 범죄 기소 증인, 불법 매매 피해자 등, SSN을 제출하지 않아도 되는 경우도 있습니다.

## 초과 지급

본인이 받아야 하는 것 보다 CalFresh 수당을 더 많이 받은 경우를 말합니다. 카운티가 오류를 범했거나 의도적으로 그렇게 한 것이 아니라 하더라도 상환해야 합니다. 수당은 감액되거나 지급 정지될 수 있습니다. 귀하의 SSN은 법원, 기타 징수 기관, 또는 연방 정부의 징수 조치 등을 통해 상환해야 하는 수당을 징수하는 데 사용될 수 있습니다.

## 신고

CalFresh 수당을 받는 모든 가구는 반드시 특정 변경 사항을 신고해야 합니다. 신고해야 하는 변경 사항, 신고 방법, 신고 기한 등은 카운티에서 알려줍니다. 변경 사항을 신고하지 않을 경우 CalFresh 수당이 감액되거나 지급 정지될 수 있습니다. 또한, 소득이 줄어드는 등, 수당을 증액시킬 수 있는 상황이 발생한 경우에도 신고할 수 있습니다.

**본인 기록을 받아 잘 보관하도록 하십시오.**

---

---

## 주 정부 공청회

귀하에게는 본인의 신청이나 현재 수령하고 있는 혜택과 관련해 취해진 조치에 이의가 있는 경우 주 정부 공청회를 요청할 권리가 있습니다. 카운티 조치 시행일로부터 90일 이내에 주 정부 공청회를 요청할 수 있으며, 반드시 공청회를 원하는 이유를 설명해야 합니다. 카운티로부터 받은 승인 또는 거부 통지서를 보시면 주 정부 공청회를 요청하는 방법에 대한 설명이 나와 있습니다. 조치가 시행되기 전에 공청회를 요청하는 경우, 결정이 내려질 때까지는 계속 동일한 액수의 CalFresh 수당을 받을 수 있습니다.

## 비차별

모든 사람을 평등하게 대우하고 품위 있게 존중한다는 것이 캘리포니아 주 및 카운티의 방침입니다. 연방 법규 및 미국 농무부(USDA) 정책에 따라, 인종, 피부색, 출신 국가, 성별, 나이, 종교, 정치적 신념 또는 장애에 따른 차별은 엄격히 금지하고 있습니다.

차별 민원을 제기하려면, 거주지 카운티의 시민권 전담관(Civil Rights Coordinator)에게 연락하거나, USDA 또는 캘리포니아 사회보장부(CDSS)에 서면 또는 전화로 연락해 주십시오.

USDA, Director  
Office of Civil Rights, Room 326-W  
Whitten Building  
1400 Independence Ave. S.W.  
Washington D.C. 20250-9410  
1-202-720-5964 (음성 및 TDD)

CDSS  
Civil Rights Bureau  
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70  
Sacramento, CA 94244-2430  
1-866-741-6241 (수신자 부담)

USDA는 균등 기회 고용 기관입니다.

## 개인정보 보호법과 공개

귀하는 신청서에 개인 정보를 기재하게 됩니다. 카운티는 귀하의 혜택 수령 적격성 여부를 판단하기 위해 이 정보를 사용합니다. 정보를 제출하지 않을 경우 카운티는 귀하의 신청을 거부할 수 있습니다. 귀하에게는 귀하가 카운티에 제출한 모든 정보를 검토, 변경 또는 수정할 수 있는 권리가 있습니다. 카운티는 귀하가 동의하거나 연방 및 주 법규에서 허용하는 경우를 제외하고 외부인에게 귀하의 정보를 보여 주거나 제공하지 않습니다. 카운티는 소득 & 수입 확인 시스템(IEVS)을 포함해 컴퓨터 매칭 프로그램을 통해 이러한 개인 정보의 진위 여부를 확인합니다. 이러한 정보는 프로그램 규정의 준수 여부를 모니터링하거나 프로그램을 관리하는 데 사용됩니다. 카운티는 이러한 정보를 공식 검토 목적으로 다른 연방 및 주 당국 기관과 공유하거나, 법을 피하기 위해 도주 중인 범인을 체포하기 위한 목적으로 법집행 당국과 공유하거나, 또는 청구액 징수 조치 집행을 위해 사설 청구액 징수 기관과 공유할 수 있습니다. 카운티는 USCIS에 문의해 혜택 수령 신청서를 제출한 가구 구성원의 이민자 신분을 확인할 수 있습니다. 카운티가 이러한 기관으로부터 얻는 정보는 귀하의 적격성 여부 및 수당 액수에 영향을 미칠 수 있습니다.

## 케이스 파일 검토

귀하의 케이스는 적격성이 올바르게 판단되었는지를 확인하기 위한 추가 검토 대상으로 선정될 수 있습니다. 귀하의 품질 관리 검토를 포함해, 일체의 조사 또는 검토에 있어서 카운티, 주 정부 또는 연방 정부 담당자들에 전적으로 협조해야 합니다. 이러한 검토 작업에 협조하지 않을 경우 수당 혜택을 상실하게 될 수 있습니다.

## CalFresh 근로 규정

카운티는 귀하를 근로 프로그램에 배정할 수 있습니다. 자발적 참여인지 의무적 이행인지 여부를 알려드립니다. 의무적 근로 활동 사항인데 하지 않는 경우 수령은 수당이 감액되거나 지급 정지될 수 있습니다.

최근에 직장을 그만 둔 경우 CalFresh 수혜 자격이 없을 수 있습니다.

## EBT 사용

귀하 본인, 다른 가구 구성원 또는 귀하의 지정 대리인이 EBT 카드나 PIN 분실 또는 도난을 신고하기 전에 귀하의 계좌로부터 빠져나간 모든 금액은 재지급되지 **않습니다**.

귀하 본인, 가구 구성원, 귀하의 지정 대리인, 또는 귀하가 자발적으로 귀하의 EBT 카드와 PIN을 제공한 사람이 귀하의 EBT 카드를 사용하는 경우, 이는 귀하의 동의에 따른 것으로 간주되며 귀하의 계좌에서 빠져나간 수당은 재지급되지 **않습니다**.

귀하가 귀하의 수당을 사용하기를 원치 않는 사람이 귀하의 PIN을 알고 있는데 그 사실을 신고하지 않고 귀하의 PIN을 변경하지 않는 경우, 사용된 일체 수당은 재지급되지 **않습니다**.

**본인 기록을 받아 잘 보관하도록 하십시오.**

---

---

## 참고

읽기 쉽고 복사가 잘 나오도록 검정색이나 파란색 잉크를 사용하십시오. 답은 정자체로 기재하십시오.  
 질문(들)에 대한 답을 적는 데 공간이 모자라는 경우 10페이지 “추가 기재 공간” 섹션을 사용하고, 추가 정보 제공에 필요한 경우 추가 종이를 첨부해 적어 주십시오. 추가 기재 공간이나 추가로 첨부한 종이에 어떤 질문에 대한 답인지 반드시 표시해 주십시오.

**1. 신청인 정보**

이름(이름, 가운데 이름, 성)	다른 이름(결혼 전 성, 별명 등)	사회보장번호(SSN)(번호가 있고 혜택 신청을 하는 경우)		
집 주소 또는 집으로 가는 길 안내	시	주	우편번호	
우편 주소(위 주소와 다른 경우)	시	주	우편번호	
집 전화	이메일 주소			
직장/다른 전화/메시지 전화	본인은 본인 케이스에 대한 메시지를 이메일로 받기를 원합니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			

귀하는 집이 없습니까?  예  아니오    답이 **예**인 경우, 본인이 집이 없다는 사실을 카운티에 즉시 알려 주시면, 신청서를 접수하는 데 사용하고 귀하 케이스와 관련해 카운티가 보내는 통지서를 수령할 수 있는 주소를 찾도록 도와 드릴 수 있습니다.

(영어가 아닌 경우) 어느 언어로 읽기를 원합니까? \_\_\_\_\_  
 (영어가 아닌 경우) 어느 언어로 말하기를 원합니까? \_\_\_\_\_

카운티에서 통역사를 무료로 제공합니다. 청각 장애인이거나 청력에 문제가 있는 경우 여기에 체크 표시하십시오.

귀하는 장애가 있어 신청하는 데 도움이 필요합니까?  예  아니오

Medi-Cal을 신청하는 데 관심이 있습니까? 답이 **예**인 경우, 카운티는 귀하의 답변 내용을 바탕으로 Medi-Cal을 받을 수 있는지 알아 봅니다.  예  아니오

가구의 월 총소득이 \$150 미만이고 보유 현금이나 수표계좌 및 보통예금 잔고가 \$100 미만입니까?  예  아니오

가구의 월 총소득과 보유 현금 또는 수표계좌 및 보통예금 잔고를 합친 금액이 집세/모기지 및 유틸리티 등을 합친 금액보다 적습니까?  예  아니오

귀하의 가구는 유동 자산이 \$100를 초과하지 않는 이주형/계절형 농장노동자 가구이고, 귀하의 소득이 끊겼거나 앞으로 10일 간 예상 수입이 \$25 이하입니까?  예  아니오

본인은 위증(사실과 다른 내용을 기재하는 것) 시 처벌 받는다는 조건 하에 본 신청서에 서명함으로써 다음과 같은 사항을 이해합니다:

- 본인은 본 신청서 내용과 본 신청서에 들어 있는 질문에 대한 본인의 답변 내용을 직접 읽었거나 다른 사람이 읽어 주는 것을 들었습니다.
- 질문에 대한 본인의 답은 본인이 아는 범위 내에서 진실이며 완전한 사실입니다.
- 본인의 신청 절차를 위해 본인이 제공할 수 있는 모든 답변은 본인이 아는 범위 내에서 진실이며 완전한 사실입니다.
- 본인은 CalFresh 프로그램에 관한 권리와 책임(프로그램 규정 1페이지)을 직접 읽었거나 다른 사람이 읽어 주는 것을 들었고 그 내용을 이해하고 그에 동의합니다.
- 본인은 CalFresh 프로그램 규정 및 처벌(프로그램 규정 2-3페이지)를 직접 읽었거나 다른 사람이 읽어 주는 것을 들었습니다.
- 본인은 CalFresh 수혜 자격을 충족하기 위해 잘못된 또는 오해의 소지가 있는 진술을 하거나, 사실을 허위로 얘기하거나, 감추거나 제공하지 않는 행위는 사기에 해당된다는 사실을 이해합니다. 사기를 저지를 경우 형사 기소될 수 있고/또는 일정 기간 동안(또는 평생) CalFresh 수당 수령을 금지당할 수 있다는 사실을 이해합니다.
- 본인은 혜택을 신청하는 가구 구성원들의 사회보장번호(SSN) 또는 이민자 신분 정보가 연방법에 정해진 바에 따라 적절한 정부 기관과 공유될 수 있다는 사실을 이해합니다.

신청인(또는 성인 가구 구성원/지정 대리인*보호자)의 서명	날짜
----------------------------------	----

**\*지정 대리인이 있는 경우 다음 페이지 2번 질문에 답해 주십시오.**

## 2. 가구의 지정 대리인

귀하는 귀하 가구가 CalFresh 수당을 받는 데 도움을 받을 수 있도록 18세 이상의 개인을 대리인으로 지정할 수 있습니다. 이 사람은 또 인터뷰에 참석해 귀하 입장을 대변하고, 양식 작성을 돕고, 쇼핑을 대신해주며, 변경 사항을 대신 신고할 수 있습니다. 귀하는 이 사람이 카운티에 제출한 정보 때문에 실수로 받게 되는 수당은 상환해야 하며, 귀하가 원치 않았지만 이 사람이 지출한 수당은 일체 대체되지 않습니다. 귀하가 지정 대리인인 경우, 본인 자신과 신청인의 신분 증빙을 카운티에 제시해야 합니다.

귀하의 CalFresh 케이스를 도와 줄 수 있는 사람을 지정하기를 원합니까?  예  아니오

예인 경우 다음 섹션을 작성해 주십시오:

지정 대리인 이름:	지정 대리인 전화번호:
------------	--------------

귀하의 가구를 대신해 CalFresh 수당을 받고 지출할 사람을 지정하기를 원합니까?  예  아니오

예인 경우 다음 섹션을 작성해 주십시오:

이름:	전화번호:
-----	-------

주소:	시	주	우편번호
-----	---	---	------

## 3. 인종/민족 배경

인종 및 민족 배경 정보는 선택 사항입니다. 이 정보는 인종, 피부색 또는 출신 국가에 관계 없이 수당이 지급되도록 하기 위해 요청하는 것입니다. 귀하의 답변 내용은 귀하의 적격성 또는 수당 금액에 영향을 미치지 않습니다. 본인에게 해당되는 것은 모두 체크 표시하십시오. 법에 따라 카운티는 의무적으로 귀하의 소속 민족 그룹과 인종을 기록해야 합니다.

카운티에 본인의 인종 및 민족 배경 정보를 제공하기를 원치 않는 경우 이 상자에 체크 표시하십시오. 귀하가 입력하지 않으면 카운티에서 시민권 통계 목적에 한해 이 정보를 대신 입력합니다.

인종 배경	귀하는 히스패닉 또는 라틴계입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	히스패닉 또는 라틴계 출신인 경우, 스스로를 다음 중 어디 사람이라고 생각합니까?
		<input type="checkbox"/> 멕시코인 <input type="checkbox"/> 푸에르토리코인 <input type="checkbox"/> 쿠바인 <input type="checkbox"/> 기타 _____

## 인종/출신 민족

백인  미국 원주민(인디언) 또는 알래스카 원주민  흑인 또는 아프리카계 미국인  기타 또는 혼혈 \_\_\_\_\_

아시아인(체크 표시하는 경우 아래에서 하나 이상을 선택해 주십시오):

필리핀인  중국인  일본인  캄보디아인  한국인  베트남인  아시아계 인디언  라오스인

그 외 아시아인(구체적으로) \_\_\_\_\_

하와이 원주민 또는 그 외 태평양 섬사람(체크 표시하는 경우 아래에서 하나 이상을 선택해 주십시오):  하와이 원주민

괌인 또는 차모르인  사모아인

## 4. 인터뷰 선택 사항

귀하 또는 귀하 가구의 성인이 귀하의 신청과 관련해 카운티와 상의하고 CalFresh 수당을 받기 위해 인터뷰에 참석해야 합니다. CalFresh 인터뷰는 본인 이 직접 카운티에 신청서를 제출할 때 인터뷰를 할 수 있거나 직접 인터뷰를 원하는 경우가 아니면 대개 전화로 진행됩니다. 직접 방문 인터뷰는 카운티 정상 업무 시간 중에만 실시됩니다.

직접 방문해 인터뷰에 응하기를 원하는 경우 이 상자에 체크 표시해 주십시오.

장애로 인해 다른 편의 조치가 필요한 경우 이 상자에 체크 표시해 주십시오.

아래에서 원하는 인터뷰 날 및 시간에 해당되는 상자에 체크 표시해 주십시오:

날:  오늘  다음 가능일  아무 날이나  월요일  화요일  수요일  목요일  금요일

시간:  아침 일찍  오전 중반  오후  늦은 오후  아무 때나

## 5. 기타 프로그램

귀하 가구 구성원 중 공공 지원(불우 가족을 위한 임시 지원[Temporary Assistance for Needy Families], Medicaid[저소득층 의료보장 제도], 영양 보충 지원 프로그램[CalFresh], 일반 지원/일반 구제[General Assistance(GA)/General Relief(GR)] 등)을 받은 사람이 있습니까?  예  아니오

예인 경우, 누구입니까?	어디서(카운티/주)?
예인 경우, 누구입니까?	어디서(카운티/주)?



**6a. 가구 정보**

본인을 포함해, 귀하 가정 내에서 귀하와 함께 식료품을 구입하고 음식을 준비하는 모든 구성원에 대해 아래 정보를 기재해 주십시오. **비시민권자에 대해 신청은 경우 6b와 6c 질문에 대한 답도 기재해 주십시오. 그렇지 않은 경우 6d로 건너뛰십시오.**

사회보장번호(SSN)은 수당 혜택을 신청하지 않는 구성원의 경우 선택 사항입니다. 혜택을 신청하는 각 구성원에 대해서는 반드시 아래 질문에 답해야 합니다.

수당 신청합니다 (✓에 또는 아니오 체크 표시)	이름 (성, 이름, 가운데 이름 이니셜)	이 사람은 귀하와 어떤 관계입니까?	생년월일	성별 (남 또는 여)	미국 시민 또는 국적자 (✓에 또는 아니오 체크 표시) 아니오인 경우 아래 6b번 질문에 답해 주십시오.	사회보장번호(SSN)
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		<b>본인</b>			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오					<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오					<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오					<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오					<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	

귀하와 함께 거주하고 있지만 귀하와 함께 식료품을 구입하고 음식을 준비하지 않는 사람의 이름을 적어 주십시오:

이름	이름
이름	이름

**6b. 비시민권자 정보 - 6a 질문에 열거된 사람 중 미국 시민이 아니면서 지원 혜택을 신청하는 사람의 이름을 적어 주십시오.**

이름	미국 입국 날짜 (아는 경우)	아래 중 하나를 적어 주십시오 (아는 경우): 여권 번호, 외국인 등록 번호 등	스폰서가 있습니까? (✓에 또는 아니오에 체크 표시) 예인 경우 아래 6c번 질문에 답해 주십시오:
		서류 종류: _____ 서류 번호: _____	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
		서류 종류: _____ 서류 번호: _____	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
		서류 종류: _____ 서류 번호: _____	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

위에 기재된 개인 중 최소 10년(40개 분기) 간 미국 내 근로 기록 또는 군 복무 기록을 보유하고 있는 사람이 있습니까?  예  아니오

**예인** 경우, 누구입니까? \_\_\_\_\_

위에 기재된 개인 중 T-비자 또는 U-비자 VAWA 청원을 보유하고 있거나, 신청했거나, 신청 예정인 사람이 있습니까?  예  아니오

**예인** 경우, 누구입니까? \_\_\_\_\_

**6c. 스폰서가 있는 비시민권자 정보 - 6b 질문에 열거된 사람 중 스폰서가 있는 미국 비시민권자면서 지원 혜택을 신청하는 사람의 이름을 적어 주십시오.**

스폰서가 I-864에 서명했습니까?  예  아니오 **예인** 경우 나머지 질문에 답해 주십시오. 스폰서가 I-134에 서명한 경우 이 질문은 건너뛰십시오.

스폰서가 정기적으로 자금 지원을 해 주고 있습니까?  예  아니오 **예인** 경우, 금액은 얼마입니까? \$ \_\_\_\_\_

스폰서가 다음 중 정기적으로 도움을 주고 있는 항목이 있습니까(해당 항목 모두 체크 표시)?

집세  의류  식품  기타 \_\_\_\_\_

스폰서의 이름	스폰서 대상자는 누구입니까?	스폰서의 전화번호
스폰서의 이름	스폰서 대상자는 누구입니까?	스폰서의 전화번호

**6d. 학생**

해택 신청자 중에 대학이나 직업 학교에 다니고 있는 사람이 있습니까?  예  아니오 **예인** 경우, 이 질문에 답해 주십시오.  
**아니오인** 경우 다음 질문으로 건너뛰십시오.

해당 개인 이름	학교/교육명	등록 신분 (✓ 하나에 체크 표시)	일을 하고 있습니까?
		<input type="checkbox"/> 하프타임 이상 <input type="checkbox"/> 하프타임 미만 단위 수: _____	주당 평균 근무 시간: _____
		<input type="checkbox"/> 하프타임 이상 <input type="checkbox"/> 하프타임 미만 단위 수: _____	주당 평균 근무 시간: _____

**6e. 현재 귀하 가정에 위탁 아동이 살고 있습니까?**  예  아니오 **예인** 경우, 누구입니까? \_\_\_\_\_

해당 아동(들)에 대해 다음 질문에 답해 주십시오:

이 아동(들)이 법원의 부양(디펜던시) 명령에 따라 귀하 가정으로 보내졌습니까?  Yes  No

귀하는 위탁 양육 아동(들)이 귀하의 CalFresh 케이스에 포함되기를 원하십니까?  Yes  No

**예인** 경우, 귀하가 수령하는 위탁 양육 소득은 불로 소득으로 간주됩니다.  
**아니오인** 경우, 귀하의 위탁 양육 소득은 불로 소득으로 간주되지 않습니다.

**7. 불로 소득**

귀하와 함께 식품을 구입하고 음식을 준비하는 사람 중에 근로에서 발생하지 않는 소득(불로 소득)이 있는 사람이 있습니까?  예  아니오  
**예인** 경우 이 질문에 답해 주십시오. **아니오인** 경우 다음 질문으로 건너뛰십시오.

아래 예에서 해당되는 형태의 불로 소득에 모두 체크 표시하십시오(여기에 열거된 것 외에 다른 형태도 있을 수 있습니다):

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 사회보장                     | <input type="checkbox"/> 재향 군인 수당 또는 군인 연금    | <input type="checkbox"/> 복권/도박에서 딴 돈    |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP                  | <input type="checkbox"/> 재정 지원(학교 지원금/용자/장학금) | <input type="checkbox"/> 집세/식품/의류비 도움   |
| <input type="checkbox"/> 현금 보조금                   | <input type="checkbox"/> 현금 선물                | <input type="checkbox"/> 보험금 또는 법적 합의금  |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI | <input type="checkbox"/> 실업 보험/SDI(주정부 장애 보험) | <input type="checkbox"/> 개인 장애 또는 퇴직 수당 |
| <input type="checkbox"/> 숙박(임차인으로부터)              | <input type="checkbox"/> 산재 보상금               | <input type="checkbox"/> 파업 수당          |
| <input type="checkbox"/> 연금                       |   | <input type="checkbox"/> 기타 _____       |
| <input type="checkbox"/> 자녀/배우자 부양비               |   |   |
| <input type="checkbox"/> 정부/철도 장애 또는 퇴직 수당        |   |   |

돈을 받는 사람은 누구입니까?	어디서 받습니까?	얼마나 됩니까?	얼마나 자주 받습니까? (1회, 매주, 매월 또는 기타)	계속 받을 것으로 예상하십니까? (✓ 예 또는 아니오 에 체크 표시)
		\$		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
		\$		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
		\$		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
		\$		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

이 소득이 계속될 것으로 예상되지 않는 경우 이유를 설명해 주십시오:

**8. 근로 소득**

귀하와 함께 식품을 구입하고 음식을 준비하는 사람 중에 직장 소득(근로 소득)이 있는 사람이 있습니까?  예  아니오

**예인 경우** 이 질문에 대해 주십시오. **아니오인 경우** 9번 질문으로 건너뛰십시오.

**참고:** 자영업자인 경우 8a를 기재해 주십시오.

세금 및 기타 항목 공제가 적용되기 **이전** 전체 소득(총소득)을 적어 주십시오.

근로 소득의 예는 다음과 같습니다(이 예는 풀타임, 임시 계절형 근로 또는 교육훈련이 될 수 있으며, 여기에 기재되지 않은 형태도 있을 수 있습니다):

- 임금
- 커미션
- 팁
- 급여
- 실무 학습(학생)

근로 당사자	고용주 이름 및 주소	고용주 전화번호	시간당 급료	주당 평균 근무 시간	얼마나 자주 받습니까? (주 1회, 매월 또는 기타)	이번 달에 받은 총 근로 소득은?	계속 받을 것으로 예상하십니까? (✓에 또는 아니오에 체크 표시)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			\$			\$	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			\$			\$	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			\$			\$	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

이 소득이 계속될 것으로 예상되지 않는 경우 이유를 설명해 주십시오:

지난 60일 사이에 실직했거나, 직장을 옮겼거나, 그만두었거나, 근무 시간이 줄어든 사람이 있습니까?  예  아니오

<b>예인 경우, 누구입니까?</b>	실직 또는 그만 두었거나 옮긴 날짜	마지막 임금 수령일
----------------------	---------------------	------------

이유?

파업 중인 사람이 있습니까?  예  아니오

<b>예인 경우, 누구입니까?</b>	파업 시작한 날짜	마지막 임금 수령일
----------------------	-----------	------------

이유?

**8a. 자영업**

자영업에 종사하는 가구 구성원의 경우 실제 자영업 지출 비용(사업비)을 공제하거나 자영업 소득의 표준 40%를 공제할 수 있습니다. 실제 사업비를 선택하는 경우 해당 지출에 대한 증빙을 카운티에 제출해야 합니다.

자영업 당사자	사업 개시일	사업 유형 및 명칭	총 월 소득	자영업 사업비 (하나에 ✓ 체크 표시)
			\$	<input type="checkbox"/> 40% 고정 비율 <input type="checkbox"/> 실제 사업비 \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% 고정 비율 <input type="checkbox"/> 실제 사업비 \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% 고정 비율 <input type="checkbox"/> 실제 사업비 \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% 고정 비율 <input type="checkbox"/> 실제 사업비 \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% 고정 비율 <input type="checkbox"/> 실제 사업비 \$ _____

**9. 가구의 자녀/성인 돌봄 비용**

귀하나 귀하와 함께 식품을 구입하고 음식을 준비하는 사람 중에, 귀하나 다른 사람이 출근, 등교 또는  
 구직 활동을 할 수 있도록 자녀, 장애 성인 또는 기타 피부양자를 돌보는 비용을 지불하는 사람이 있습니까?  예  아니오  
**예인 경우** 이 질문에 대해 주십시오. **아니오인 경우** 다음 질문으로 건너뛰십시오.

돌봄을 받는 사람은?	돌봐 주는 사람은? (돌봐 주는 사람의 이름과 주소)	지급 금액은?	얼마나 자주 지급합니까? (매주/매월, 기타)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

귀하 가구가 위에 적힌 자녀/성인 돌봄 비용을 내는 데 전액 또는 부분적으로 도와 주는 사람이 있습니까?  예  아니오  
**예인 경우** 아래에 답해 주십시오:

돌봄을 받는 사람은?	누가 도와 줍니까?	지급 금액은?	얼마나 자주 지급합니까? (매주/매월, 기타)
		\$	
		\$	

**10. 자녀 양육비 지급**

귀하 또는 귀하와 함께 식품을 구입하고 음식을 준비하는 사람 중에 체납 자녀 양육비를 포함해 자녀 양육비를 지급해야 하는 법적 의무가  
 있는 사람이 있습니까?  예  아니오 **예인 경우** 이 질문에 대해 주십시오. **아니오인 경우** 다음 질문으로 건너뛰십시오.

자녀 양육비를 지급하는 사람은 누구입니까?	지급 자녀 양육비의 대상 자녀(들)의 이름	지급 금액은?	얼마나 자주 지급합니까 (매주/매월, 기타)
		\$	
		\$	

**11. 가계 비용**

귀하 또는 귀하와 함께 식품을 구입하고 음식을 준비하는 사람 중에 가계 비용을 책임지고 있는 사람이 있습니까?  예  아니오 **예인 경우**, 이 질  
 문에 대해 주십시오. **아니오인 경우** 다음 질문으로 건너뛰십시오.

**참고:** 주택도시개발부(HUD) 또는 제 8조와 같이 주택 지원을 통해 지급되는 금액은 기재하지 마십시오. 난방, 냉방, 전화, 기타 유틸리티 및 노숙자 보  
 호 시설 등은 정해진 수당이며 실제 지급 금액은 기재할 필요가 없습니다.

비용 유형	비용이 있습니까?	누가 냅니까?	지급 금액	얼마나 자주 청구합니까? (매주/매월)
집세 또는 주택 대금	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		\$	
재산세 및 보험료(집세 또는 모기지와 별도로 청구되는 경우)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		\$	
장작 또는 프로판 가스 등, 난방이나 냉방 용도로 사용되는 가 스, 전기 또는 기타 연료비(집세 또는 모기지와 별도 청구되는 경우)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
전화/휴대 전화	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
노숙자 보호 시설 비용	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
상수도, 하수도, 쓰레기	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
귀하 가구 구성원이 아닌 사람으로 위에 열거된 비용 지출에 도움을 주고 있는 사람이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <b>예인 경우</b> 적어 주십시오.		누가 도와 줍니까?	얼마나 됩니까? \$	얼마나 자주 지급합니까?

귀하 가구는 저소득 가정 에너지 지원 프로그램(LIHEAP)으로부터 지원금을 받고 있거나 받을 것으로 예상하고 있습니까?  예  아니오

**12. 의료비 지출:**

귀하 또는 식료품을 함께 구입하고 음식을 함께 준비하는 사람 중에 본인 부담 의료비 지출이 있는 노령자(60세 이상) 또는 장애인이 있습니까?

예  아니오 예인 경우, 이 질문에 대해 주십시오. **아니오** 인 경우 다음 질문으로 건너뛰십시오.

**참고:** SSI 또는 장애 및 맹인 수령자를 위한 피부양자 지급금을 받는 배우자 또는 자녀는 기재하지 마십시오. 가까운 장래에 발생할 것으로 예상되는 비용을 기재하십시오.

허용되는 의료비는:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 의료 또는 치과 치료     | <input type="checkbox"/> 메디케어 보험료(Medi-Cal 부담분 등)        | <input type="checkbox"/> 의료 치료 또는 서비스를 이용하기 위해 필요한 교통비(이동 거리 또는 요금) 및 숙박 비용 |
| <input type="checkbox"/> 입원/외래 환자 치료/요양원 | <input type="checkbox"/> 의치, 보청기 및 보철                    | <input type="checkbox"/> 처방 안경 및 콘택트 렌즈                                     |
| <input type="checkbox"/> 처방 약품           | <input type="checkbox"/> 고령, 질병 또는 병약함에 따라 필요한 간병인 유지 비용 | <input type="checkbox"/> 처방 의약품 및 장비  |
| <input type="checkbox"/> 건강 및 입원 보험 보험료  | <input type="checkbox"/> 간병인에게 제공하는 식사 횟수 및 비용           | <input type="checkbox"/> 서비스 동물 비용 (사료, 동물 병원 이용 비용 등)                      |
|  | <input type="checkbox"/> 처방된 비처방 약품                      |   |

해당 노령자/장애인 이름	비용 금액	얼마나 자주 지급합니까? (매월, 매주, 기타)	어떤 종류의 비용입니까? (처방, 의치, 간병인 식사 횟수 등)	가구는 의료비 지출에 대해 환급 받는 부분이 있습니까? (Medi-Cal, 보험, 가족 구성원 등에 의해)
	\$			예인 경우, 누가: 금액: \$
	\$			예인 경우, 누가: 금액: \$
	\$			예인 경우, 누가: 금액: \$
	\$			예인 경우, 누가: 금액: \$

**13. 다음 중 한 곳에서 식료품을 받는 사람이 있습니까?**  예  아니오 예인 경우, 이 질문에 대해 주십시오.

**아니오**인 경우 다음 질문으로 건너뛰십시오.

- 고령자/장애인을 위한 공동 식사 시설
- 미국 원주민 보호 구역이 운영하는 식품 배급 프로그램
- 기타 식품 프로그램

예인 경우, 누구입니까?	어디서?
예인 경우, 누구입니까?	어디서?

**14. 다음 시설 중 한 곳에 거주하고 있는 사람이 있습니까?**  예  아니오 예인 경우, 이 질문에 대해 주십시오. **아니오**인 경우 다음 질문으로 건너뛰십시오.

- 노숙자 보호 시설
- 맹인/장애인을 위한 그룹 거주 시설
- 가정 폭력 피해 여성 보호 시설
- 연방 보조금 지원 주택
- 미국 원주민 보호 구역
- 정신 병원/정신 질환 보호 시설
- 약물/알코올 사회 복귀 치료 센터
- 병원
- 교정 시설/형무소(유치장 또는 교도소)
- 장기 요양/숙박 및 돌봄 시설

해당 개인 이름	기관 이름 (센터, 보호 시설, 시설 등)	퇴원 예상일 (해당되는 경우)

**15. 귀하와 함께 거주하는 사람 중 60세 이상이고 장애 때문에 혼자서 식료를 구입하고 식사를 준비할 수 없는 사람이 있습니까?**  예  아니오

예인 경우, 누구입니까?

**16. 가구의 자원**

귀하 또는 귀하와 함께 식품을 구입하고 음식을 준비하는 사람 중 일체의 자원을 보유한 사람이 있습니까(현금, 은행 잔고, CD, 주식 및 채권 등)?  예  아니오 예인 경우, 이 질문에 대해 주십시오. **아니오**인 경우 다음 질문으로 건너뛰십시오.

아래에서 각 해당 자원에 체크 표시하십시오:

- |  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 은행/신용 조합 계좌(수표계좌) | <input type="checkbox"/> MMA(Money Market Account) | <input type="checkbox"/> 주식        |
| <input type="checkbox"/> 은행/신용 조합 계좌(보통예금) | <input type="checkbox"/> 뮤추얼 펀드                    | <input type="checkbox"/> 채권        |
| <input type="checkbox"/> 안전 금고 박스          | <input type="checkbox"/> CD(예금 증서)                 | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |
| <input type="checkbox"/> 저축 채권(들)          | <input type="checkbox"/> 보유 현금                     |                                    |

다른 사람과 공동 계좌인 경우 아래에 그렇게 명시해 주십시오.

위에 체크 표시한 상자 각각에 대해 아래 정보를 기재해 주십시오.

해당 자원은 누구 명의로 되어 있습니까?	어떤 종류의 자원입니까?	가치는 얼마나 됩니까?	해당 자원은 어디에 있습니까? (돈이 보관되어 있는 은행이나 회사의 이름도 기재)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

귀하 또는 귀하 가구 구성원이 지난 3개월 사이에 자원을 팔았거나, 거래했거나, 증여했거나, 양도한 적이 있습니까?  예  아니오

**17. 이중 혜택**

귀하 또는 귀하 가구 구성원 중 1996년 9월 22일 이후 어떤 주에서든 부정확한 방법으로 이중 SNAP(연방 식료품 지원 프로그램 이름, 캘리포니아 주에서는 CalFresh라는 이름으로 불림) 혜택을 수령한 죄로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까?

예  아니오

예인 경우, 누구입니까? \_\_\_\_\_

**18. 혜택 불법 거래**

귀하 또는 귀하 가구 구성원 중 1996년 9월 22일 이후 \$500 이상 상당의 SNAP 혜택을 불법 거래(EBT 카드를 다른 사람이 사용하도록 하거나 판매하는 행위)한 죄로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까?

예  아니오

예인 경우, 누구입니까? \_\_\_\_\_

**19. 혜택의 마약류 교환**

귀하 또는 귀하 가구 구성원 중 1996년 9월 22일 이후에 SNAP 수당을 마약류와 교환한 죄로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까?

예  아니오

예인 경우, 누구입니까? \_\_\_\_\_

**20. 혜택의 무기류 또는 폭약류 교환**

귀하 또는 귀하 가구 구성원 중 1996년 9월 22일 이후에 SNAP 수당을 총기류, 화약류 또는 폭약류와 교환한 죄로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까?

예  아니오

예인 경우, 누구입니까? \_\_\_\_\_

**21. 도주 중인 중죄인**

귀하 또는 귀하 가구 구성원 중 중범죄 또는 중범죄 미수에 대한 기소, 구금 또는 징역 처벌을 피하기 위해 숨는 중이거나 도주 중인 사람이 있습니까?

예  아니오

예인 경우, 누구입니까? \_\_\_\_\_

**22. 보호 관찰/가석방 위반**

귀하 또는 귀하 가구 구성원 중 보호 관찰 또는 가석방을 위반한 것으로 법원 판결을 받은 사람이 있습니까?

예  아니오

예인 경우, 누구입니까? \_\_\_\_\_

---

## 추가 기재 공간

---

---

추가 기재 공간

---

작성하지 마십시오 – 카운티 전용란

**IF THE ANSWER IS YES TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE**

Is the household's gross income less than \$150 and cash on hand, or in checking and savings accounts \$100 or less?

Yes  No

Is the household's combined gross income and cash on hand or on checking and savings accounts less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance?

Yes  No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding \$100 and does not expect to receive more than \$25 in next 10 days?

Yes  No