



칼프레쉬 혜택 신청서

장애가 있거나 신청서 기입을 위한 도움이 필요하면 카운티 복지과 (카운티)에 연락하시면 지원을 받을 수 있습니다.

한국어로 상의, 작성 또는 기입하기를 원할 경우 카운티에서 무료로 도움을 줄 사람을 지원해줄 것입니다.

신청은 어떻게 합니까?

칼프레쉬 혜택만을 원할 경우, 이 신청서를 사용하십시오. 칼프레쉬는 가정을 위한 식료 품비를 지원하기 위한 식량 지원 프로그램입니다. 칼워스(CalWORKs) 또는 메디칼(Medi-Cal)과 같은 칼프레쉬 이외의 프로그램을 신청하려면 다른 프로그램을 위한 신청서를 문의하십시오. 온라인으로 칼프레쉬 또는 다른 프로그램을 신청은 <http://www.benefitscal.org/> 를 방문하십시오. 웹사이트에서 자격 요건이 되는지 알아보시기 바랍니다. <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm>.

- 가능한 신청서 전체를 작성하십시오. 카운티에게 적어도 이름, 주소 및 서명(1 페이지의 질문 1)를 알려주셔야 신청 절차를 시작할 수 있습니다.
- 신청서를 카운티에게 직접 주시거나, 우편, 팩스 또는 온라인으로 제출하십시오.
- 카운티는 서명한 신청서를 접수한 날부터 귀하에게 혜택을 줄 수 있는지 진행 절차를 시작할 것입니다. 귀하가 기관에 속해 있다면, 기관을 떠난 날부터 시작됩니다.

다음 단계는 어떻게 진행이 되나요?

- 귀하가 신청서에 서명하기 전에 권리 및 의무(프로그램 규정 1 ~ 5 페이지)에 대해 읽어보십시오.
- 대부분의 경우, 전화로 신청서 상의를 할 수 있고, 카운티 사무소 또는 카운티가 지정한 다른 곳에서 인터뷰를 할 수 있습니다. 장애를 가진 사람은 장애인 편의도 제공해드립니다.
- 신청서 기입을 모두 마치지 못할 경우 인터뷰를 마치고 할 수 있습니다.
- 귀하의 수입, 지출내역, 및 증거로 제시 가능한 기타 상황 자료를 제공해야 할 것입니다.

얼마나 걸릴까요?

신청서를 처리하는 데 최대 30일이 걸릴 수 있습니다. 귀하가 다음의 신속 서비스 기준 중 하나를 충족할 경우, 3일 이내에 혜택을 받을 수 있습니다:

- 귀하의 가구의 월 총소득(공제 전 소득)이 \$150 미만이고 현금 또는 수표 및 예금 계좌 잔액이 \$100 이하입니다. 또는
- 귀하의 주거 비용(집세/모기지 및 공과금)이 월 총소득, 현금 또는 수표 및 예금 계좌금의 이상입니다. 또는
- 귀하는 수표 또는 예금 저축에 \$100 미만의 소득을 가진 이민자 또는 계절 농부의 가구입니다. 1) 소득이 중단되었거나 2) 소득을 받을 예정이지만 앞으로 10일 이내에 \$25 이상을 받지 못할 것입니다.

카운티가 3일 이내에 혜택을 받을 수 있는지 알아보기 위해 질문 1번, 6번에서 8번, 11번, 16번 질문에 답하십시오.

신청서와 함께 귀하의 신원을 증명할 수 있는 카운티 증빙 서류를 제공하십시오.

카운티는 귀하 가정에 대한 칼프레쉬 혜택의 승인 또는 거절 여부를 서한으로 보내드릴 것입니다.

대행 회의

대행 회의는 자격 감독자과의 면담을 요청할 권리를 가정에 제공하며(이 회의에는 자격 근로자와 권한 있는 대표가 참석할 수 있음) 가구가 신속 서비스 규정을 충족하는지 여부를 비공식적으로 해결하는 절차입니다.

대행 회의는 요청을 받은 날로부터 2일 이내에 지정되고 단, 가구가 차후에 일정을 요청 또는 회의를 소집하지 않겠다고 말한 경우를 제외하고 절차를 이행합니다.

인터뷰를 하는 데 무엇이 필요합니까?

기다리지 않으려면 다음과 같은 증거를 인터뷰에 지참하십시오. 증거가 없어도 인터뷰 시간을 지키십시오. 카운티는 귀하가 증거를 가져오는 데 도움이 필요하면 도와 드릴 수 있습니다. 인터뷰에서 카운티는 신청서에 기입된 정보를 검토하고 칼프레쉬 혜택을 받을 수 있는지 여부와 혜택의 금액에 대해 물어볼 것입니다.

혜택을 받기 위해 필요한 증명

- 신분증 (운전 면허증, 주 신분증, 여권).
- 거주지 (임대 계약서, 현재 주소가 적힌 청구서).
- 사회 보장 번호(특정 비 시민권자에 대한 아래 주의 사항 참조).
- 귀하의 세대의 모든 사람들을 위한 은행의 돈 (최근 은행 거래 내역서).
- 지난 30일 동안 귀하 가구의 모든 근로자의 근로소득 (최근 급여 명세서, 고용주의 근로 진술서). 참고: 자영업자인 경우 소득 및 지출 또는 세금기록.
- 불로소득 (실업 급여, SSI, 사회 보장, 재향 군인 복지 혜택, 자녀 양육비, 근로자 보상, 학교 보조금 또는 대출, 임대 소득 등).
- 비시민권자 신청 혜택의 경우 합법적인 이민신분 만 가능 (외국인 등록 카드, 비자).
참고: 가정 폭력, 범죄 기소 또는 인신 매매에 따른 이민신분 신청자는 이러한 증거 자료가 필요하지 않을 수 있습니다. 또한 사회 보장 번호도 필요하지 않을 수도 있습니다.

칼프레쉬 혜택을 더 받기 위해 필요한 증명

- 주택 비용(임대 영수증, 담보 청구서, 재산세 청구서, 보험 서류).
- 전화 및 공과금 비용.
- 가정의 모든 사람을 위한 의료비 노인 (60세 이상) 또는 장애인.
- 일하고 있는 사람, 일자리를 찾고자 하는 사람, 교육생이나 재학생, 및 특정 업무 종사자.
- 가족 중 한 사람이 자녀 양육비 지불 증거.

칼프레쉬 혜택을 받고 사용하려면 어떻게 합니까?

- 카운티는 플라스틱 전자 혜택 송금 (EBT) 카드를 제공하거나 우편으로 보낼 것입니다. 신청서가 승인되면 카드에 혜택을 적용하게 됩니다. 카드를 받으면 카드에 서명하십시오. 카드를 사용할 개인 식별 번호 (PIN)를 설정하게 됩니다.
- EBT 카드를 분실, 도난 또는 파기했거나 다른 사람이 PIN 번호를 알고 있다고 생각되면 전화 (877) 328-9677 또는 카운티로 지금 연락을 주십시오. 이러한 문제를 보고하는 방법을 알고 있는 책임 있는 모든 성인과 허가 받은 대리인을 알고 있는지 바로 지금 확인하십시오. 혜택을 받지 않길 원하는 사람이 PIN을 알고 있고 번호를 변경하지 않는다면 사용된 혜택은 대체될 수 없습니다.
- 칼프레쉬 혜택을 사용하여 거의 모든 식료품뿐만 아니라 음식을 재배하기 위한 씨앗과 식물을 구매할 수 있습니다. 귀하는 술, 담배, 애완동물 사료, 조리된 음식 종류 또는 처방, 비누, 종이 타월과 같은 음식이 아닌 것에 사용할 수 없습니다.
- 칼프레쉬 혜택은 대부분의 식료품점 및 식품을 판매하는 곳에서 사용 가능합니다. EBT를 사용할 수 있는 가까운 지점을 보려면 웹사이트 <https://www.ebt.ca.gov> 또는 <https://www.snapfresh.org> 접속하세요.
- 칼프레쉬 혜택은 오직 귀하와 가족만을 위한 것입니다. 혜택을 안전하게 지키십시오. 귀하의 PIN 번호를 알려주지 마십시오. PIN 번호를 EBT 카드와 함께 보관하지 마십시오.

노숙자라면 어떻게 합니까?

귀하가 노숙자일 경우 즉시, 카운티에 알리시기 바랍니다. 그러면 카운티가 신청서를 수령하고 귀하의 사례에 대한 공지를 보낼 수 있는 주소 확인을 도와 드릴 것입니다. 칼프레쉬의 경우, 노숙자란 다음과 같은 의미입니다.

- A. 감독하의 보호소 노숙, 거주 시설 또는 이와 유사한 장소에 머물러 있어야 합니다
- B. 다른 사람 혹은 가족의 집에서 90일 이내에 계속 머물러야 합니다.
- C. 일반적으로 잠자는 장소(예: 복도, 버스 정류장, 로비 또는 이와 유사한 장소) 용으로 지정되지 않은 곳에서의 취침.

정보 페이지 - 귀하의 기록으로 보관하십시오.

권리와 책임

귀하는 다음과 같은 책임이 있습니다:

- 카운티에 귀하의 자격 여부를 확인하기 위한 필요한 모든 정보를 제공하십시오.
- 카운티에게 필요한 경우 증거 정보를 제공하십시오.
- 변경 사항이 있으면 필요에 따라 보고하십시오. 귀하에게 카운티는 무엇을, 언제, 어떻게 보고 할 것인지에 대해 정보를 제공할 것입니다. 귀하의 가구 보고 요구사항을 충족시키지 못하면 귀하의 사건은 종결되거나 칼프레귀 혜택이 감소되거나 중단될 수 있습니다.
- 카운티가 귀하의 사례에 필요한 경우 구직, 취직과 일자리 유지 또는 다른 활동에 참여합니다.
- 귀하의 사례 검토 또는 조사 대상으로 선정되면 수혜 자격과 혜택이 올바르게 결정되었는지 카운티, 주 또는 연방 직원과 완전히 협조합니다. 이러한 검토 과정에 협조하지 않으면 혜택을 받지 못할 수 있습니다.
- 받을 요건이 되지 않은 칼프레귀 혜택은 환불합니다.

귀하는 다음과 같은 권리가 있습니다:

- 귀하의 이름, 주소 및 서명만을 제공하고 칼프레귀 신청서를 제출하십시오.
- 필요하면 무료로 통역관을 제공 받을 수 있습니다.
- 카운티 행정부와 직접적인 연관이 없는 한 카운티 프로그램에 제공된 정보는 기밀로 유지해야 합니다.
- 귀하의 자격 요건을 결정하기 전에 언제든지 신청서를 철회할 수 있습니다.
- 칼프리쉬 신청서 작성과 규정에 대한 설명을 받을 수 있는 도움 요청.
- 필요한 증거를 받을 수 있는 도움 요청.
- 예의, 배려와 정중한 대우를 받을 차별 받지 않을 권리입니다.
- 칼프리쉬의 신속 서비스 자격 요건이 되면 3일 이내에 혜택을 받을 권리입니다.
- 혜택을 신청할 때 카운티로부터 적절한 시간을 할당 받고 합법적으로 인터뷰를 하고 자격 요건을 30일 이내에 결정 받을 권리입니다.
- 자격 요건을 결정하는 데 필요한 증빙 서류를 제출하기 위해 최소한 10일간의 시간 확보의 권리.
- 귀하의 칼프리쉬 혜택을 감소 또는 중지하는 데 최소한 10일 전에 서면 통지를 받을 권리.
- 귀하가 원할 경우 카운티와 귀하의 사례를 상의하고 검토할 권리입니다.
- 카운티와 칼프리쉬 사례에 대해 동의하지 않으면 90일 이내에 주 심의회를 요청하십시오. 칼프리쉬 사례에 대해 결정하기 전에 심의회를 요청하면 칼프리쉬 혜택은 심의회 또는 인증 기간을 마칠 때까지 혜택은 동일하게 유지됩니다. 심의회가 끝날 때까지 혜택이 변경되지 않도록 하여 차후에 과도한 혜택을 돌려 갖지 않도록 카운티에 요청할 수 있습니다. 행정법 판사가 귀하에게 유리하게 판결한다면 카운티는 귀하에게 삭감된 혜택을 돌려줄 것입니다.
- 수신자 부담 전화 번호 **1-800-952-5253** 또는 TDD, **1-800-952-8349** 사용하는 청각 장애인 또는 언어 장애자를 위해 지역 법률 지원 또는 복지 권리 사무소에서 무료 법률 상담을 받을 수 있습니다.
- 심의회에 혼자 참석하고 싶지 않으면 친구 또는 다른 지인과 함께 오셔도 됩니다.
- 투표 등록하려면 카운티의 도움을 받으십시오.
- 칼프리쉬 혜택을 증가시키는 경우라면 보고 할 필요가 없는 변경 사항도 보고하십시오.
- 칼프리쉬 혜택을 더 많이 받을 수 있도록 가계 비용의 증거를 제시하십시오. 카운티에게 증거를 제공하지 않는다는 것은 지출비용이 없고 칼프리쉬 혜택을 더 받을 수 없다는 것과 같습니다.
- 다른 사람이 귀하의 가정 또는 칼프리쉬 사례(위임 받은 대리인)에 도움을 주기를 원한다면 카운티에 알려주십시오.

귀하의 기록으로 보관하십시오.

프로그램 규정 및 벌금

거짓되거나 잘못된 정보를 제공하거나 고의로 칼프리쉬 혜택을 받기 위해 수령 가능한 모든 정보를 제공하지 않거나, 받을 자격이 없는 사람이 혜택을 받도록 도울 경우, 범죄를 저지르는 행위입니다. 귀하는 받을 자격이 없는 모든 혜택을 되갚아야 합니다.

<p>프로그램 위반 칼프리쉬의 경우: 저는 다음과 같은 행위를 이행했을 때 고의로 프로그램 위반을 했음을 이해합니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 정보를 은닉하거나 거짓 진술. • 다른 사람의 EBT (전자 혜택 전송) 카드사용 또는 다른 사람이 내 카드를 사용하도록 할 때입니다. • 주류 또는 담배를 사기 위해 칼프리쉬 혜택 사용 • 칼프리쉬 혜택 또는 EBT 카드를 거래, 구매, 판매, 도용, 양도 또는 거래를 시도 또는 제공하는 행위. • 예를 들어, 동시에 두 곳 이상의 다른 카운티 또는 주에서 적용하는 이중 혜택을 얻으려는 행위. • 자격이 없거나 존재하지 않는 자녀 또는 성인 가족 구성원에 대한 거짓 서류 제출. • 집행 유예 혹은 가석방 조건의 위반. • 중범 죄를 저지른 후에 도주. • 반송 입금액이 있는 칼프리쉬 혜택으로 제품을 구매(구입)합니다. 의도적으로 (고의로) 내용물을 버리고 용기를 반납하고 입금액을 수령하려는 시도. • 칼프리쉬 혜택이 있는 제품을 구입하고 현금 또는 적격 식품 이외의 다른 용도로 제품을 의도적으로 재판매. 	<p>형벌:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 첫 번째 위반 시 12개월 동안 칼프리쉬 혜택을 상실하고 과다 지불 한 모든 칼프리쉬 혜택을 상환해야 합니다. • 두 번째 범죄로 인해 24개월 동안 칼프리쉬 혜택을 잃었으며, 과다 지불한 모든 칼프리쉬 혜택을 상환해야 합니다. • 세 번째 범죄에 대해 칼프리쉬 혜택을 영구적으로 상실하고 초과 지불한 모든 칼프리쉬 혜택을 상환해야 합니다. • 최대 \$250,000.00의 벌금, 최대 20 년간 수감 또는 모두 해당
<ul style="list-style-type: none"> • 칼프리쉬 혜택 또는 시도 현금, 충기류, 비 적격 품목 또는 약물과 같은 규제 물질에 대해 칼프리쉬 혜택 교환 시도. 	<ul style="list-style-type: none"> • 첫 번째 위반 시 24 개월 동안 칼프리쉬 혜택 누락 • 두 번째 범죄에 대해 칼프리쉬 혜택을 영구적으로 상실합니다.
<ul style="list-style-type: none"> • 추가 혜택을 받기 위해 본인 정보, 거주지에 대한 허위 정보 제공. 	<ul style="list-style-type: none"> • 각 범죄에 대해 10 년 동안 칼프리쉬 혜택을 상실합니다.
<ul style="list-style-type: none"> • \$500 이상의 칼프리쉬 혜택 거래로 유죄판결, 판매 또는 시도, 또는 칼프리쉬 혜택을 충기, 탄약 또는 폭발물로 거래 또는 시도. 	<ul style="list-style-type: none"> • 칼프리쉬 혜택 영구 상실

귀하의 기록으로 보관하십시오.

비시민권자를 위한 중요 정보

- 귀하는 가족 중에 자격요건을 충족하지 않아도 칼프레쉬 혜택을 신청하고 받을 수 있습니다. 예를 들어, 부모가 자격이 안되더라도 이민 부모는 미국 시민권 자녀를 위해 칼프레쉬 혜택을 신청할 수 있습니다.
- 식품 혜택을 받는 것은 귀하 또는 가족의 이민 신분에 영향을 주지 않습니다. 이민 정보는 비공개로 비밀입니다.
- 미국 이민 서비스국(USCIS)은 수혜 자격이 되는 요건이 되는 비시민권자의 이민 신분을 확인합니다. 연방법에 따르면 USCIS는 사기 행위를 제외하고는 관련 정보를 사용할 수 없습니다.

옵트 아웃(Opting Out)

귀하는 칼프레쉬 혜택을 신청하지 않은 비시민권자 가족에 대한 이민 정보, 사회 보장 번호 또는 서류를 제공하지 않아도 됩니다. 카운티는 가계 혜택을 정확하게 판단하기 위해 수입 및 자원 정보를 알아야 합니다. 카운티는 칼프레쉬 혜택을 신청하지 않는 사람들에게 USCIS는 연락하지 않습니다.

개인 정보 보호법 및 공개: 귀하는 신청서에 개인 정보를 제공하고 있습니다. 카운티는 귀하가 혜택 수혜 자격이 있는지 여부를 파악하기 위해 이 정보를 사용합니다. 요청한 정보를 제공하지 않는 경우, 카운티는 귀하의 신청서를 거부할 수 있습니다. 귀하가 카운티에 제공한 정보를 검토, 변경 또는 수정할 권리가 있습니다. 귀하가 허가하지 않으면 카운티는 연방 및 주법에 따라 귀하의 정보를 공개하거나 다른 사람에게 공개하지 않을 것입니다. 273.2 (b)(4) 개인 정보 보호법 성명서. 카운티 대행 기관으로서, 칼프레쉬 혜택을 신청하고 재인증 받은 모든 가정에 다음과 같이 통보해야 합니다.

- (i) 각 가족 구성원의 사회 보장 번호 (SSN)를 포함한 모든 정보의 수집은 개정된 1977년 식품권법 (7 U.S.C. 2011-2036)에 따라 허가됩니다. 이 정보는 귀하의 가구가 계속 칼프레쉬 자격이 되고 또는 칼프레쉬 프로그램에 계속 참여할 자격이 있는지를 결정하는 데 사용됩니다. 소득 및 수입 확인시스템 (IEVS)을 포함한 컴퓨터 매칭 프로그램을 통해 정보를 검증할 것입니다. 이 정보는 프로그램 규정 준수 및 프로그램 관리 감독에도 사용됩니다.
- (ii) 이 정보는 공식적 조사를 위해 다른 연방 및 주정부 기관에 공개될 수 있으며 법률을 피해 도주하는 사람들을 체포하기 위해 법 집행 공무원에게 공개될 수 있습니다.
- (iii) 귀하의 가족에 대해 칼프레쉬의 책임 청구가 발생하는 경우, 모든 SSN을 포함한 신청서의 정보는 청구 기관의 수거 조치를 위해 연방, 주정부 기관 및 개인 클레임 관리 기관에 회부될 수 있습니다.
- (iv) 각 가구 구성원의 SSN을 포함한 요청되는 정보의 제공은 자발적입니다. 그러나 SSN을 제공하지 않으면 SSN을 제공하지 못하는 각 개인에게 칼프레쉬 혜택이 거부될 수 있습니다. 제공되는 모든 SSN은 해당 가족 구성원의 SSN과 동일한 방식으로 사용 및 공개될 것입니다.

카운티는 USCIS에 연락하여 혜택을 신청하는 가족 구성원의 이민신분을 확인할 수 있습니다. 카운티가 이들 기관으로부터 받는 정보는 수혜자의 자격 및 혜택 정도에 영향을 줄 수 있습니다.

카운티는 IRS(Internal Revenue Service), 사회 보장국, 국토 안보부 및/또는 주 및 연방 전자 데이터베이스의 정보를 통하여 귀하가 제공한 답변을 확인할 것입니다. 정보가 일치하지 않으면 카운티는 귀하에게 증명 자료를 요청할 수 있습니다.

귀하의 기록으로 보관하십시오.

사회 보장 번호 (SSN) 사용

칼프레쉬 혜택을 신청하는 모든 사람은 SSN을 제공해야 하고 SSN 신청서 증거(사회 보장국의 서신 등)를 제공해야 합니다. 카운티는 귀하 또는 SSN을 제공하지 않는 가족 구성원에 대해 칼프레쉬 혜택을 거부할 수 있습니다. 일부의 가정 폭력 희생자, 범죄 기소 목격자, 인신 매매 피해자 등은 SSN을 제공하지 않아도 됩니다.

과도한 사용

다시 말해, 필요한 금액 보다 더 많은 칼프레쉬 혜택을 수령한 것입니다. 카운티가 실수를 했거나 고의로 제공되는 경우라도 받은 금액을 다시 환급해야 합니다. 귀하의 혜택이 감소 또는 중단될 수 있습니다. 귀하의 SSN은 법원, 다른 수급 기관 또는 연방 정부 수급 조치를 통해 수당 빚을 환수하는 데 사용될 수 있습니다.

보고

칼프레쉬 혜택을 받는 모든 가구는 특정 변경 사항을 보고해야 합니다. 카운티는 보고할 변경 사항, 신고 방법 및 신고 시기를 알려줄 것입니다. 변경 사항을 보고하지 않으면 칼프레쉬 혜택이 감소 또는 중단될 수 있습니다. 소득이 감소하는 등 귀하의 혜택이 증가할 수 있는 사항을 보고할 수 있습니다.

주 심의회

귀하의 신청서 혹은 귀하의 지속적 혜택과 관련된 조치에 동의하지 않을 경우, 귀하는 주 심의회를 요청할 권리가 있습니다. 카운티의 조치 후 90일 이내에 주 심의회를 요청할 수 있으며 심의회 요청 이유를 밝혀야 합니다. 카운티에서 받은 승인 또는 거부 통지에는 주 심의회 요청 방법에 대한 정보가 있습니다. 조치가 취해지기 전에 심의회를 요청하면 결정이 내려질 때까지는 칼프레쉬 혜택을 동일하게 유지할 수 있습니다.

차별 금지 성명서: 연방 민권법 및 미 농무부 (USDA)의 민권 규정 및 정책에 따라 USDA, 그 단체, 사무실 및 직원, USDA 프로그램에 참여하거나 관리하는 기관은 인종, 피부색, 출신 국가, 성별, 종교 신념, 장애, 연령, 정치적 신념, 또는 보복국가 혹은 이전의 민권 활동에 따라 차별을 금합니다.

프로그램 정보를 위한 대체 의사 소통 수단(예: 점자, 큰 활자체, 오디오 테이프, 미국 수화 등)이 필요한 장애인은 혜택을 신청한 기관 (주 또는 지역)로 연락하시기 바랍니다. 청각 장애인, 난청인 또는 언어 장애자는 연방 중계 서비스를 통해 USD (800)-787-8339로 연락할 수 있습니다. 또한, 프로그램 정보는 영어 이외의 언어로 제공될 수 있습니다.

차별에 관한 프로그램 불만 사항을 제기하려면 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, 에서 온라인으로 USDA 프로그램 차별 불만 양식 (AD 3027)을 USDA 사무소 또는 카운티 민권 담당자에게 연락 혹은 USDA로 서신을 보내어 양식에 필요한 모든 정보를 포함해 아래의 캘리포니아 주 사회 서비스부(CDSS) 주소로 편지를 보내십시오. 불만 신고서 사본을 요청하려면 (866) 632-9992로 전화하십시오. 작성한 양식 또는 서신을 USDA에 제출하는 방법은 다음과 같습니다:

- (1) 메일: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; 또는
- (3) email: program.intake@usda.gov

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

이 기관은 평등한 기회 제공자입니다.

귀하의 기록으로 보관하십시오.

사건 파일 검토

귀하의 민원 사례가 요건이 올바르게 결정되었는지 검토하기 위함으로 선택될 수 있습니다. 품질 관리 검토를 포함한 조사 또는 검토 시 카운티, 주 또는 연방 요원과 완전히 협력해야 합니다. 이러한 사항을 검토하지 않으면 혜택을 받지 못할 수 있습니다.

칼프레쉬 작업 규정

카운티는 귀하를 직장 프로그램에 할당할 수 있습니다. 자발적인지 또는 작업 프로그램을 직접 해야 하는 지 알려줄 것입니다. 의무적인 업무 활동이 있는데 이행하지 않을 경우 귀하의 혜택이 감소 또는 중단될 수 있습니다. 타당한 이유 없이 최근에 일을 그만 두었다면 칼프레쉬 혜택 요건이 없을 수도 있습니다.

EBT 사용

귀하가 사용하기 전에 계좌의 혜택을 사용, 다른 가족 구성원 또는 위임한 대리인이 EBT 카드 또는 PIN을 분실하거나 도당 했음을 보고했다면 귀하의 계좌에서 사용된 모든 혜택은 대체가 불가합니다.

귀하, 가족 구성원, 위임 받은 대리인 또는 EBT 카드와 PIN을 자발적으로 제공한 사람이 사용한 귀하의 EBT 카드는 귀하의 승인으로 간주되어 계좌에서 사용된 혜택은 대체가 불가합니다.

원하지 않은 사람이 귀하의 PIN과 혜택을 사용했다는 것을 신고하지 않고 PIN의 재설정을 요청하지 않으면 계좌에서 사용된 모든 혜택은 대체가 불가합니다.

귀하의 기록으로 보관하십시오.

참고

검은 색 또는 파란색 잉크를 사용하여 답변해주십시오. 읽기 가장 쉽고 복사하기도 쉽기 때문입니다. 질문(들)에 대답하는 데 공간이 더 필요한 경우, 10 페이지의 "추가 공간" 섹션을 사용하고 필요한 경우 추가 용지를 첨부하여 정보를 제공해 주십시오. 여분의 공간이나 추가 용지에 어떤 질문에 대한 정보인지 적어주십시오.

1. 지원자 정보

이름 (이름, 중간이름, 성)	다른 이름 (결혼전, 별명 등.)	사회 보장 번호 (있는 경우)와 혜택 신청 시)		
주소 또는 귀하의 집 안내 사항	도시	주	우편 번호	
우편 주소 (위와 다른 경우)	도시	주	우편 번호	

연락처 승인

카운티에 연락 가능한 가장 좋은 연락 정보를 제공하십시오. 신청서를 처리하는 데 도움이 될 것입니다. 아래에 연락처 정보를 제공하면 카운티가 귀하에게 전화, 이메일 또는 문자로 연락, 신청서에 관한 전화 메시지를 할 수 있도록 허가하는 것입니다.

집 전화	휴대 전화	문자로 연락 확인 가능 <input type="checkbox"/>
회사/대체번호/메시지 전화	이메일 주소	

노숙자입니까? 예 아니요 예인 경우, 카운티에 노숙자라는 것을 바로 알리십시오. 신청서를 수령할 수 있는 주소를 확인하고 통지를 받을 수 있는 주소를 확인하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

어떤 언어로 읽고 싶습니까 (영어가 아니요인 경우)? _____
어떤 언어로 말하고 싶습니까 (영어가 아니요인 경우)? _____

카운티는 무료로 통역사를 제공할 것입니다. 청각 장애인이나 난청인은 여기를 확인하십시오

귀하 또는 귀하의 가구 구성원 중 누구에게 장애가 있습니까? (PLEASE CHECK ONE)
 예 아니요

귀하 또는 가족 중 누구라도 장애로 인해 숙박이 필요합니까 (선택 사항)? 예 아니요

가정 폭력/학대의 이력이 있었습니까 (선택 질문)? 예 아니요

메디칼 신청하는 데 관심이 있으십니까? 만약 예인 경우, 카운티는 메디칼을 받을 수 있는지 알아볼 것입니다. 예 아니요

귀하 가구의 월별 총소득이 \$150 미만, 현금 또는 수표 및 예금 계좌 잔액이 \$100 이하입니까? 예 아니요

귀하 가구의 월 총소득과 현금 또는 수표 및 예금 계좌의 합산된 집세/모기지 및 공과금 비용보다 적습니까? 예 아니요

귀하 가구가 유동 자산이 \$100 이하 또는 소득이 중단되었거나 앞으로 10일 이내에 \$25를 초과하지 않는 이주 노동자/계절 농부 근로자 가구입니까? 예 아니요

이 신청서에 서명함으로써 본인은 다음 사항을 위증 시 처벌(허위 진술)받을 수 있음을 이해합니다:

- 이 신청서의 정보와 질문에 대한 답변을 읽었고 본인이 읽었습니다.
- 질문에 대한 제 답변은 사실이고 제가 아는 한 완전합니다.
- 신청 절차에 대한 모든 저의 답변은 사실이며 제가 아는 한 완전합니다.
- 칼프레쉬 프로그램에 대한 권리와 의무 (프로그램 규칙 1페이지)를 읽었고 본인이 읽었으며 이에 동의합니다.
- 칼프레쉬 프로그램 규정 및 벌금 (프로그램 규정 2 페이지)을 읽었고 본인이 읽었습니다.
- 허위 또는 진술이 아니거나 사실을 왜곡 또는 숨기거나 사실을 은닉하는 것은 칼프레쉬의 자격을 확립하는 데 사기임을 이해합니다. 사기로 인해 본인에게 형사사건이 제기되거나, 칼프레쉬 혜택을 받는 데 일정 기간 (또는 영구)동안 거부될 수 있습니다.
- 혜택을 신청하는 가구 구성원에 대한 사회 보장 번호 또는 이민 신분은 연방법에 따라 필요한 경우 요청하는 적절한 정부 기관과 공유될 수 있습니다.

신청인 (또는 성인 가구 원/위임 받은 대리인 * /후견인)의 서명)	날짜
--	----

* 위임 대리인이 있는 경우 다음 페이지의 질문 2를 작성하십시오.

2. 가구의 위임 받은 대리인

칼프레쉬 혜택을 누릴 수 있도록 18세 이상을 승인 할 수 있습니다. 이 사람은 면접에서 귀하를 대신하여 이야기하고, 양식을 작성하고, 쇼핑하고, 변경 사항을 보고 할 수 있습니다. 이 사람이 카운티에 제공 한 정보로 인해 실수로 얻을 수 있는 모든 혜택을 되갚아야 하며, 귀하가 보내고 싶지 않은 혜택은 대체되지 않습니다. 귀하가 위임 대리인 일 경우, 본인과 신청자에 대해 신분증을 제시해야 합니다.

칼프레쉬 사건을 도와 줄 누군가를 지목하고 싶습니까? (하나만 선택하십시오) 예 아니요

예인 경우, 다음 섹션을 완료하십시오:

위임된 대리인 성명	위임 받은 대리인 전화 번호
------------	-----------------

가족을 위한 칼프레쉬 혜택을 수령할 사람을 지명하시겠습니까? (하나만 선택) 예 아니요

예인 경우, 다음 섹션을 완료하십시오.

이름	전화번호		
거리명	도시	주	우편 번호

3. 인종/민족

인종 및 민족 정보는 선택 사항입니다. 인종, 피부색, 국적에 상관없이 혜택을 제공하도록 보장해야 합니다. 귀하의 답변은 자격 또는 혜택 금액에 영향을 미치지 않습니다(해당되는 모든 사항에 표시하세요). 법률에 따르면 카운티는 인종집단과 민족을 기록해야 합니다.

인종 및 민족에 관한 카운티 정보를 제공하지 않으려면 확인란을 선택하십시오. 그렇지 않으면 카운티는 시민권 통계에 대해서만 이 정보를 입력할 것입니다.

인종 배경	귀하는 히스패닉 또는 라틴계입니까? (한 곳만 표기) 생각합니까?	히스패닉 또는 라틴계 출신인 경우, 스스로를 다음 중 어디 사람이라고:
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 멕시코인 <input type="checkbox"/> 푸에르토리코인 <input type="checkbox"/> 쿠바인 <input type="checkbox"/> 기타 _____

인종/민족

백인 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 흑인 또는 아프리카 계 미국인 기타 또는 혼혈 _____

아시아인 경우 (선택한 경우 다음 중 하나 이상을 선택하십시오):

필리핀사람 중국인 일본인 캄보디아인 한국인 베트남 사람 아시아 인디언 라오스
 기타 아시아 (구체적으로) _____

하와이 원주민 또는 다른 태평양 섬 주민 (선택한 경우 다음 중 하나 이상을 선택하십시오):

하와이 원주민의 과민족 또는 차모로인 사모아인

4. 인터뷰 선택

귀하 또는 가족 중 칼프레쉬 혜택을 받고 다른 성인은 신청서를 위해 카운티와 인터뷰를 해야 합니다. 칼프레쉬 인터뷰는 일반적으로 전화로 가능하지만 신청할 때 카운티 사람과 인터뷰를 하거나 직접 인터뷰를 할 수 있습니다. 직접 면담은 카운티의 정상 근무 시간에만 가능합니다.

직접 면접을 원할 경우 확인란을 선택하십시오.

장애로 인해 다른 편의가 필요한 경우 확인란을 선택하십시오.

인터뷰 날짜와 시간은 다음의 확인란을 선택하십시오.

주별: 오늘 다음 날 언제든지 월요일 화요일 수요일 목요일 금요일

금요일 시간: 이른 아침 오전 나절 오후 늦은 오후 언제든지

5. 기타 프로그램

귀하 또는 가족 중 누구도 사회 보조(필요한 가족을 위한 임시 지원, 메디케이드, 보조 영양 지원 프로그램[칼프레쉬], 일반 보조 (GA)/일반 구호(GR)등)를 받은 적이 있습니까? (하나만 선택하십시오) 예 아니요

예인 경우, 누구이었습니까?	어디에서 (카운티/주)?
예인 경우, 누구이었습니까?	어디에서 (카운티/주)?

6a. 가구 정보

귀하를 포함하여 음식을 사고 준비하는 집에 있는 모든 사람들을 위해 다음 정보를 기입하십시오. 비시민권자를 신청하는 경우 질문 6b와 6c를 작성하십시오. 아니면, 질문 6d로 가십시오.

사회 보장 번호는 혜택 신청을 하지 않는 자에게 선택 사항입니다. 혜택을 신청하는 사람마다 아래 질문에 답변해야 합니다.

혜택 신청 (<input checked="" type="checkbox"/> 예 또는 <input type="checkbox"/> 아니요 선택)	성명 (이름, 중간 이름, 성)	귀하와 어떤 관계 입니까?	생년월일	성별 (여성 또는 남성)	미국 시민 또는 국적 (예 또는 아니 오 선택) 아니오인 경우, 아래 질문 6b 완료	사회보장 번호 (SSN)
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		본인			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	

자신과 함께 살면서 음식을 사지 않고 준비하는 사람의 이름을 적으십시오.

이름	이름
이름	이름

6b. 비시민 정보 - 위의 질문 6a에 열거된 비시민과 도움을 신청하는 사람은 작성해주십시오.

성명	미국 입국일 (아는 경우)	다음 중 하나를 기입하세요. (아는 경우): 여권 번호, 외국인 등록 번호 등.	스폰서? (예 또는 아니 오 선택) 예인 경우, 아래의 질문 6c 를 완료하십시오:
		문서 유형: _____ 버전: _____	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
		문서 유형: _____ 버전: _____	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
		문서 유형: _____ 버전: _____	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

위에 열거된 사람 중에 미국에서 최소 10년 (40 병력)의 직업 경력이나 병역이 있습니까?
만약 예인 경우 누구입니까? _____

(한번만 확인하십시오)

예 아니요

위에 언급된 사람이 T-Visa를 신청했거나 신청했습니까? 아니면 T-Visa를 신청할 계획입니까?
U 자 비자 또는 VAWA 상태?
만약 예인 경우 누구입니까? _____

예 아니요

6c. 후원된 비시민 정보 - 질문 6b에 열거된 후원된 비시민과 도움을 신청하는 사람에 관해 답변하세요.

후원자가 I-864에 서명했습니까? 예 아니요 예인 경우, 나머지 질문에 답변하십시오. 후원자가 I-134에 서명한 경우 다음 질문은 건너뛰십시오.

후원자가 정기적으로 돈을 지원합니까? 예 아니요 만약 예인 경우, \$ 금액 입력? \$ _____

후원자가 정기적으로 다음 중 어떤 것을 도와 주나요? (해당되는 모든 것을 선택하세요)?

집세 옷 음식 기타 _____

후원자 성명	후원인가요?	후원자의 전화 번호
후원자 성명	후원인가요?	후원자의 전화 번호

6d. 학생(들)

대학 또는 전문 학교를 포함한 혜택 신청자가 있습니까? (하나를 선택하십시오) 예 아니요
 예인 경우, 다음 질문에 답변하십시오. 아니요인 경우, 다음 질문으로 가십시오.

사람 이름	학교 이름/훈련 이름	등록 된 상태 (하나만 선택)	직장을 다니고 있습니까?
		<input type="checkbox"/> 반시간 또는 이상 <input type="checkbox"/> 반시간 이하 단위 수: _____	일주일 평균 근무 시 간: _____
		<input type="checkbox"/> 반시간 또는 이상 <input type="checkbox"/> 반시간 이하 단위 수: _____	일주일 평균 근무 시 간: _____

6e. 수양 자녀가 집에 있습니까? 예 아니요 예인 경우 누구입니까? _____
 자녀(들)에 관한 다음의 질문에 답변하십시오.

법원의 명령에 따라 자녀를 맡게 되었습니까? (하나만 선택하십시오) 예 아니요

양자 자녀를 칼프레쉬 사례에 포함되길 원하십니까? (하나만 선택하십시오) 예 아니요

만약 예인 경우, 귀하의 위탁 보호 소득은 불로 소득으로 간주됩니다.

만약 아니요인 경우 위탁 양육 소득은 불로 소득으로 간주되지 않습니다.

7. 불로 소득

귀하와 음식을 구매하는 다른 사람이 직장 소득에서 수입이 있습니까? (하나만 선택하십시오) 예 아니요
 만약 예인 경우, 다음 질문에 답변하십시오. 어떤 관계 입니까? 아니요인 경우, 다음 질문으로 가십시오.

이 예에서 적용되는 모든 불로 소득 유형을 선택하십시오 (여기에 열거된 이외의 사람도 있을 수 있음)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 사회보장연금 | <input type="checkbox"/> 정부/철도 장애 또는 은퇴 | <input type="checkbox"/> 집세/음식/의복에 대한 도움 |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP | <input type="checkbox"/> 재향 군인 복지 혜택 또는 군인 연금 | <input type="checkbox"/> 보험 또는 법적 정착 |
| <input type="checkbox"/> 현금 보조 | <input type="checkbox"/> 재정 보조 (학교 보조금/대출/장학금) | <input type="checkbox"/> 사적 장애 또는 은퇴 |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI | <input type="checkbox"/> 현금 선물 | <input type="checkbox"/> 파업 수당 |
| <input type="checkbox"/> 방과 게시판 (임차인으로부터) | <input type="checkbox"/> 실업 보험/주 장애 보험 (SDI) | <input type="checkbox"/> 기타 _____ |
| <input type="checkbox"/> 연금 | <input type="checkbox"/> 근로자 보상 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 자녀/배우자 부양비 | <input type="checkbox"/> 복권/도박 상금 | |

돈을 받고 있는 사람?	출처?	금액?	얼마나 자주 지급됩니 까? (한 번, 매주, 매월 또 는 기타)	지속될 것으로 예상하십니까? (예 또는 아니 오 √표시)
		\$		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
		\$		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
		\$		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
		\$		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

이 수입이 지속될 것으로 예상되지 않는다면 설명하십시오:

8. 근로소득

귀하와 함께 식품을 구입하고 음식을 준비하는 사람 중에 직장 소득(근로 소득)이 있는 사람이 있습니까? (한 곳만 표기) 예 아니요
 만약 예인 경우, 이 질문에 답변하십시오. 만약 아니요인 경우, 질문 9로 가십시오.

참고: 자영업자는 질문 8a를 작성하십시오.

세금 또는 기타 공제액 전에 모든 수입을 기록합니다. (총소득).

근로 소득의 예는 다음과 같습니다 (정규직, 임시직, 계절 또는 교육 및 이외에 있을 수 있음)

- 임금 • 영업수당 • 팁 • 급여 • 직장 연구 (학생)

직장인	고용주 이름과 주소	고용주 전화 번호	시간급	주당 평균 근무 시간	얼마나 자주 지급됩니까? (한 번, 매주, 매월 또는 기타)	이달에 받은 근로 소득	지속될 것으로 예상하십니까? (예 또는 아니오 √표시)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
			\$			\$	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
			\$			\$	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
			\$			\$	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

이 수입을 지속적으로 받을 못할 것으로 예상될 경우 설명하십시오

지난 60일 동안 일자리를 잃었거나, 일자리를 변경하거나, 근무 시간 단축을 한 사람이 있습니까? (하나만 선택하십시오) 예 아니요

만약 예인 경우 누구입니까?	업무 손실 날짜, 종료 또는 변경	최종 지급일
원인		

파업 중인 사람이 있습니까? (하나만 선택하십시오) 예 아니요

만약 예인 경우 누구입니까?	파업 (시작 날짜)	최종 지급일
사유		

8a. 자영업

자영업자는 실제 자영업 비용을 공제하거나 표준 40% 공제를 받을 수 있습니다. 자영업 소득. 실제 경비를 선택할 경우, 카운티에서 이 증거를 제공해야 합니다.

자영업자인 사람	영업 개시일	사업 종류 및 이름	총 월수입	자영업 비용 (하나만 √표시하십시오)
			\$	<input type="checkbox"/> 40% 균일 세율 <input type="checkbox"/> 실제 비용 \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% 균일 세율 <input type="checkbox"/> 실제 비용 \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% 균일 세율 <input type="checkbox"/> 실제 비용 \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% 균일 세율 <input type="checkbox"/> 실제 비용 \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> 40% 균일 세율 <input type="checkbox"/> 실제 비용 \$ _____

9. 가정 양육비/노인 요양비

귀하 또는 다른 사람을 사주고 자녀를 돌보는 데 드는 돈으로 음식을 준비하십시오.

귀하가 다른 사람이 직장, 학교, 훈련에 갈 수 있거나 직장을 구할 수 있도록 (하나를 확인하십시오) 예 아니요

만약 예인 경우, 이 질문에 답변하십시오. 만약 아니요인 경우, 다음 질문으로 가십시오.

누가 치료를 받으십니까?	누가 돌봐 줍니까? (제공자 이름과 주소)	지급금액?	얼마나 자주 지급 됩니까? (주별/월별, 기타)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

위에 열거된 가구의 자녀/노인 요양비용을 지불하는 데 도움을 주는 사람이 있습니까? 예 아니요 만약 예인 경우, 아래를 기입하십시오:

누가 치료를 받으십니까?	누가 지불을 합니까?	지급금액은 얼마입니까?	얼마나 자주 지급 됩니까? (주별/월별, 기타)
		\$	
		\$	

10. 양육비

자녀 양육 보조금 자녀 양육비를 포함하여 자녀 양육비를 지불할 법적 의무가 있는 귀하 또는 다른 사람이 구입하여 음식을 준비합니까?

예 아니요 대답이 만약 예인 경우 다음 질문에 답하십시오. 아니요인 경우# 11 번 질문으로 가십시오.

누가 자녀 양육비를 지불합니까?	자녀 양육비를 지급받는 자녀(들)의 이름:	지급금액은 얼마입니까?	얼마나 자주 지급 됩니까? (주별/월별, 기타)
		\$	
		\$	

11. 가계비

귀하 또는 식품을 함께 구매하는 사람이 가계비를 부담합니까? 예 아니요

만약 예인 경우, 이 질문에 답하십시오. 아니요인 경우, 다음 질문으로 가십시오.

참고: HUD 또는 섹션 8과 같은 주택 보조금으로 지불한 금액을 입력하지 마십시오. 난방 및 냉방, 전화, 기타 다른 공과금 및 노숙자 쉼터는 지정된 수당이고 실제 금액은 기입하지 않아도 됩니다.

비용 유형	경비가 있습니까? (하나만 선택하십시오)	누가 지불합니까?	지불될 금액	얼마나 자주 지급 됩니까? (주별/월별, 기타)
집세 또는 주택 계약금	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		\$	
재산세 및 보험료 (임대료 또는 주택 담보 대출과 별도로 청구되는 경우)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		\$	
장작이나 프로판과 같은 난방 또는 냉방에 사용되는 가스, 전기 또는 기타 연료 (임대료 또는 주택 담보와 별도로 청구되는 경우)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
전화/핸드폰	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
노숙자 보호소 비용	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
물, 하수, 쓰레기	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
위에 열거된 비용을 가구에 없는 지불을 도움을 줄 수 있는 사람이 있습니까? (하나만 선택하십시오) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 만약 예인 경우, 완료하십시오.		누구 지불을 도와줍니까?	얼마나 지불합니까? \$	얼마나 자주 지급 됩니까?

귀하의 가구는 저소득 가정 에너지 보조 프로그램 (LIHEAP)으로부터 지불을 받거나 받을 것으로 예상됩니까? (하나만 선택하십시오)

예 아니요

12. 의료 비용:

귀하가 구입하고 음식을 준비하는 사람이 있습니까? 노약자 (60세 이상) 또는 장애인 자비로 지불한 의료비가 있습니까? 예 아니요
만약 예인 경우, 질문에 답변을 하십시오. 만약 아니요인 경우, 다음 질문으로 가십시오.

가까운 장래에 예상되는 경비를 열거하십시오.

가용할 의료 비용은 다음과 같습니다: (해당되는 모든 것을 체크하세요)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 의료 또는 치과 치료 | <input type="checkbox"/> 틀니, 보청기 및 보철 | <input type="checkbox"/> 처방된 안경 및 콘택트 렌즈 |
| <input type="checkbox"/> 입원/외래/간호 | <input type="checkbox"/> 노화, 질병 또는 허약 질환으로 인해 | <input type="checkbox"/> 처방된 의료 용품 및 장비 |
| <input type="checkbox"/> 처방 약 | 간병인 두기 | <input type="checkbox"/> 서비스 동물 경비 (음식, 수의 진료 |
| <input type="checkbox"/> 건강 및 입원 보험 보험료 | <input type="checkbox"/> 일인당 제공된 식사 비용과 횟수 | 청구서 등) |
| <input type="checkbox"/> 메디케어 프리미엄 (메디칼 공동 | <input type="checkbox"/> 카운터 약물로 처방 | |
| 부담 등) | <input type="checkbox"/> 교통비 (마일리지 또는 수수료) 치료 또는 | |
| | 서비스를 받기 위한 숙박 | |

고령자 또는 장애인의 이름	지출 금액	얼마나 자주 지급 됩니까? (주별/월별, 기타)	어떤 종류의 비용입니까? (처방, 틀니, 참석자 식사 수 등)	의료 비용으로 가정에 상환 여부? (메디칼, 보험, 가족 구성원 등)
	\$			만약 예인 경우, 누구에 의한 것입니까: 금액: \$
	\$			만약 예인 경우, 누구에 의한 것입니까: 금액: \$
	\$			만약 예인 경우, 누구에 의한 것입니까: 금액: \$
	\$			만약 예인 경우, 누구에 의한 것입니까: 금액: \$

13. 귀하를 포함하여 혜택을 신청하는 사람은 다음 중 어느 곳에서 음식을 제공받습니까? (하나를 선택하십시오) 예 아니요
만약 예인 경우, 이 질문에 답하십시오. 만약 아니요인 경우, 다음 질문으로 이동합니다.

- 노인/장애인을 위한 공동 식사 시설
- 아메리카 원주민 예약에 의해 운영 되는 식량 배급 프로그램
- 기타 음식 프로그램

예라면 누구?	어디서?
예라면 누구?	어디서?

14. 귀하를 포함하여 혜택을 신청하는 사람은 다음 중 어느 곳에서도 음식을 제공받습니까? (하나만 선택하십시오) 예 아니요
만약 예인 경우, 이 질문에 답하십시오. 아니요인 경우, 다음 질문으로 가십시오.

- 노숙자 보호소
- 맹인/장애인을 위한 단체생활 장소
- 폭력 피해 여성을 위한 보호소
- 연방 보조 주택
- 아메리카 인디언을 위한 보호 지역
- 정신 병원/정신 질환 병원
- 약물/알코올 중독 재활 센터
- 병원
- 교정시설/교도시설 (감옥 또는 교도소)
- 장기 요양 보호 또는 시설 및 복지시설

사람 이름	기관명 (센터, 대피소, 시설 등)	퇴원 예정일 (해당되는 경우)

15. 귀하 또는 귀하와 함께 거주하고 60 세 이상 또는 장애로 인해 식사를 할 수 없습니까? (하나만 선택하십시오) 예 아니요

만약 예인 경우 누구입니까

16. 가계 자원

귀하 또는 귀하와 식품을 함께 구입하는 사람이 자원(현금, 은행 예금, 예금 증서, 주식 및 채권이 있습니까? 예 아니요 만약 예인 경우, 이 질문에 답하십시오. 아니요인 경우, 다음 질문으로 가십시오.

해당되는 모든 것에 표시하세요:

- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 은행/신용 연합 계정 (확인) | <input type="checkbox"/> 머니마켓 계정 | <input type="checkbox"/> 주식 |
| <input type="checkbox"/> 은행/신용 연합 계정 (저축) | <input type="checkbox"/> 뮤추얼 펀드 | <input type="checkbox"/> 채권 |
| <input type="checkbox"/> 안전 금고 | <input type="checkbox"/> 예금 증서 (CD) | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |
| <input type="checkbox"/> 저축 채권 | <input type="checkbox"/> 현금 | |

다른 사람과 공동 계좌가 있을 경우 아래에 기입하십시오.

위에 선택된 각 확인란에 대해 다음 정보를 완성하십시오.

누구의 명의로 자원이 있습니까?	자원 유형	얼마 정도의 가치입니까?	자원은 어디에 있습니까? (자원이 있는 은행 또는 회사명 포함)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

귀하 또는 귀하의 가족 중 지난 3개월 동안 자원을 매매, 거래, 기부 또는 양도한 적이 있습니까 (하나만 선택하십시오)

예 아니요

17. 이중 혜택

1996년 9월 22일 이후 모든 주에서 중복된 SNAP (캘리포니아 주 칼프레쉬라는 식품 지원 프로그램의 연방 이름 혜택을 사기로 확인된 적이 있습니까? (한 번만 확인하십시오)

만약 예인 경우, 누구입니까? _____

예 아니요

18. 밀매의 이득 (거래 또는 매매)

귀하 또는 귀하의 가족 중 1996년 9월 22일 이후로 500\$ 이상의 SNAP 혜택(캘리포니아에서는 칼프레쉬)를 받은 적이 있습니까 (EBT 카드를 다른 사람에게 거래하거나 매매하여 유죄 판결을 받은 적이 있습니까?). (한 번만 확인하십시오)

만약 예인 경우, 누구입니까? _____

예 아니요

19. 마약의 거래 이득

귀하 또는 가구 구성원이 1996년 9월 22일 이후 SNAP 혜택에 대한 마약 거래로 인해 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? (하나만 선택하십시오)

만약 예인 경우, 누구입니까? _____

예 아니요

20. 화기 및 폭발물에 대한 거래상 이득

귀하 또는 귀하의 가족 구성원이 1996년 9월 22일 이후로 SNAP 혜택을 마약 거래로 유죄 판결을 받았습니까? (하나만 선택하십시오)

만약 예인 경우, 누구입니까? _____

예 아니요

21. 도주 범죄인

귀하 또는 가구 구성원이 기소를 피하거나 구금되거나 중 범죄 또는 중 범죄로 인해 감옥 구급, 법률에 따라 은닉하거나 도주하고 있습니까? (하나만 선택하십시오)

만약 예인 경우, 누구입니까? _____

예 아니요

22. 도발/사법 위반

귀하 또는 귀하의 가족 구성원이 법정에서 집행 유예 또는 가석방 죄를 위반한 것으로 밝혀 졌습니까? (한 번만 확인하십시오)

만약 예인 경우, 누구입니까? _____

예 아니요

추가 기재 공간

추가 기재 공간

작성하지 마십시오 – 카운티만 사용

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