

## CALFRESH , 현금보조금 및/또는 MEDI-CAL/건강보험 프로그램 신청서

장애가 있거나 본 신청서 작성에 도움이 필요한 경우 카운티 복지부(이하 카운티)에 연락해 도움을 받으실 수 있습니다.

영어가 아닌 다른 언어로 말하거나 읽거나 쓰는 것을 원하면 카운티에서 도와 드릴 분을 무료로 배정해 드립니다.

### 신청 방법

CalFresh(식품 지원), 현금보조금(캘리포니아 주 근로 기회 및 자녀에 대한 책임 또는 난민 현금 지원), Medi-Cal(건강보험) 및/또는 기타 헬스케어 프로그램은 이 신청서를 작성해 신청할 수 있습니다. CalFresh만을 신청하는 경우, 카운티에 CalFresh 신청 전용 신청서를 요청하십시오. CalFresh는 귀하족의 식료품 구입 비용을 지원하는 식품 지원 프로그램입니다. 건강보험 프로그램만 신청하는 경우 카운티에 건강보험 전용 신청서를 요청하면 됩니다. 건강보험에는 Medi-Cal용 저비용 보험, 저렴한 비용의 민간 건강보험, 또는 건강보험 보험료를 지불하는 데 도움이 되는 세금 공제 혜택 등을 포함할 수 있습니다. 건강보험 프로그램만 신청하는 경우에는 이 신청서를 사용하지 마십시오.

또한 <http://www.benefitscal.org>를 방문해 이러한 각종 프로그램을 온라인 상에서 신청하실 수도 있습니다.

- 가급적 신청서 양식의 모든 항목을 빠짐없이 기재하십시오. CalFresh 신청서가 처리되기 위해서는 최소한 신청서에 신청인의 이름과 주소를 기입하고 서명(신청서 1페이지 1번 질문)하여 카운티에 제출해야 합니다. 현금보조금의 경우에는 반드시 신청서의 1 ~ 2페이지의 1항 ~ 5항 질문에 답하고 서명해야 신청서가 처리될 수 있습니다. 일반지원금(General Assistance) 또는 일반 구제금(General Relief) 신청은 어느 질문에 답해야 하는지 카운티에 문의하십시오.
- 해당 프로그램에 적용되는 질문은 그림(이 페이지 상단에 표시)을 보면 알 수 있습니다. 현금보조금은 달러 표시, CalFresh는 쇼핑 카트, 건강보험 혜택은 구급차 그림이 나와 있습니다. 예를 들어, 현금보조금을 신청하지 않는 사람은 달러 표시만 있는 질문들은 응답하지 않아도 됩니다.
- 신청서는 카운티에 직접 방문하거나 우편, 팩스 또는 온라인으로 제출하실 수 있습니다.
- 혜택 수혜자격 여부 결정 기한은 귀하가 서명한 신청서가 카운티에 접수된 날부터 시작됩니다. 시설에 입소한 사람의 기한은 시설에서 퇴소하는 날부터 시작됩니다.

### 그 다음에 해야 할 일

- 신청서에 서명하기 앞서 수혜자의 권리와 책임(프로그램 규정 페이지)을 읽습니다.
- 제출한 신청서의 내용을 논하기 위한 인터뷰에 반드시 응합니다. 장애자의 경우 다른 방법으로 인터뷰를 할 수 있습니다.
- 신청서에 빠진 부분이 있으면 인터뷰 중에 마저 작성하실 수 있습니다.
- 귀하의 수혜자격 여부 확인에 필요한 신청인의 소득, 지출 및 기타 상황에 대한 증빙자료를 제출합니다.

### 소요 기간

CalFresh 신청서 처리는 최대 30일 정도 소요됩니다. 현금보조금과 Medi-Cal의 경우는 최대 45일까지 걸립니다. 응급 상황이면 보조금이 나 건강보험 혜택을 즉시 받을 수 있는지 카운티에 문의하십시오.

다음에 해당하면 달력일 기준으로 3일 이내에 CalFresh 혜택을 받으실 수 있습니다.

- 귀 가구의 월 총소득(공제 이전 소득)이 \$150 미만이며, 갖고 있는 현금 또는 당좌(체킹) 또는 저축(세이빙즈) 계좌 잔고가 \$100를 넘지 않는 경우, 또는
- 귀 가구의 주택 관련 지출금(월세/모기지 및 공과금)이 본인의 월 총소득과 당좌 및 저축 계좌 잔고액을 합친 금액 보다 많은 경우, 또는
- 이주형 또는 계절형 농장노동자 가구로 당좌 및 저축 계정 잔고가 \$100 미만이고, 1) 수입이 중단되었거나, 2) 수입이 있지만 앞으로 10일 내에 들어올 수입이 \$25를 넘지 않을 것으로 예상하는 경우

다음의 경우 현금보조금을 바로 받을 수 있습니다.

- 노숙자(홈리스), 퇴거 통지 또는 월세를 내지 않으면 집을 비워 달라는 통지를 받은 경우, 또는
- 식료품이 3일 미만 정도의 분량만 있는 경우, 또는
- 유틸리티(예: 전기, 수도)가 중단되었거나 중단될 예정인 경우, 또는
- 의복 또는 기저귀가 충분하지 않은 경우, 또는
- 건강과 안전에 중요한 그 밖의 응급 상황에 처한 경우

**정보 페이지 - 본인 자료를 받아 잘 보관하십시오.**

카운티로 하여금 귀하의 수혜자격 여부를 좀 더 신속하게 결정하도록 하려면 질문 1번, 6번 ~ 9번, 15번, 24번에 빠짐없이 답한 후 신청서와 본인 신분 증빙자료(있는 경우)를 카운티에 제출하십시오. 일반지원금 또는 일반구제금의 경우, 소요 기간과 혜택을 좀 더 빨리 받는데 필요한 특정 규정 등은 해당 카운티에 문의하십시오.

신청 혜택 승인/거부 여부는 카운티에서 서신으로 통보해 드릴 것입니다.

### 인터뷰시 준비물

신청 업무가 지연되지 않도록 하려면 인터뷰에 오실 때 다음과 같은 증빙 자료를 가지고 오십시오. 증빙 자료를 준비하지 못했다 하더라도 반드시 인터뷰에는 참석하십시오. 증빙 자료를 획득하는 데 도움이 필요하다면 카운티에서 도와 드릴 수도 있습니다. 카운티는 인터뷰 중에 신청서에 기재된 내용을 확인하는 한편, 귀하의 수혜자격 여부, 수혜할 금액 등을 판단하는 데 필요한 질문을 할 것입니다.

### 수혜에 필요한 증빙 자료

- 신분증(운전면허증, 주 정부 발행 ID 카드, 여권)
- 현금보조금 신청자 전원의 출생 증명서.
- 거주지 증빙 자료(임대계약서, 귀하의 주소가 인쇄된 최근 청구서)
- 보조금 신청자 전원의 SSN(사회보장번호)(특정 비시민권자에 관한 아래 참고 사항을 참조할 것)
- 가족 전원에 대한 은행 보유 잔고(최근 은행 잔고 내역서)
- 지난 30일 간 가족 전원의 근로 소득(최근 급여 내역서, 고용주가 발행한 근로 증명서). **참고:** 자영업인 경우, 소득과 지출 또는 납세 기록
- 불로소득(실업 수당, SSI, 사회보장 수당, 재향 군인 수당, 자녀 양육비, 산재 보상금, 학교 보조금 또는 용자, 임대 소득 등)
- 혜택을 신청하는 합법적 비시민권자의 경우에 **한해** 합법적 이민자 신분 증빙 자료(외국인 등록 카드, 비자).  
**참고:** 가정 폭력, 범죄 기소 또는 불법 매매를 근거로 이민자 신분을 신청하는 특정 비시민권자들의 경우 이러한 증빙 자료와 SSN(사회보장번호)이 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(예: 전기, 수도) 비용.
- 노령자(60세 이상) 또는 장애인 가족에 대한 의료비.
- 가족이 일을 하거나, 구직 중이거나, 교육/훈련 또는 학교에 가거나, 필수 근로 활동에 참여하기 때문에 발생하는 자녀 및 성인 돌봄 비용.
- 귀 가구 구성원이 지불하는 자녀 양육비.

### 건강보험 혜택에 필요한 추가 증빙 자료

- 가족이 이용할 수 있는 모든 직장 관련 건강보험에 관한 정보.
- 현재 보유하고 있는 모든 건강보험 약관 번호.

### 현금보조금 혜택에 필요한 추가 증빙 자료

- 6세 이하 아동에 대한 예방 접종 증빙 자료
- 귀하 본인 또는 신청서 상에 포함되어 있는 사람이 소유하고 있는 차량의 차량 등록증.

### 노숙자인 경우

노숙자인 경우 그 사실을 카운티에 즉시 알려 주면 신청서 접수와 귀하의 사례와 관련해 카운티가 보내는 통지서를 수령할 수 있는 주소를 찾을 수 있도록 도와 드릴 수 있습니다. CalFresh와 현금보조금의 경우, 노숙자란 다음을 의미합니다.

- A. 감독을 받는 보호 시설, 사회 복귀 훈련 시설 또는 그와 유사한 시설에 체류하는 사람
- B. 다른 사람, 가구 구성원의 집에 90일 이내로 계속 거주하는 사람
- C. 원래 숙박 용도로 설계되지 않은 또는 일반적으로 사용하지 않는 장소(복도, 버스 정류장, 로비 또는 그와 유사한 장소)에서 잠을 자는 사람

정보 페이지 - 본인 자료를 받아 잘 보관하십시오.

---

---

## 권리 및 책임

### 귀하의 책임은 다음과 같습니다.

- 수혜자격 여부를 판단하는 데 필요한 모든 정보를 카운티에 제공해야 할 책임
- 필요할 때 본인이 보유하고 있는 정보의 증빙 자료를 카운티에 제공해야 할 책임
- 규정에 따라 변경 사항을 신고해야 할 책임. 무엇을, 언제, 어떻게 신고해야 하는지에 관한 정보는 카운티에서 알려드립니다. CalFresh (식품 지원)와 현금보조금의 경우 본인 가구의 보고 요건을 충족하지 않을 경우 사례가 종결되거나 혜택이 감액 내지 지급 중지될 수 있습니다.
- 카운티에서 귀하의 사례에 필요하다고 하면 구직, 취직, 일자리 유지 또는 다른 활동에 참여해야 할 책임
- 본인의 사례가 검토 또는 조사 대상으로 선정되는 경우 본인의 수혜자격 여부와 혜택 수준이 맞게 산정되었는지 확인할 수 있도록 카운티, 주 또는 연방 담당자에게 전적으로 협조할 책임. 이러한 검토 작업에 협조하지 않을 경우 혜택을 상실할 수 있습니다.
- 수혜자격이 없었던 상태에서 받은 일체의 현금보조금이나 CalFresh 혜택은 반납해야 할 책임

### 귀하의 권리는 다음과 같습니다.

- 본인의 이름, 주소, 서명만 기재해 CalFresh에 신청서 양식을 제출할 권리
  - 통역사가 필요한 경우 주정부에서 무료로 통역사를 제공받을 권리
  - 카운티 프로그램의 시행에 직접 관련된 경우가 아니면 귀하가 카운티에 제출한 정보를 기밀로 취급받을 권리
  - 카운티가 수혜자격 여부를 결정하기 전에는 언제든지 신청을 철회할 수 있는 권리
  - 신청서를 작성할 때, 필요한 증빙 자료를 얻을 때, 그리고 규정에 대한 설명이 필요할 때 도움을 요청할 수 있는 권리
  - 친절하고 배려하며 존중하는 태도로 대우받고, 차별받지 않을 권리
  - 신속 서비스(Expedited Service) 수혜자격을 충족하는 경우 CalFresh로부터 3일 이내에 수당을 받을 권리
  - 긴급 보조금(Immediated Need) 수혜자격을 충족하는 경우 CalFresh로부터 1일 이내에 현금보조금을 받을 권리
  - 신청하면 합리적으로 타당한 시간 내에 카운티 인터뷰에 응하고, CalFresh의 경우 30일 이내, 현금보조금과 Medi-Cal(의료비 지원)의 경우 45일 이내에 수혜자격 여부를 결정받을 권리
  - 수혜자격 결정에 필요한 증빙 자료를 카운티에 제출하는데 최소 10일의 여유 기간을 가질 권리
  - 카운티가 CalFresh 또는 현금보조금을 감액 또는 지급 중단하는 경우 최소 10일 전에 사전 서면 통지를 받을 권리
  - 귀하가 요청하는 경우 귀하의 사례를 카운티와 논하고 검토할 수 있는 권리
  - 본인의 사례에 관해 카운티 결정에 이의가 있는 경우 90일 이내에 주 정부 심의회를 요청할 수 있는 권리. 본인 사례에 대한 조치가 실행 되기 전에 심의회를 요청하는 경우, 심의회가 열리는 날짜와 혜택 종료일 중 더 빠른 날짜까지 해당 혜택을 받을 수 있습니다. 초과 지급된 혜택을 환급해야 하는 일을 방지하기 위해 심의회 이후까지 혜택을 조정해 줄 것을 카운티에 요청할 수 있습니다. 행정법 판사가 귀하의 승 소로 판결하는 경우, 카운티는 감액되었던 일체 혜택을 귀하에게 지불해야 합니다.
  - 본인의 심의회 개최 권리에 관해 문의하거나 법률 지원 소개에 관해 문의하려면 수신자 부담 전화 1-800-952-5253번, 또는 TDD를 사용하는 청각 또는 언어 장애인의 경우 1-800-952-8349 번으로 연락하십시오. 가까운 법률 지원 또는 복지 권리 사무소에서 무료로 법률 지원을 받을 수도 있습니다.
  - 혼자 가는 것이 내키지 않으면 심의회에 친구 또는 다른 사람을 동반할 수 있는 권리
  - 카운티의 도움을 받아 유권자 등록을 할 수 있는 권리
  - 보고할 의무가 없는 변경 사항이라도, 본인의 CalFresh 또는 현금보조금이 증액될 수 있는 경우 보고할 수 있는 권리
  - 더 많은 액수의 CalFresh 혜택을 받기 위해 본인 가구의 비용 지출 증빙 자료를 제출할 수 있는 권리. 카운티에 증빙 자료를 제출하지 않을 경우 지출비가 없다고 말하는 것과 같습니다. 이 경우 CalFresh 혜택을 더 받을 수 없습니다.
  - 본인 가구에 지급되는 본인의 CalFresh 혜택을 다른 사람에게 양도하고자 하는 경우, 또는 본인의 CalFresh 사례에 도움이 필요한 경우(지정 대리인) 카운티에 알릴 수 있는 권리
- 또한 귀하는 배우자 또는 부모로부터 의료비 지원을 요청해 받을 권리를 Medi-Cal 기관에 부여하게 됩니다. 의료 지원금을 받기 위해 협조할 경우 본인이나 자녀에게 해가 될 수 있다고 생각하면 이를 Medi-Cal 기관에 알린 후 협조하지 않아도 됩니다.

**본인 자료를 받아 잘 보관하도록 하십시오.**

## 프로그램 규칙 및 처벌

수혜자격이 없는데도 불구하고 CalFresh, 현금보조금, Medi-Cal을 받기 위해 또는 수혜자격이 없는 사람이 해당 혜택을 받도록 허위나 틀린 정보를 제공하는 경우 또는 고위로 정보를 누락시키는 행위는 범죄 행위입니다. 본인이 수혜자격이 없었던 상태에서 받은 혜택은 반드시 모두 환급해야 합니다. 고의로 그러한 행위를 저지르고 본인이 수혜자격이 없었던 상태에서 받은 보조금이 \$950를 초과하는 경우 중죄로 기소될 수 있습니다.

### CalFresh: 본인은 본인이 다음과 같은 행위를 하는 경우 프로그램 규정을 고위로 위반하는 것임을 이해합니다(오른쪽 칼럼 참조).

- 정보를 숨기거나 허위로 진술하는 행위
- 다른 사람의 EBT(전자이체) 카드를 사용하거나 다른 사람으로 하여금 내 카드를 사용하게 하는 행위
- CalFresh 혜택으로 알코올 또는 담배류를 구입하는 행위
- CalFresh 혜택 또는 EBT 카드를 교환, 판매 또는 무상으로 양도하는 행위

- 마약과 같은 규제 약물과 CalFresh 혜택을 교환하는 행위

- CalFresh 혜택을 추가로 받기 위해 본인의 신분 및 거주지 정보를 허위로 기재하는 행위

- \$500를 초과하는 CalFresh 혜택 교환, 매매 또는 CalFresh 혜택을 무기류, 탄약류 또는 폭발물과의 교환해 유죄 판결을 받은 경우

### 현금보조금을 받기 위해 본인이(오른쪽 칼럼 참조) ...

- 고의로 프로그램 규정을 위반해 유죄 판결을 받는 경우
- 현금 보조금 규정을 따르지 않는 경우
- 법정 또는 행정 심의회에서 특정 유형의 사기 행위로 유죄 판결을 받는 경우

### 본인은 다음의 사실을 이해합니다.

- 첫 번째 위반 - 12개월간 CalFresh 혜택 지급 정지. 초과 지불 받은 모든 CalFresh 혜택을 환급해야 함
- 두 번째 위반 - 24개월간 CalFresh 혜택 지급 정지. 초과 지불 받은 모든 CalFresh 혜택을 환급해야 함
- 세 번째 위반 - 영구적으로 CalFresh 혜택 지급 정지. 초과 지불 받은 모든 CalFresh 혜택을 환급해야 함
- 최대 \$250,000의 벌금형, 또는 최대 20년간의 징역형, 또는 양쪽 모두 부과

- 첫 번째 위반 - 24개월간 CalFresh 혜택 지급 정지
- 두 번째 위반 - 영구적으로 CalFresh 혜택 지급 정지

- 각 위반 행위에 대해 10년간 CalFresh 혜택 지급 정지

- 영구적으로 CalFresh 혜택 지급 정지

### 본인은 다음의 사실을 이해합니다.

- 본인의 현금보조금 지급 정지
- 최대 \$10,000의 벌금형 및/또는 최대 5년간의 유치장/교도소 징역형 부과
- 6개월, 12개월, 2년, 4년, 5년 또는 영구적으로 현금보조금 지급 정지

## 비시민권자를 위한 중요한 정보

- 가족 중에 수혜자격이 없는 사람이 있어도 수혜자격이 있는 가족 구성원을 위해 CalFresh 혜택, 현금보조금 또는 건강보험을 신청해 받을 수 있습니다. 예를 들면, 이민을 와 수혜자격이 없는 부모가 미국 시민권자 자녀 또는 수혜자격이 있는 이민 자녀들을 위해 CalFresh 혜택 또는 현금보조금을 신청할 수 있습니다.
- 식품 혜택을 수혜해도 가족의 이민자 신분에는 아무런 영향을 미치지 않습니다. 이민 관련 정보는 개인 정보로서 기밀로 유지됩니다.
- 수혜자격이 있는 비시민권자가 혜택을 신청할 경우 USCIS(미국 시민권 및 이민국)에 그 사람의 신분을 확인합니다. 연방법에 따르면 USCIS는 사기 사건의 경우를 제외하고 해당 정보를 일체 다른 용도로 사용할 수 없습니다.

## 옵트아웃

혜택을 신청하지 않는 비시민권자 가족구성원(들)에 대한 이민 관련 정보, SSN(사회보장번호) 또는 해당 서류 등은 제출하지 않아도 됩니다. 하지만 카운티에서 신청인의 소득과 재원을 알아야만 신청인 가족을 위한 혜택 여부를 정확히 결정할 수 있습니다. 카운티는 혜택을 신청하지 않는 사람에 대한 정보는 USCIS에 문의하지 않습니다.

## SSN(사회보장번호)의 사용

**CalFresh 및 현금보조금:** CalFresh 혜택 또는 현금보조금을 신청하는 사람에게 SSN이 있으면 SSN을 제출해야 하고 없으면 SSN 발급 신청을 했다는 증빙 자료(예를 들어 사회보장국에서 보낸 서신)를 제출해야 합니다. 본 기관은 신청인이 SSN을 제출하지 않는 경우 귀하 또는 귀 가족의 혜택을 거부할 수 있습니다. 가정 폭력 피해자, 범죄 기소 증인, 밀거래 피해자 등, 혜택 신청시 SSN을 제출하지 않아도 되는 사람도 있습니다. **건강보험 혜택/Medi-Cal:** SSN이 있는 사람으로서 건강보험 혜택을 신청하기를 원하는 사람은 SSN을 제공해야 합니다. 건강보험을 원치 않는 사람도 SSN을 제공하면 신청 업무가 빨리 처리됩니다. 본 기관에서는 신청인의 SSN을 사용해 건강보험 수혜자격을 판단하는 데 필요한 소득이나 기타 정보를 확인합니다. SSN을 받는 데 도움이 필요하면 1-800-772-1213번으로 전화하시거나 [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)를 방문하십시오.

## 초과 지급

본인이 받아야 하는 CalFresh 혜택을 초과해 받은 경우입니다. 카운티 당국이 실수로 또는 의도적으로 지불한 것이 아니어도 초과된 지급금은 환급해야만 합니다. 혜택이 감소되거나 지급 정지될 수도 있습니다. 귀하의 SSN은 법원, 기타 징수 기관, 또는 연방정부의 징수 조치 등을 통해 환급금을 징수하는 데 사용될 수 있습니다.

**본인 자료를 받아 잘 보관하도록 하십시오.**

---

---

## 초과 지불

본인이 받아야 하는 것 보다 현금보조금을 초과해 받은 경우입니다. CalFresh 혜택과 마찬가지로, 카운티 당국이 실수로 또는 의도적으로 지불한 것이 아니어도 초과된지급금은 환급해야만 합니다. 현금보조금이 감액되거나 지급 정지될 수 있습니다. 귀하의 SSN은 법원, 기타 징수 기관, 또는 연방정부의 징수 조치 등을 통해 환급금을 징수하는 데 사용될 수 있습니다.

## 보고

모든 수혜 가구는 반드시 특정 변경 사항을 보고해야 합니다. 카운티는 보고해야 하는 변경 사항, 보고 방법, 보고 기한 등을 알려 드립니다. 변경 사항을 보고하지 않을 경우 혜택이 감액되거나 지급 정지될 수 있습니다. 또한, 혜택을 증액시킬 수 있는 상황(소득이 줄어드는 경우)이 발생한 경우에도 보고할 수 있습니다.

## 주 정부 심의회

혜택 신청이나 현재 받고 있는 혜택에 대한 조치에 이의가 있는 경우 주 정부 심의회를 신청할 권리가 있습니다. 주 정부 심의회는 카운티 조치 시행일로부터 90일 이내에 신청해야 하며, 반드시 신청 이유를 말해야 합니다. 카운티에서 보낸 승인 또는 거부 통지서에 이의를 제기하는 방법이 나와 있습니다. 해당 조치가 시행되기 전에 심의회를 요청하면 판결이 날 때까지 동일한 금액의 현금보조금 및 CalFresh 혜택을 계속 받을 수 있습니다.

## 개인정보 보호법과 공개

신청서에는 개인 정보가 기재됩니다. 카운티는 이 정보를 사용해 신청인의 수혜자격 여부를 결정합니다. 이 정보를 제출하지 않으면 혜택 신청이 거부될 수도 있습니다. 신청인은 자신이 카운티에 제출한 모든 정보를 검토, 변경 또는 수정할 권리가 있습니다. 카운티는 귀하가 동의하거나 연방법과 주법에서 허용하는 경우를 제외하고 제3자에게 신청인의 개인 정보를 보여 주거나 제공하지 않습니다. 카운티는 소득 및 수입 확인 시스템(IEVS)을 포함해 컴퓨터 매칭 프로그램을 통해 신청인이 제공한 개인 정보의 진위 여부를 확인합니다. 이러한 정보는 프로그램 규정의 준수 여부를 모니터링하거나 프로그램을 관리하는 데에도 사용됩니다. 카운티는 공식적인 검토를 위해 이 정보를 다른 연방 및 주 정부 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. 그리고 USCIS에 문의해 혜택 신청서를 제출한 가족의 이민 신분을 확인할 수도 있습니다. 이들 기관이 카운티에 제공하는 정보는 신청인의 수혜자격 여부와 해당 지불금에 영향을 미칠 수 있습니다.

카운티는 신청서에 기재된 정보를 갖고 신청인의 건강보험 수혜자격 여부를 파악하고, 주정부와 연방정부 전자 데이터베이스 및 국세청(IRS), 사회보장국(SSA), 국토안보부(DHS) 및/또는 소비자 신고 기관 등의 데이터베이스 정보를 사용해 신청인이 제출한 정보를 확인합니다. 정보가 일치하지 않으면 카운티에서 그에 대한 증빙자료를 귀하에게 요구할 수 있습니다.

## 비차별

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

차별대우에 대해 민원을 제기하려면, 거주지 카운티의 민권 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.  
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.

## CalFresh 근로 규정

카운티는 귀하를 근로활동 프로그램에 배정할 수 있습니다. 본 프로그램 배정이 자발적 참여인지 아니면 의무적으로 참여해야만 하는 것인지 는 카운티에서 알려드릴 것입니다. 본인에게 배정된 근로활동 의무를 수행하지 않는 경우 혜택이 감액되거나 지급 정지될 수 있습니다.

최근에 직장을 그만 둔 경우에는 CalFresh 수혜 자격이 없을 수도 있습니다.

**본인의 기록을 받아 잘 보관하도록 하십시오.**

---

---

## CalWORKs(Welfare-to-Work)에 대한 근로 규정

현금보조금을 받는 경우 면제 대상이 아닌 한 반드시 Welfare-to-Work(WTW)에 참여해야 합니다. 카운티에서 귀하가 WTW 면제 대상인지 여부를 알려드릴 것입니다. 본인에게 배정된 활동을 수행하지 않는 경우 현금 보조금이 감액되거나 지급 정지될 수 있습니다.

### CalWORKs – 지문 채취/사진 촬영

모든 현금보조금 수령 유자격 성인 가구 구성원은 반드시 지문 채취/사진 촬영에 응해야 합니다. 이 규정에 협조해야 할 의무가 있는 사람이 지문 채취/사진 촬영에 응하지 않는 경우 전체 가구에 대해 혜택이 전혀 지급되지 않습니다. 지문/사진은 기밀 정보이며, 복지 혜택을 받기 또는 처벌하는 용도로만 사용됩니다.

### 혜택을 받는/사용 방법

#### CalFresh 및 현금보조금:

- 카운티에서 플라스틱으로 된 EBT(전자 이체) 카드를 우편으로 또는 직접 제공합니다. 신청서가 승인되면 혜택금이 카드에 충전됩니다. 본인 카드를 받으면 카드에 서명하십시오. 현금인출기에서 현금을 인출하거나 식품 및/또는 기타 품목을 구입할 때 필요한 PIN(개인 식별 번호)을 설정해야 합니다.
- EBT 카드를 분실, 도난, 파손되는 경우 또는 본인 혜택을 사용하기를 원치 않는 누군가가 귀하의 PIN을 알고 있다고 생각되는 경우 즉시 (877) 328-9677번 또는 카운티에 전화로 신고하고 PIN을 변경하십시오. 책임이 있는 모든 성인과 지정 대리인은 이러한 문제 발생 시 바로 신고하는 방법을 알고 있어야 합니다. 귀하가 EBT 카드나 PIN 분실 또는 도난을 신고하기 전에 귀하의 계좌로부터 인출된 모든 금액은 재지급되지 않습니다.
- 본인에게 지급된 CalFresh 혜택은 거의 모든 식품 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 혜택은 대부분의 식품점 및 기타 식품 판매 업소에서 사용할 수 있습니다. 현금보조금은 대부분의 업소 및 대부분의 현금인출기에서 사용 가능합니다. 일부 현금인출기는 수수료를 부과합니다. 또한 3회 이상부터 수수료가 부과되는 현금인출기도 있습니다. 본인 거주지 부근에서 EBT를 받는 곳을 확인하려면 <https://www.ebt.ca.gov> 또는 <https://www.snapfresh.org>를 방문하십시오. 또한 수수료를 부과하지 않는 현금인출기 장소도 확인할 수 있습니다.
- CalFresh 혜택은 귀하와 귀 가족들만 사용해야 합니다. 귀하가 받는 현금보조금은 귀하 본인, 그리고 현금보조금 수혜자로 승인받은 가구 구성원들에 한해 사용해야 합니다. 귀하에게 지급되는 현금보조금은 귀 가족의 기본적 필요(의식주 등)를 충족하기 위한 것입니다. 그러므로 자신의 혜택을 안전하게 지키십시오. PIN을 다른 사람에게 알려 주지 마십시오. PIN을 EBT 카드와 함께 보관하지 마십시오.
- 귀하, 가구 구성원, 귀하의 지정 대리인 또는 귀하가 자발적으로 귀하의 EBT 카드와 PIN을 제공한 사람이 귀하의 EBT 카드를 사용하는 경우, 이는 귀하가 동의한 것으로 간주해 귀하의 계좌에서 인출된 금액은 재지급되지 않습니다.

#### Medi-Cal 및 건강보험:

- Medi-Cal의 경우 BIC(혜택 식별 카드)가 발급됩니다.
  - 카드를 받으면 카드에 서명하고 반드시 필요한 진료를 받을 때에만 사용하십시오.
  - 절대로 BIC를 버리지 마십시오(새로 발급 받은 경우는 제외). Medi-Cal 혜택이 중단되더라도 BIC는 계속 보관해 두어야 합니다. 현금보조금이나 Medi-Cal을 다시 받게 되면 같은 BIC를 사용하실 수 있습니다.
  - 귀하나 가구 구성원이 아프거나 진찰을 받으러 가는 경우 BIC를 클리닉/병원에 가지고 가십시오.
  - 귀하나 가구 구성원(들)이 응급 치료를 받은 경우, 응급 치료가 끝난 후 가급적 빨리 BIC를 갖고 의사를 방문하십시오.
- 기타 건강보험 프로그램의 경우, 해당 보험사가 발급하는 보험 플랜 카드를 받게 됩니다.

#### 일반지원금 및 일반구제금:

- 일반지원금과 일반구제금은 자녀가 없는 성인을 위한 프로그램으로써 카운티에서 운영합니다. 둘 중 한 프로그램을 신청하면 카운티에서 귀하의 권리와 책임 및 규정을 알려드릴 것입니다.

---

---

**본인 자료를 받아 잘 보관하도록 하십시오.**

읽기 쉽고 선명하게 복사할 수 있도록 검정색이나 파란색 잉크를 사용해 정자체로 답을 기재하십시오.  
 질문(들)에 답할 때 여백이 모자라면 다른 용지에 답을 적어 첨부해 주십시오. 첨부한 용지에 어떤 질문에 대한 답인지 반드시 표시해 주십시오.

**1. 신청인 정보**

성명(이름, 가운데 이름, 성)		다른 이름(결혼 전 성, 가명/별명 등)		사회보장번호(SSN)(번호가 있는 사람이 혜택을 신청하는 경우)	
집 주소 또는 자택으로 가는 길 안내	아파트 호수 #	시	카운티	주	우편번호
우편 주소(상기 주소와 다른 경우)	아파트 호수 #	시	카운티	주	우편번호
본인은 본 신청에 대한 정보를 이메일로 받기를 원합니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			본인은 본인 사례에 대한 메시지를 이메일로 받기를 원합니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
자택 전화	직장 전화/다른 전화/메시지 전화	이메일 주소			
신청 프로그램 <input type="checkbox"/> CalFresh(식품 지원) <input type="checkbox"/> 현금보조금 <input type="checkbox"/> 건강보험(Health Coverage) <input type="checkbox"/> 기타 _____			장애로 인해 신청에 도움이 필요합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		

노숙자(홈리스)입니까?  예  아니요 '예'인 경우, 노숙자라는 사실을 카운티에 바로 알리면, 신청서 접수에 사용할 수 있고 귀하의 사례와 관련해 카운티에서 보내는 통지서를 수령할 수 있는 주소를 찾으려 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 여기 네모 칸에 체크하십시오.

가구의 총소득이 \$150 미만이고, 보유 현금, 수표계좌 및 보통예금 잔고가 \$100 미만입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	유틸리티 서비스가 중단되었거나 공급 중단 통지를 받았습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
가구의 총소득과 유동 자산을 합친 금액이 집세/모기지과 유틸리티 등을 합친 금액보다 적습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	식품이 3일 이내에 떨어질 것으로 예상됩니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
유동 자산이 \$100를 초과하지 않는 이주형/계절형 농장 노동자 가구입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	식품, 의류, 의료 서비스 또는 기타 응급 품목(들)을 구하려 가는 데 교통 수단이 필요합니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
퇴거 통지, 또는 집세를 내지 않으면 집을 비워 달라는 통지를 받았습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	기저귀 또는 추운 날씨에 필요한 의류 등 필수 의복이 필요합니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

임산부가 있습니까?  예  아니요 '예'인 경우, 추정 수혜자격자(Presumptive Eligibility) 카드를 발급 받았습니까?  예  아니요

가구 구성원 중 응급 상황에 처한 사람이 있습니까?  예  아니요 '예'인 경우 네모 칸에 체크하십시오.  임신  긴급 의료적 도움  아동 학대  가정 내 학  노인 학대  기타 건강이나 안전을 위협하는 응급 상황. 구체적으로 설명:

본인은 위중(사실과 다른 내용을 기재하는 것) 시 처벌받는다는 조건 하에 본 신청서에 서명함으로써 다음을 이해합니다.

- 본인은 본 신청서 내용과 본 신청서에 들어 있는 질문에 대한 본인의 답변 내용을 직접 읽었거나 다른 사람이 읽어 주는 것을 들었습니다.
- SAWS 2 Plus의 1페이지부터 17페이지까지, 그리고 부록 A부터 E까지 본인이 기재한 모든 답변 내용은 본인이 아는 범위 내에서 진실하고 정확하며 완전합니다.
- 본인은 권리와 책임(프로그램 규정 1페이지)을 직접 읽었거나 다른 사람이 읽어 주는 것을 들었고 그 내용을 이해하고 그에 동의합니다.
- 본인은 프로그램 규정 및 처벌(프로그램 규정 2-4페이지)을 직접 읽었거나 다른 사람이 읽어 주는 것을 들었습니다.
- 본인은 자격을 얻기 위해 거짓 또는 허위 진술 또는 사실을 부정확, 감추거나 제공하지 않는 행위는 사기에 해당되며 틀린 정보나 사실이 아닌 정보를 제공하는 경우 연방법에 따라 처벌될 수 있음을 이해합니다. 사기 행위를 하는 경우 형사 기소될 수 있고/또는 일정 기간 동안(또는 평생) CalFresh 혜택 또는 현금보조금을 수혜할 수 없음을 이해합니다.
- 본인은 혜택을 신청하는 가구 구성원들의 사회보장번호(SSN) 또는 이민자 신분 정보가 연방법에 따라 적정 정부 기관과 공유될 수 있다는 사실을 이해합니다.
- 본인은 Medi-Cal 기관에 다른 건강보험, 법적 합의 또는 기타 제 3자로부터 수령 가능한 금액을 요청해 받을 수 있는 권리를 부여합니다.

신청인, 돌보는 친척(또는 성인 가구 구성원/지정 대리인/보호자)의 서명 <b>*지정 대리인이 있는 경우 다음 페이지 2항 질문에 답해 주십시오.</b>	날짜
배우자, 다른 한쪽 부모, 그 밖에 도움을 받는 성인, 또는 등록된 동성동거인의 서명	날짜



## 2. 가구의 지정 대리인

귀하는 CalFresh를 수혜하는 데 18세 이상의 개인을 대리인으로 지정해 도움을 받을 수 있습니다. 이 대리인은 인터뷰에 응해 귀하의 입장을 대변하고, 양식 작성을 돕고, 쇼핑을 대신해 주며, 변경 사항을 대신 보고할 수 있습니다. 이 대리인이 카운티에 제출한 정보로 인해 혜택이 잘못 지급될 경우 귀하가 모든 해당 혜택을 상환해야 하며, 귀하가 원치 않았지만 대리인이 혜택을 다 써 버린 경우 일체 대체되지 않습니다. 귀하가 지정 대리인인 경우, 본인 자신과 신청인의 신분 증빙 자료를 카운티에 제시해야 합니다.

귀하의 CalFresh 사례를 도울 사람을 지정하기를 원합니까?  예  아니오

'예'인 경우 다음 항목을 작성해 주십시오.

승인 지정 대리인 이름	지정 대리인 전화번호
--------------	-------------

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

'예'인 경우 다음 항목을 작성해 주십시오:

이름	전화번호
주소	시, 주, 우편번호



## 2a. 건강보험 지정 대리인

귀하는 신뢰할 수 있는 사람에게 귀하의 건강보험 신청에 관해 대신 상의하고, 귀하의 정보를 볼 수 있고, 신청서의 이 부분에 대해 귀하를 대신해 행동할 수 있는 권한을 부여할 수 있습니다. 귀하는 신청서의 일부로 건강보험과 관련해 대리인을 지정하기를 원합니까?

예  아니오 예인 경우 부록 C에 해당 정보를 기재해 주십시오.



## 3. 귀하 또는 귀 가구 구성원 중에 미국 원주민(인디언) 또는 알래스카 원주민이 있습니까? 예 아니오

'예'로 답하고 건강보험을 신청하는 경우 부록 B로 가서 추가 질문에 답해 주십시오.



## 인종/민족 배경



인종 및 민족 배경 정보는 선택 사항입니다. 이 정보는 인종, 피부색 또는 출신 국가에 관계 없이 혜택이 지급되도록 하기 위해 요청하는 것입니다. 귀하의 답변은 귀하의 수혜자격 또는 해당 금액에 아무런 영향을 미치지 않습니다. 본인에게 해당되는 사항에 모두 체크하십시오. 카운티는 법에 따라 귀하의 소속 민족 그룹과 인종을 기록해야 할 의무가 있습니다.



카운티에 본인의 인종 및 민족 배경 정보를 제공하기를 원치 않는 경우 이 네모 칸에 체크하십시오. 귀하가 입력하지 않으면 카운티에서 시민 권자 통계용으로 이 정보를 대신 입력합니다.

인종 배경	귀하는 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계 출신입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	히스패닉 또는 라틴계 출신인 경우, 스스로 어디 출신이라고 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(체크하는 경우 아래에서 하나 이상 선택):

필리핀인  중국인  일본인  캄보디아인  한국인  베트남인  아시아계 인디언  라오스인

그 외 아시아인(구체적으로 기재) \_\_\_\_\_

하와이 원주민 또는 그 외 태평양 섬사람(체크하는 경우 아래에서 하나 이상 선택):  하와이 원주민

괌사람 또는 차모로 사람  사모아인



## 4. 인터뷰 선택 사항

신청인은 신청서 내용을 카운티와 의논하고 현금보조금 또는 CalFresh혜택을 받으려면 인터뷰에 응해야 합니다. CalFresh 인터뷰는 본인이 직접 카운티에 신청서를 제출할 시점에 인터뷰를 하거나 직접 인터뷰를 원하는 경우를 제외하고 대개 전화로 진행됩니다. 현금보조금은 신청인이 직접 방문해 인터뷰에 응해야 합니다. CalWORKs와 CalFresh를 신청하는 경우, CalFresh인터뷰는 정상 업무 시간 중에 CalWORKs와 동시에 실시됩니다.

직접 방문해 CalFresh 인터뷰에 응하기를 원하는 경우 이 네모 칸에 체크하십시오.

장애로 인해 다른 편의 조치가 필요한 경우 이 네모 칸에 체크하십시오.



## 5. 기타 프로그램



가족 중에 정부지원(불우 가족을 위한 임시 지원[Temporary Assistance for Needy Families], 부족 TANF[Tribal TANF], Medicaid, 영양 보충 지원 프로그램 [Supplemental Nutrition Assistance Program: 푸드 스탬프], 일반 지원금/일반 구제금[General Assistance/General Relief] 등)을 받았던 사람이 있습니까?



예  아니오

'예'인 경우, 해당인:	받은 곳(카운티/주)?
'예'인 경우, 해당인:	받은 곳(카운티/주)?



## 6. 가구 정보: 성인

가구 내 모든 성인에 대해 아래 정보를 기재해 주십시오. 건강보험 혜택을 신청하는 경우, 귀하의 세금 신고서에 포함되어 있는 성인은 모두 포함시키십시오.  
 현금보조금을 신청하는 사람으로서 현금보조금을 신청하는 가족 성인이 한 사람 이상 또는 보조금을 신청하는 아동의 부/모일 경우 부록 D에 가서 추가 질문에 답하십시오.  
**신청 대상자에 비시민권자가 포함되어 있는 경우, 추가 질문 6e와 6f에도 답해 주십시오.**

신청 대상 혜택 (각 해당 혜택에 체크할 것)	이름 (성, 이름, 가운데 이름 이니셜)	이 사람은 귀하와 어떤 관계입니까?	생년월일	성별 (남 또는 여)	혼인 상태					전시간 학생(예인 경우 체크 표시)	장애인(예인 경우 체크 표시)	혜택을 신청하는 각 신청자별로 아래 질문에만 답하십시오.  미국 시민 또는 국적자 (예 또는 아니오에 체크할 것) '아니오'인 경우 6e번 질문 에 답하십시오.	사회보장번호 기입은 혜택 신청자가 아닌 구성원의 경 우 선택사항입니다.  사회 보장번호(SSN)
					미혼	기혼	편지	이혼	사별				
CalFresh (식물 지원) 현금보조금 Medi-Cal (의료비 지원) 건강보험 영유아					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	

\*현금보조금에는 일반지원금과 일반구제금 프로그램도 포함됩니다.

**6a. 6항 질문에 기재한 사람 전원의 연락처가 같습니까?**  예  아니오 아닌 경우 해당 개인의 연락처 정보를 아래에 적어 주십시오.  
 같은 경우 다음 질문으로 가십시오.

성명(이름, 가운데 이름, 성)	집(상세) 주소	아파트 호수 #	시	주	우편번호
집 전화번호	우편 주소(위 주소와 다른 경우)	아파트 호수 #	시	주	우편번호
직장/다른 전화/메시지 전화	이메일 주소(선택 사항)				

성명(이름, 가운데 이름, 성)	집(상세) 주소	아파트 호수 #	시	주	우편번호
집 전화번호	우편 주소(위 주소와 다른 경우)	아파트 호수 #	시	주	우편번호
직장/다른 전화/메시지 전화	이메일 주소(선택 사항)				

**6b. 가구 정보: 자녀**

가구 내 모든 아동 및 청소년 자녀에 대해 아래 정보를 기재해 주십시오. 건강보험 혜택을 신청하는 경우, 귀하의 세금 신고서에 포함되어 있는 자녀는 모두 포함시키십시오. 신청 대상자에 비시민권자가 포함되어 있는 경우, 추가 질문 6e와 6f에도 답해 주십시오.

신청 대상 혜택 (각 해당 혜택에 체크할 것)	이름 (성, 이름, 가운데 이름 이니셜)	귀하와 어떤 관계입니까?	생년월일	출생 장소 \$	성별 (남/여)	아동의 부모 중 한 사람 또는 양쪽 모두에 해당되는 항목에 모두 체크할 것					전시간 학생(예인 경우 체크 표시) (예인 경우 체크할 것)	예인 보증은 배정받았는지 받았습니까? (예인 경우 체크할 것)	혜택을 신청하는 각 신청자별로 아래 질문에만 답하십시오.  미국 시민 또는 국적자 ('예' 또는 '아니오'에 체크 표시) '아니오'인 경우 6e번 질문에 답하십시오.	사회보장번호는 혜택 신청자가 아닌 구성원의 경우 선택 사항입니다.  사회보장번호(SSN)
						전에 없음	실직	전에	사망	없음				
CalFresh (식품 구입비 지원)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
현금보조금						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
Medi-Cal (의료비 지원) (건강보험)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
기타						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
기타						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	

**6c. 사회 보장 정보**

지원을 신청하는 신청자는 모두 사회보장번호(SSN)를 가지고 있습니까?  예  아니오 '아니오'인 경우, 아래 정보를 기재해 주십시오.

지원을 신청하는 모든 신청자의 SSN이 필요합니다. 단, 가정 폭력 또는 인신 매매 같은 기타 범죄의 피해자인 경우는 예외가 적용됩니다. SSN을 발급 받는 데 도움이 필요한 경우 1-800-772-1213번으로 전화하거나 [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)를 방문하십시오.

이름	SSN을 발급 받지 않은 이유	SSN 발급 신청 여부
	<input type="checkbox"/> 생후 1년 미만의 영아임 <input type="checkbox"/> 개인의 종교에 위배됨 <input type="checkbox"/> SSN을 발급받을 자격이 없음 <input type="checkbox"/> 기타 _____	SSN 발급을 신청했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	<input type="checkbox"/> 생후 1년 미만의 영아임 <input type="checkbox"/> 개인의 종교에 위배됨 <input type="checkbox"/> SSN을 발급받을 자격이 없음 <input type="checkbox"/> 기타 _____	SSN 발급을 신청했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오



6d. 미국 군대에 복무했거나 복무한 사람의 배우자, 부모 또는 자녀가 있습니까?  예  아니오

'예'인 경우 아래 정보를 기재해 주십시오. '아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.

이름	미국 시민권자 입니까?	(✓) 신분	명예 제대자입니까?	복무 기간
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 현역 군인 <input type="checkbox"/> 재향 군인 <input type="checkbox"/> 현역 또는 재향 군인의 배우자, 부모 또는 자녀	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 현역 군인 <input type="checkbox"/> 재향 군인 <input type="checkbox"/> 현역 또는 재향 군인의 배우자, 부모 또는 자녀	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	



6e. 비시민권자 정보 - 신청 대상자 중 비시민권자에 대한 정보를 기재해 주십시오.

이름	미국 입국 날짜 (아는 경우)	이민자 신분 자격 요건을 충족합니까? 충족하는 경우 해당 개인의 이민자 서류 및 번호를 제출해 주십시오.	1996년부터 계속 미국 내에 거주하고 있습니까?	귀화한 시민권자입니까?	스폰서(후원자)가 있습니까? ('예' 또는 '아니오'에 체크할 것) '예'인 경우 6f항 질문에 답할 것
		서류 종류:	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
		서류 종류:			
		서류 종류:	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
		서류 종류:			
		서류 종류:	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
		서류 종류:			

위에 기재한 개인 중 최소 10년(40분기)간에 해당하는 근로 기록을 보유하고 있는 사람이 있습니까?  예  아니오

'예'인 경우, 해당인: \_\_\_\_\_

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

'예'인 경우, 해당인: \_\_\_\_\_

지난 12개월 사이에 이민자 신분을 변경한 사람이 있습니까?  예  아니오

'예'인 경우 아래 정보를 기재해 주십시오.

'아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.

이름	변경 사항은 무엇입니까?	변경 날짜	외국인 번호(해당되는 경우)
이름	변경 사항은 무엇입니까?	변경 날짜	외국인 번호(해당되는 경우)

**6f. 스폰서(후원자)가 있는 비시민권자 정보 - 신청 대상자 중 비시민권자에 대한 정보를 기재해 주십시오.**

스폰서(후원자)가 I-864에 서명했습니까?  예  아니오 '예'인 경우 나머지 질문에 대해 주십시오.  
 스폰서(후원자)가 I-134에 서명한 경우 이 질문에 답할 필요가 없습니다.

스폰서(후원자)로부터 정기적으로 재정 지원을 받고 있습니까?  예  아니오 '예'인 경우, 금액은 얼마입니까? \$ \_\_\_\_\_  
 스폰서(후원자)가 다음 중 정기적으로 도움을 주고 있는 항목이 있습니까(해당 항목 모두 체크 표시)?

집세  의류  식품  기타 \_\_\_\_\_

스폰서(후원자)의 이름	후원 대상자는 누구입니까?	스폰서(후원자)의 전화번호
스폰서(후원자)의 이름	후원 대상자는 누구입니까?	스폰서(후원자)의 전화번호

**6g. 6항 질문에 기재한 21세 미만인 사람으로서, 부모가 집에 같이 살지 않는 사람이 있습니까?**

예  아니오 '예'인 경우, 해당 자녀(들)의 이름과 집에 같이 살지 않는 부모의 이름(들)을 적어 주십시오.  
 '아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.



자녀의 이름	집에 같이 살지 않는 부모(들)의 이름
자녀의 이름	집에 같이 살지 않는 부모(들)의 이름

**6h. 6항 질문에 기재한 사람 중에 최소 한 명의 19세 미만인 자녀와 함께 살고 있고 그 자녀를 주로 돌볼 책임이 있는 사람이 있습니까?**

예  아니오 '아니오'인 경우, 다음 질문으로 가십시오. '예'인 경우, 누구입니까? \_\_\_\_\_

**6i. 6항 질문에 기재한 사람 중 활동(목욕, 옷입기, 일상적인 집안일 등)에 제약이 되는 신체적, 정신적, 정서적 또는 발달 장애를 가지고 있는 사람이 있습니까?**

예  아니오 '예'인 경우, 장애를 가진 사람의 이름(들)을 적어 주십시오. '아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.

이름: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_

**6j. 6번 질문에 기재한 각 장애인에 대해 답해 주십시오.**

이름	일상 활동을 하는 데 개별 지원이나 의료 시설의 도움을 받아야만 합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'인 경우 구체적으로 적어 주십시오.
장애 예상 지속 기간: <input type="checkbox"/> 30일 이상 <input type="checkbox"/> 12개월 이상	현재 일을 하고 있으며, 일을 유지하는데 필요한 의료비 지출이 있습니까? 예를 들면 휠체어, 다리 보조기 등을 들 수 있습니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'인 경우, 구체적으로 적어 주십시오.
다른 사람이 일을 하거나 등교를 하려면 이 사람을 돌보는 사람이 있어야 합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	현재 의료 시설이나 요양원에 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'인 경우, 그 의료 시설이나 요양원의 이름은 무엇입니까?
이름	일상 활동을 하는 데 개별 지원이나 의료 시설의 도움을 받아야만 합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'인 경우 구체적으로 적어 주십시오.
장애 예상 지속 기간: <input type="checkbox"/> 30일 이상 <input type="checkbox"/> 12개월 이상	현재 일을 하고 있으며, 일을 유지하는데 필요한 의료비 지출이 있습니까? 예를 들면 휠체어, 다리 보조기 등을 들 수 있습니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'인 경우 구체적으로 적어 주십시오.
다른 사람이 일을 하거나 등교를 하려면 이 사람을 돌보는 사람이 있어야 합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	현재 의료 시설이나 요양원에 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'인 경우, 그 의료 시설이나 요양원의 이름은 무엇입니까?

**6k. 자택에 다른 가구 구성원이 돌봐야만 하는 자녀나 장애인이 있습니까?**

예  아니오 '예'인 경우, 구체적으로 적어 주십시오. '아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.





6i. 학생  
 혜택을 신청하는 사람 중에 대학이나 직업 학교에 다니고 있는 사람이 있습니까?  예  아니오  
 '예'인 경우 이 질문에 대해 주십시오. '아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.

이름	학교 이름/교육명	등록 상태 (✓ 한 곳에 체크할 것)	일을 합니까?
		<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: _____



6m. 6항 또는 6b항 질문에 기재한 사람 중에 임신 증이거나 10대 부모가 있습니까?  예  아니오  
 '예'인 경우 질문에 대해 주십시오. '아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.

이름	20세 미만입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	10대 부모입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	20세 미만인 경우 학교 상황 <input type="checkbox"/> 고등학교 졸업장이 있음 <input type="checkbox"/> GED가 있음 <input type="checkbox"/> 정규적으로 등교하고 있음 <input type="checkbox"/> 정규적으로 등교하지 않음(이유 설명):	출산 예정일 (아는 경우)	현재 태어날 아기가 몇명으로 예상됩니까?
이름	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 고등학교 졸업장이 있음 <input type="checkbox"/> GED가 있음 <input type="checkbox"/> 정규적으로 등교하고 있음 <input type="checkbox"/> 정규적으로 등교하지 않음(이유 설명):	출산 예정일 (아는 경우)	현재 태어날 아기가 몇명으로 예상됩니까?
이름	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 고등학교 졸업장이 있음 <input type="checkbox"/> GED가 있음 <input type="checkbox"/> 정규적으로 등교하고 있음 <input type="checkbox"/> 정규적으로 등교하지 않음(이유 설명):	출산 예정일 (아는 경우)	현재 태어날 아기가 몇명으로 예상됩니까?



6n. Cal-Learn 프로그램으로부터 현금 보너스, 벌금 또는 보육서비스, 교통 또는 그 외 서비스를 받은 사람이 있습니까?  예  아니오  
 '예'인 경우 질문에 대해 주십시오. '아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.

이름	장소 (카운티)	받은 날짜(들)



6o. 6항 질문에 기재한 사람 중에 위탁 양육을 받은 사람이 있습니까?  예  아니오  
 '예'인 경우 구체적으로 설명할 것.

이름:	시기:	주:	이 사람은 현재 나이가 26세 이하이고 18 번째 생일에 위탁 양육 상태였습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
이름:	시기:	주:	이 사람은 현재 나이가 26세 이하이고 18 번째 생일에 위탁 양육 상태였습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오



6p. 현재 귀 가구에 위탁 아동이 살고 있습니까?  예  아니오

'예'인 경우, 누구입니까? \_\_\_\_\_

해당 위탁 아동(들)에 대해 다음 질문에 대해 주십시오.

이 아동(들)이 법원의 부양(디펜던시) 명령에 따라 귀 가정으로 보내졌습니까?  예  아니오

귀하는 위탁 양육 아동(들)이 귀하의 CalFresh 사례에 포함되기를 원하십니까?  예  아니오

'예'인 경우, 귀하가 수령하는 위탁 양육 소득은 불로소득으로 간주됩니다.

'아니오'인 경우, 귀하의 위탁 양육 소득은 불로 소득으로 간주되지 않습니다.



6q. 6항 질문에 기재한 사람 전원이 캘리포니아 주에 거주하고 있으며 앞으로도 계속 거주할 것으로 예상됩니까?  예  아니오

'아니오'인 경우 구체적으로 설명해 주십시오.



6r. 6항 질문에 기재한 사람들 중에 앞으로 캘리포니아 주를 30일 이상 떠나 있을 사람이 있습니까?  예  아니오

'예'인 경우 구체적으로 적어 주십시오.

이름	언제 떠날 예정입니까?	캘리포니아 주로 다시 돌아올 계획입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'인 경우 돌아 올 시기를 적어 주십시오.
이름	언제 떠날 예정입니까?	캘리포니아 주로 다시 돌아올 계획입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'인 경우 돌아 올 시기를 적어 주십시오.



**7. 불로소득**

불로소득(일을 하지 않고 받는 소득)이 있는 사람이 있습니까?  예  아니오 '예'인 경우, 이 질문에 대해 주십시오.

'아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.

아래 예에서 해당되는 형태의 모든 불로소득에 체크하십시오(여기에 기재되지 않은 것도 있을 수 있음).

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 사회보장 장애 수당                   | <input type="checkbox"/> 어음, 계약서, 신탁 증서, 약속 어음의 판매 | <input type="checkbox"/> 복권/도박에서 딴 돈    |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP                      | <input type="checkbox"/> 재향 군인 교육 수당/소득            | <input type="checkbox"/> 집세/식품/의류비 도움   |
| <input type="checkbox"/> 현금보조금                        | <input type="checkbox"/> 정부/철도 장애 또는 퇴직 수당         | <input type="checkbox"/> 보험금 또는 법적 합의금  |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI/RCA | <input type="checkbox"/> 재향 군인 수당 또는 군인 연금         | <input type="checkbox"/> 개인 장애 또는 퇴직 수당 |
| <input type="checkbox"/> 숙식(임차인으로부터)                  | <input type="checkbox"/> 재정 지원(학자금/용자/장학금)         | <input type="checkbox"/> 배당금 및 이자 소득    |
| <input type="checkbox"/> 연금                           | <input type="checkbox"/> 현금 선물 또는 기타 용자            | <input type="checkbox"/> 파업 수당          |
| <input type="checkbox"/> 자녀/배우자 부양비                   | <input type="checkbox"/> 실업 보험/주정부 장애 보험(SDI)      | <input type="checkbox"/> 기타 _____       |
| <input type="checkbox"/> 임대료/로열티                      | <input type="checkbox"/> 산재 보상금                    | _____                                   |
| <input type="checkbox"/> 사회보장 퇴직금 또는 생존자 수당           | <input type="checkbox"/> 순수 농업/어업 소득               |   |
| <input type="checkbox"/> 일인당 지급금                      |  |   |
| <input type="checkbox"/> 실무 학습/근로 연계 복지 또는 기타 프로그램    |  |   |

수령인	출처	금액	수령 횟수 (1회, 매주, 매월 또는 기타)	계속 받을 것으로 예상하십니까? ( '예' 또는 '아니오'에 체크할 것)
				<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 설명하십시오.



**8. 근로소득**

근로소득(일하고 받는 급여)이 있는 사람이 있습니까?  예  아니오 '예'인 경우 이 질문에 대해 주십시오.  
 '아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.

참고: 자영업자인 경우 아래 8a항을 기재해 주십시오.

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

근로소득의 예는 다음과 같습니다(이 예는 풀타임, 임시 계절형 일자리 또는 교육/훈련이 될 수 있으며, 여기에 기재되지 않은 형태도 있을 수 있음).

- 임금
- 커미션
- 팁
- 급여
- 실무 학습(학생)
- 카운터의 도움을 받아 얻게 된 유급 일자리를 모두 포함시키십시오.

근로자	고용주 이름 및 주소	고용주 전화번호	시간당 급여	주당 평균 근무 시간	수령 횟수 (주 1회, 매월 또는 기타)	이 달에 받은 총 근로 소득	계속 받을 것으로 예 상합니까? ( '예' 또는 '아니오'에 체크할 것)
			\$			\$	<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 예상하지 않는 경우, 그 이유를 설명하십시오.



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

지난 해에 그러한 일이 있었던 적이 있습니까?  예  아니오

카운터의 도움으로 이 직장을 구했습니까?  예  아니오

'예'인 경우, 해당인:		실직 또는 그만 두었거나 옮긴 날짜	마지막 임금 수령일	이유?
파업 중인 사람이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	'예'인 경우, 누구입니까?	파업 시작한 날짜	마지막 임금 수령일	이유?



**8a. 자영업**

자영업을 하는 가구 구성원의 경우 실제 자영업 지출 비용을 받을 수 있습니다(또는 CalFresh나 현금보조금의 경우 자영업 소득의 표준 40%를 공제함). 현금보조금의 경우 월 평균(연 사업 비용을 12개월로 나눈 금액)을 사용하겠다고 선택할 수 있습니다. 실제 비용을 선택하는 경우 별도의 용지에 본인의 사업비 지출 내역을 기재해 주십시오.

자영업자	사업자명	사업 유형	사업 개시일	총 월 소득	자영업 지출비 (한 곳에 ✓ 체크할 것)	*순 월 소득
				\$	<input type="checkbox"/> 40% 고정 비율(CalFresh/현금보조금) <input type="checkbox"/> 실제 비용 \$ _____ <input type="checkbox"/> 월 평균 \$ _____	\$
				\$	<input type="checkbox"/> 40% 고정 비율(CalFresh/현금보조금) <input type="checkbox"/> 실제 비용 \$ _____ <input type="checkbox"/> 월 평균 \$ _____	\$
				\$	<input type="checkbox"/> 40% 고정 비율(CalFresh/현금보조금) <input type="checkbox"/> 실제 비용 \$ _____ <input type="checkbox"/> 월 평균 \$ _____	\$

\* 순 월 소득은 총 월소득에서 지출비를 차감한 금액임

**9. 기타 소득**

숙박 또는 집세, 유틸리티, 식품 또는 의류 등을 근로 대가로 또는 무상으로 받는 사람이 있습니까?  예  아니오



'예'인 경우 이 질문에 대해 주십시오.

'아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.

받는 항목	무상	근로 대가	받는 당사자	가치	제공자
숙박 또는 집세	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
유틸리티(예: 전기세, 수도세)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
식품	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
의류	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	

**10. 연 소득**

총소득액(불로소득, 근로소득 및 자영업)이 매월 바뀌는 사람이 있습니까?  예  아니오

'예'인 경우 이 질문에 대해 주십시오.

'아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.

해당 개인 이름	올해 총 예상 소득	내년 총 예상 소득 (바뀔 것이라고 생각되는 경우)
	\$	\$
	\$	\$

**11. 가구 내 자녀/성인 돌봄 비용(비용이 공제 항목이 되도록 할 예정인 경우 발생한 실제 금액).**

귀하나 다른 사람이 출근, 등교 또는 구직 활동을 할 수 있도록 자녀, 장애 성인 또는 기타 피부양자를 돌보는 비용을 지불하는 사람이 있습니까?

예  아니오 '예'인 경우, 이 질문에 대해 주십시오.

'아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.



돌봄 대상자	자녀/성인을 돌보는 사람 (돌보는 사람의 이름과 주소)	지불 금액	지불 횟수 (매주/매월, 기타)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

위에 적힌 자녀/성인 돌봄 비용을 전액이나 일부 지불해 주는 사람이 있습니까?  예  아니오 예인 경우 아래에 대해 주십시오.

돌봄 대상자	비용을 전액/일부 지불하는 사람	지불 금액	지불 횟수 (매주/매월, 기타)
		\$	
		\$	

**12. 자녀 양육비 지급**

6항 질문에 기재한 사람 중에 밀린 자녀 양육비를 포함해 법적으로 자녀 양육비를 지불해야 하는 사람이 있습니까?  예  아니오

'예'인 경우 이 질문에 대해 주십시오.

'아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.

자녀 양육비를 지불하는 사람	지불받는 양육비의 대상 자녀(들)의 이름:	양육비 금액	지불 횟수 (매주/매월, 기타)
		\$	
		\$	



**13. 배우자 부양/별거 수당**6항 질문에 기재한 사람 중에 배우자 부양비/별거 수당을 법적으로 지불해야 하는 사람이 있습니까?  예  아니오

'예'인 경우 아래 질문에 답해 주십시오.

'아니오'인 경우 다음 질문으로 건너뛰십시오.

배우자 부양비/별거 수당을 지불하는 사람	지불 금액	지불 횟수 (매주, 격주, 매월, 기타)
	\$	
	\$	

**14. 특수 필요 비용**

다음은 필요로 하는 특수 건강증세나 상황에 처해 있는 사람이 있습니까?

의사가 처방한 특수 식이요법?  예  아니오      그 외 특수 요구? (구체적으로)  예  아니오

특수 전화기 또는 기타 장비?  예  아니오      \_\_\_\_\_

가사일(가사일을 할 사람이 집에 없는 경우)?  예  아니오      특수 요구가 필요한 사람의 이름을 적고 상황을 설명해 주십시오.

매우 높은 유틸리티 사용량?  예  아니오      \_\_\_\_\_

특수 세탁 서비스?  예  아니오

**15. 가게 비용**식품을 함께 구입하고 음식을 함께 준비하는 사람 중에 가게 비용을 청구받는 사람이 있습니까?  예  아니오

'예'인 경우 이 질문에 답해 주십시오.

'아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.

**참고:** 주택도시개발부(HUD) 또는 제 8조와 같이 주택 지원을 통해 지급되는 금액은 기재하지 마십시오. 난방, 냉방, 전화, 기타 유틸리티 및 노숙자 보호 시설 등은 정해진 수당입니다. 실제 지급 금액을 적으실 필요는 없습니다.

비용 유형	비용 유/무	비용을 지불하는 사람	지불 금액	지불 횟수 (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 가스, 전기 또는 기타 연료비(집세 또는 모기지와 별도로 인 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			
가족이 아닌 사람이 위에 열거된 비용 납부에 도움을 주는 사람이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'인 경우 적어 주십시오.		도와주는 사람	지불 금액 \$	지불 횟수

귀 가족은 저소득 가정 에너지 지원 프로그램(LIHEAP)으로부터 지원금을 받고 있거나 받을 것으로 예상합니까?  예  아니오

**16. 의료비 지출:**

귀하 또는 식료품을 함께 구입하고 음식을 함께 준비하는 사람 중에 본인 부담으로 의료비를 지출하는 노인(60세 이상) 또는 장애인이 있습니까?  예  아니오  
 '예'인 경우 이 질문에 대해 주십시오.  
 '아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.  
**참고:** SSI 또는 장애 및 맹인 수혜자를 위한 피부양자 지급금을 받는 배우자 또는 자녀는 기재하지 마십시오.  
 조만간 곧 발생될 것으로 예상되는 비용은 기재하십시오.

허용되는 의료비:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <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 병약으로 인해 필요한 간병인 유지 비용 | <input type="checkbox"/> 처방 의약 용품 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"/> 처방받은 일반 의약품                     |   |

해당 고령자/장애인 이름	비용 금액	지불 횟수 (매월, 매주, 기타)	비용 유형 (처방, 의치, 간병인 식사 횟수 등)	지출한 의료비 환급 여부 (Medi-Cal, 보험사, 가구 구성원이 환급해 줌)
	\$			'예'인 경우, 환급 출처: 금액: \$
	\$			'예'인 경우, 환급 출처: 금액: \$

**17. 기타 세금 공제 대상 비용**

아래에 연방 소득세 신고시 공제가능한 비용을 지불하는 사람을 기재하면 건강보험 비용을 약간 낮출 수 있습니다. 자영업 비용에 이미 포함시킨 항목은 기재하지 마십시오. 이 외 공제가능한 비용이 있으면 이 질문에 대해 주십시오. '아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.

비용 유형	비용 유/무	지불하는 사람	지불 횟수 (매주/매월)
별거 수당	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
학자금 대출 이자	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
기타 공제(구체적으로 적을 것)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		

**18. 6항 질문에 기재한 가구 구성원 중에 다음으로부터 식품을 받는 사람이 있습니까?**  예  아니오

'예'인 경우 이 질문에 대해 주십시오. '아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.

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

받는 사람	프로그램 이름/시설
받는 사람	프로그램 이름/시설

**19. 6항 질문에 기재한 가구 구성원 중에 다음 시설 중 한 곳에 거주하는 사람이 있습니까?**  예  아니오

'예'인 경우 이 질문에 대해 주십시오. '아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>노숙자 보호 시설</li> <li>가정 폭력 피해 여성 보호 시설</li> <li>미국 원주민 보호 구역</li> <li>약물/알코올 사회 복귀 치료 센터</li> <li>교정 시설/형무소(유치장 또는 교도소)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>맹인/장애인을 위한 그룹 거주 시설</li> <li>연방 보조금 지원 주택</li> <li>정신 병원/정신 질환자 보호 시설</li> <li>병원</li> <li>장기 요양/숙박 및 요양 시설</li> </ul> |
|---|---|

해당인의 이름	기관 이름(센터, 보호 시설, 시설 등)	퇴원/퇴거 예상일 (해당되는 경우)

**20.** 가구 내 지원 서비스(IHSS)를 받는 사람이 있습니까?  예  아니오  
 '예'인 경우 아래 정보를 기재해 주십시오.

서비스를 받는 사람	서비스를 위해 매달 지불하는 금액 \$
------------	--------------------------

**21.** 6항 질문에 기재한 사람들은 모두 귀하와 함께 식품을 구입하고 식사 준비를 합니까?  예  아니오  
 '아니오'인 경우, 귀하와 함께 식품 구입 및 식사 준비를 같이 하지 않는 사람들을 적어 주십시오.

이름	이름
이름	이름

**21a.** 귀하와 함께 거주하는 사람 중 60세 이상이고 장애 때문에 혼자서 식품을 구입하고 식사 준비를 할 수 없는 사람이 있습니까?  
 예  아니오 '예'인 경우, 해당인: \_\_\_\_\_

**22.** 건강보험이 필요한 사람에 대해 다음 질문에 답해 주십시오. 현재 다음에서 제공하는 건강보험에 가입되어 있는 사람이 있습니까?  
 예  아니오  
 '예'인 경우, 혜택 유형에 체크한 다음 그 사람이 가입되어 있는 건강보험 옆에 해당 개인(들)의 이름(들)을 적어 주십시오.

<input type="checkbox"/> 메디케이드(Medi-Cal)	<input type="checkbox"/> 고용주 건강보험
<input type="checkbox"/> CHIP(아동 건강보험 프로그램)	건강보험 이름
<input type="checkbox"/> 메디케어	보험 약관 번호:
<input type="checkbox"/> TRICARE(직접 케어나 Line of Duty를 갖고 있는 경우 체크하지 마십시오)	COBRA(통합옴니버스예산조정법)에 따른 수당입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	퇴직자 건강플랜입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<input type="checkbox"/> 재향 군인(VA) 건강보험 프로그램	주정부 공무원 혜택 플랜입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<input type="checkbox"/> 평화 봉사단(Peace Corps)	<input type="checkbox"/> 기타
	건강보험 이름
	보험 약관 번호:
	학교 사고 보험처럼 제한적 혜택 플랜입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

**22a.** 본 신청서에 기재한 사람 중에 직장 건강보험을 갖고 있는 사람이 있습니까?  예  아니오  
 '예'인 경우 부록 A를 작성해 함께 제출해야 합니다.

**22b.** 건강보험이 종료될 것으로 예상되거나 지난 90일 사이에 실제로 건강보험이 종료된 사람이 있습니까?  예  아니오  
 '예'인 경우 질문에 답해 주십시오. '아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.

보험사	피보험자	만료일	종료 이유

**22c.** 지난 3개월 사이에 발생한 의료비 청구액에 대해 도움 받기를 원하는 사람이 있습니까?  예  아니오  
 '예'인 경우, 해당인: \_\_\_\_\_

**23.** 6항 질문에 기재한 사람 중에 내년에 연방 소득세 신고서를 제출할 계획인 사람이 있습니까?  예  아니오  
 '예'인 경우 각 세금 신고자별로 아래 질문에 답해 주십시오.  
 '아니오'인 경우 23f로 가십시오.

**23a.** 23항 질문에 '예'라고 답한 경우 내년에 연방 소득세 신고서를 제출할 계획인 개인별로 이 항목을 작성해 주십시오. 연방 소득세 신고를 하지 않더라도 건강보험을 신청할 수 있습니다.

**23b.** 연방 소득세 신고서를 제출할 계획인 사람의 이름: \_\_\_\_\_

**23c.** 이 사람은 배우자와 공동으로 신고할 예정입니까?  예  아니오  
 '예'인 경우 배우자의 이름: \_\_\_\_\_

**23d.** 이 사람은 소득세 신고서에 피부양자를 포함시킬 예정입니까?  예  아니오  
 '예'인 경우 포함시킬 피부양자(들)의 이름을 적어 주십시오. \_\_\_\_\_

**23e.** 23d에 기재한 피부양자를 포함시킬 신고자와 어떤 관계입니까? \_\_\_\_\_

**23f.** 추후 건강보험료 지불에 대한 본인의 자격 여부 결정에 대한 용이성. 본인은 세금 신고서에 기재된 정보를 포함해, 카운티에서 소득 데이터를 사용할 수 있음을 허용합니다. 카운티는 본인에게 통지서를 보낼 것이며, 본인으로 하여금 필요한 사항을 변경할 수 있도록 하며, 본인은 언제든지 해당 선택을 철회(오프아웃)할 수 있습니다.  
 예, 다음 기간동안 본인의 수혜자격을 자동으로 갱신해 주십시오(한 곳에 체크할 것):  5년  4년  3년  2년  1년  
 아니오, 본인의 혜택을 갱신하는데 소득 신고서에 있는 정보를 사용하지 말아 주십시오.



**24. 자산**

가족 중에 자산을 갖고 있는 사람이 있습니까(현금, 은행 잔고, CD, 주식 및 채권 등)?

예  아니오 '예'인 경우, 이 질문에 대해 주십시오. '아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.

건강보험의 경우 선택 사항. 신청자 중 65세 이상이거나 장애인이 있는 경우에 한해 답해 주십시오. 현금보조금 및 CalFresh 신청자의 경우 반드시 질문에 답해야 합니다.

아래에 열거된 자산 중 귀하 또는 가구 구성원이 보유하고 있는 자산에 모두 체크하십시오:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 은행/신용 조합 계좌(수표계좌)  | <input type="checkbox"/> 머니마켓계좌(MMA)           | <input type="checkbox"/> 주식             |
| <input type="checkbox"/> 은행/신용 조합 계좌(보통예금)  | <input type="checkbox"/> 뮤추얼 펀드/신탁 기금          | <input type="checkbox"/> 채권             |
| <input type="checkbox"/> 안전 금고 박스           | <input type="checkbox"/> 예금 증서(CD)/개인연금계좌(IRA) | <input type="checkbox"/> 현금화하지 않은 개인수표  |
| <input type="checkbox"/> 저축 채권(들)           | <input type="checkbox"/> 보유 현금                 | <input type="checkbox"/> 생명 보험 또는 장례 보험 |
| <input type="checkbox"/> 원유 시추권, 광업권 또는 채굴권 | <input type="checkbox"/> 어음, 모기지, 신탁 증서        | <input type="checkbox"/> 기타: _____      |

다른 사람과 공동 계좌인 경우 아래에 명시해 주십시오.

위에 체크한 항목 각각에 대해 아래 정보를 기재해 주십시오.

해당 자산은 누구 이름으로 기재되어 있습니까?	자산 유형	자산 가치	자산 보유 출처 (돈이 보관되어 있는 은행이나 회사 이름)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

귀하 또는 가구 구성원이 지난 30 개월 사이에 자산을 판매, 교환, 증여 또는 양도한 적이 있습니까?  예  아니오

시기	자산 유형	자산 가치	해당 자산에 대해 받은 금액
		\$	\$

자산 교환 또는 증여한 경우 그에 대해 설명하십시오.



건강보험의 경우 선택 사항. 신청자 중 65세 이상이거나 장애인이 있는 경우에 한해 답해 주십시오.

**25. 개인 소유 재산**

가구 구성원 중 개인 또는 사업 관련 소유 재산이 있는 사람이 있습니까?  예  아니오

'예'인 경우 질문에 대해 주십시오. '아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 공구     | <input type="checkbox"/> 스포츠 용품, 총기류                        |
| <input type="checkbox"/> 사업 재고  | <input type="checkbox"/> 무동력 보트 및/또는 트레일러                   |
| <input type="checkbox"/> 가축     | <input type="checkbox"/> 캠핑용 셸(캠퍼 셸)                        |
| <input type="checkbox"/> 사업용 장비 | <input type="checkbox"/> 개인 공구/도구                           |
|                                 | <input type="checkbox"/> 보석류, 미술품, 골동품, 수집품, 악기(피아노, 오르간 등) |

다른 사람과 공동 소유인 경우에도 적어 주십시오. 결혼 또는 약혼 반지, 가보 등은 포함시키지 마십시오.

그 밖에 가치가 \$100가 넘는 보석류 및 \$500가 넘는 가정 용품/개인 용품 등을 기재해 주십시오.

품목	매매 대상으로 올라 있습니까?	구입 가격 또는 현재 시가	지급 금액
	<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	\$	\$

건강보험의 경우 선택 사항. 신청자 중 65세 이상이거나 장애인이 있는 경우에 한해 답하십시오. 현금보조금 신청자의 경우 반드시 질문에 답해야 합니다.

**26. 차량**  
 현재 작동이 되지 않더라도 차량, 오토바이, 스노우모빌, 레저용 차량(RV), 모터보트 등과 같은 모터 차량을 소유, 사용 또는 등록 서류에 이름이 등록되어 있는 사람이 있습니까?  예  아니오  
 '예'로 답한 경우 부록 E에 있는 정보를 작성하십시오.

**27. 6항 질문에 기재한 사람 중에 다른 주 또는 다른 나라에 소재한 부동산을 포함해, 주택, 토지 또는 재산을 소유하고 있거나 구입하는 사람이 있습니까?**  
 예  아니오 '예'인 경우, 구체적으로 설명하십시오.

건강보험의 경우 선택 사항. 신청자 중 65세 이상이거나 장애인이 있는 경우에 한해 답하십시오.

이 주택/부동산을 소유/구매하는 사람	해당 주택/부동산의 주소지	주택을 소유주로부터 임대한 사람이 있습니까?	소유주가 임대료로 받는 금액		현재는 살고 있지 않지만 언젠가 소유주가 그 집으로 이사 들어갈 계획입니까?
			\$	<input type="checkbox"/> 임대 중 <input type="checkbox"/> 아님	
		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	\$	<input type="checkbox"/> 임대 중 <input type="checkbox"/> 아님	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	\$	<input type="checkbox"/> 임대 중 <input type="checkbox"/> 아님	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

**28. 대안 처분 프로그램(Diversion Program)**  
 어느 카운티 또는 주에서든 대안 처분(Diversion) 현금 지급금 또는 비현금 서비스를 받은 사람이 있습니까?  예  아니오  
 '예'인 경우 이 질문에 대해 주십시오. '아니오'인 경우 다음 질문으로 가십시오.

이름	지급 카운티/주	수령 금액	수령 서비스 목록	추정 서비스 가치	최종 수령 날짜
		\$		\$	

**29. 이중 혜택**  
 귀하 또는 가구 구성원 중 1996년 9월 22일 이후 어떤 주에서든 부정확한 방법으로 이중 SNAP(연방 식품 지원 프로그램 이름) 혜택을 수령한 죄로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까?  예  아니오

'예'인 경우, 해당인: \_\_\_\_\_

**30. 혜택 불법 거래**  
 귀하 또는 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

'예'인 경우, 해당인: \_\_\_\_\_

**31. 혜택을 마약류와 교환**  
 귀하 또는 가구 구성원 중 1996년 9월 22일 이후에 SNAP 혜택을 마약류와 교환한 죄로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까?  예  아니오

'예'인 경우, 해당인: \_\_\_\_\_

**32. 혜택을 무기류 또는 폭약류와 교환**  
 귀하 또는 가구 구성원 중 1996년 9월 22일 이후에 SNAP 혜택을 총기류, 화약류 또는 폭약류와 교환한 죄로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까?  예  아니오

'예'인 경우, 해당인: \_\_\_\_\_

**33. 사기**  
 귀하 또는 가구 구성원 중 복지 관련 사기행위(Welfare Fraud)로 유죄 판결을 받아 현금보조금 지급이 중단되었던 사람이 있습니까?  예  아니오


'예'인 경우, 해당인: \_\_\_\_\_ 언제: \_\_\_\_\_


어디서? \_\_\_\_\_


**34. 비협조/제재조치**  
 귀하 또는 가구 구성원 중 수혜자격 요건에 협조하지 않거나, 근로/교육훈련 제재조치 또는 그 외 다른 이유로 현금보조금 지급이 중단되었던 사람이 있습니까?  예  아니오


'예'인 경우, 해당인: \_\_\_\_\_ 언제: \_\_\_\_\_


어디서: \_\_\_\_\_ 이유: \_\_\_\_\_

 **35. 도주 중인 중죄인**  
 귀하 또는 가구 구성원 중 중범죄 또는 중범죄 미수에 대한 기소, 구금 또는 징역 처벌을 피하기 위해 숨어 있거나 도주 중인 사람이 있습니까?  예  아니오


 '예'인 경우, 해당인: \_\_\_\_\_

 **36. 보호 관찰/가석방 조건 위반**  
 귀하 또는 가구 구성원 중 보호 관찰 또는 가석방 조건 위반자로 법원 판결을 받은 사람이 있습니까?  예  아니오

 '예'인 경우, 해당인: \_\_\_\_\_

 **37. 기타 특별 필요**  
 화재, 지진 또는 홍수 등과 같은 갑작스러운 및/또는 특이한 상황으로 인해 유실 또는 손상된 주택이나 생활 필수품에 대해 특별 필요 보조금을 신청하기를 원하십니까?  예  아니오

'예'인 경우, 그에 대해 설명하십시오.

 **38. 기타 서비스**  
 다음과 같은 서비스가 제공되고 있습니다. 질문에 대한 귀하의 답변은 귀하의 수혜자격에 아무런 영향을 미치지 않습니다.


A. 요청 하에 21세 미만의 수혜 자격자는 CHDP(아동 건강 및 장애 예방 프로그램)를 통해 귀 가족의 건강 보호를 위한 정기 건강 검진을 제공받을 수 있습니다.


- CHDP 서비스에 관한 상세 정보를 원하십니까?  예  아니오
- CHDP 의료 서비스를 받기를 원하십니까?  예  아니오
- CHDP 치과 서비스를 받기를 원하십니까?  예  아니오
- CHDP 서비스 예약 또는 교통편과 관련해 도움이 필요하십니까?  예  아니오

B. 예방 접종 서비스에 관한 자세한 정보를 원하십니까?  예  아니오

C. 임산부의 경우, 의사를 찾는 일, 건강식을 먹는 일, 그리고 그 외 다른 사안과 관련해 도움을 받으실 수 있습니다. 이러한 도움과 관련해 담당자와 상의하기를 원하십니까?  예  아니오

D. 모유 수유 중이십니까?  예  아니오  
 '예'인 경우, 지난 12개월 사이에 출산을 하셨습니까?  예  아니오  
 38 C 또는 D에 '예'라고 체크한 경우, WIC(여성, 영유아 및 아동을 위한 특수 보충 식품 프로그램)에서 제공하는 서비스를 받으실 수도 있습니다.

E. 귀하 또는 가구 구성원 중, 원치 않는 임신을 방지하거나 다음 자녀 출산 계획을 세우는 데 도움을 받을 수 있도록 무상 또는 저비용 가족 계획 서비스를 받기를 원하는 사람이 있습니까?  예  아니오  
 '예'인 경우, 귀하의 건강보험 플랜 또는 주치의에게 전화하십시오. 또는, 비공개 가족 계획 클리닉의 위치 및 관련 정보가 필요하시면 수신자 부담 전화 1-800-942-1054번으로 전화하십시오.

 **39. 제삼자 책임**  
 건강보험을 신청하는 사람 중에 사고 또는 부상으로 인해 근로자 보상 청구, 소송 또는 합의와 관련해 있는 사람이 있습니까?  예  아니오

'예'인 경우 해당인: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**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 is the total of cash on hand, checking and savings accounts \$100 or less?

Yes  No

Is the household's combined gross income and liquid resources 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?

Yes  No

Does the CalWORKs Assistance Unit have a pay-or-quit or other eviction notice?

Yes  No

 부록 A

직장에서 제공하는 건강보험

가구 구성원 중 직장에서 제공하는 건강보험 혜택 자격 요건을 충족하는 사람이 없는 경우 이 질문에 답할 필요가 없습니다. 각기 다른 고용주로부터 건강보험을 제공받는 사람이 한 사람 이상인 경우, 이 페이지를 복사해 한 부씩 작성하면 됩니다(또는 필요한 만큼 복사해 1인당 1부씩 사용하십시오).

먼저, 보험을 제공하는 직장(고용주)에 대해 알려주십시오.

1. 직원 이름(이름, 가운데 이름, 성)	2. 직원 사회보장번호(SSN) — —
-------------------------	--------------------------

**고용주 정보**

3. 고용주 이름	4. 고용주 식별 번호(EIN) —
5. 고용주 주소	6. 고용주 전화번호 ( )
7. 시	8. 주
9. 우편번호	

10. 이 직장의 직원 건강보험과 관련해 연락할 수 있는 담당자는 누구입니까?

11. 전화번호(고용주 전화번호와 다른 경우) ( )	12. 고용주 이메일 주소(고용주 대표 이메일)
----------------------------------	----------------------------

**13. 귀하는 현재 이 고용주가 제공하는 혜택 수령 자격을 충족합니까, 아니면 앞으로 3개월 내에 충족하게 될 예정입니까?**

- 아니오(신청서의 이 섹션은 여기서 중단하십시오)
- 예(계속)

**13a. 대기 또는 가채용 기간인 경우 언제 가입해 혜택을 받으실 수 있습니까?** \_\_\_\_\_ (월/일/년)

이 직장에서 제공하는 혜택 수령 자격 요건을 현재 충족하거나 충족하게 될 사람이 또 있는 경우 모두 이름을 적어 주십시오.

이름: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_

이 고용주가 제공하는 건강보험 플랜에 대해 알려주십시오.

**14. 이 고용주는 최저 가치 기준을 충족하는 건강보험을 제공합니까\*?**  예  아니오

**14a. 주정부 공무원 혜택 플랜입니까?**  예  아니오

**15. 직원들에게만 제공되는 최저 가치 기준을 충족하는 최저 비용 플랜의 경우(가족 플랜은 포함시키지 마십시오):**

고용주가 건강 프로그램을 운영하고 있는 경우, 직원이 일체의 금연(직원이 흡연을 그만두는 데 도움이 되는) 프로그램에 대해 최대 할인을 받았고 건강 프로그램을 근거로 다른 할인은 일체 받지 않은 경우 직원이 납입할 보험료를 제공 해 주십시오.

- a. 이 플랜에서 직원은 보험료로 얼마를 납입하게 됩니까? \$ \_\_\_\_\_
- b. 지불 횟수  매주  격주  한 달에 2회  매월  매분기  매년

고용주가 건강 프로그램을 제공하지 않습니다.

**16. 고용주는 새 플랜 연도에 어떤 사항을 변경할 계획입니까(알려진 경우)?**

- 고용주가 더 이상 건강보험 혜택을 제공하지 않는다.
- 고용주는 직원들에게 건강보험 혜택을 제공하기 시작하거나 최저 가치 기준을 충족하는 직원들에게만 제공되는 최저 비용 플랜에 대한 보험료를 변경할 계획이다.
- a. 이 플랜에서 직원은 보험료로 얼마를 지불하게 됩니까? \$ \_\_\_\_\_
- b. 지불 횟수  매주  격주  한 달에 2회  매월  매분기  매년
- c. 변경일(월/일/년): \_\_\_\_\_
- 예정된 변경 사항이 없다.

\*고용주가 스폰서하는 건강보험 플랜은 플랜의 범위에 해당되는 허용된 수당 비용 총액에서 차지하는 플랜의 비중이 그러한 비용의 60% 이상인 경우 “최저 가치 기준”을 충족합니다(1986년 국세청 규정[Internal Revenue Code] 제 36조 B(c)(2)(C)(ii)).



귀하 또는 가구 구성원(배우자 및/또는 피부양자)이 미국 원주민(인디언) 또는 알래스카 원주민인 경우 이 항목을 작성하십시오. 신청서와 함께 제출하십시오.

귀하 가족 중 미국 원주민(인디언) 또는 알래스카 원주민(들)에 대해 알려주십시오.

미국 원주민과 알래스카 원주민의 경우 인디언 건강 서비스(Indian Health Services), 부족 건강 프로그램 또는 도시 인디언 건강 프로그램 서비스를 이용할 수 있습니다. 또한 비용 부담금을 납입하지 않고 특별 월단위 가입 기간을 이용하는 것이 가능할 수 있습니다. 가족이 최대한의 지원을 받을 수 있도록 아래 질문에 답해 주십시오. 해당되는 가구 구성원이 2명 보다 많은 경우 이 페이지를 복사해 첨부해 주십시오. 또 별도의 용지를 사용해도 됩니다. 단, 답 옆에 질문 번호를 반드시 적어 주십시오.

	미국 원주민/알래스카 원주민 개인 1	미국 원주민/알래스카 원주민 개인 2
1. 이름(이름, 가운데 이름, 성)	이름 가운데 이름  성	이름 가운데 이름  성
2. 연방 정부가 인정한 부족의 일원입니까?	<input type="checkbox"/> 예 예인 경우, 부족 이름 _____ <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 예인 경우, 부족 이름 _____ <input type="checkbox"/> 아니오
3. 이 사람은 인디언 건강 서비스(Indian Health Service), 부족 건강 프로그램, 또는 이 프로그램들 중 한 프로그램에서 의뢰를 통해 서비스를 받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 아니오인 경우, 이 사람은 인디언 건강 서비스(Indian Health Service), 부족 건강 프로그램, 또는 이 프로그램들 중 한 프로그램에서 의뢰를 통해 서비스를 받을 수 있는 자격 요건을 충족합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 아니오인 경우, 이 사람은 인디언 건강 서비스(Indian Health Service), 부족 건강 프로그램, 또는 이 프로그램들 중 한 프로그램에서 의뢰를 통해 서비스를 받을 수 있는 자격 요건을 충족합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
4. 수입금 중에는 메디케이드(Medicaid) 또는 CHIP(아동 건강 보험 프로그램) 대상으로 산정되지 않는 경우도 있습니다. 신청서에 기재한 소득 중에 이러한 출처로부터 나온 금액이 포함된 소득(금액과 빈도수)을 모두 적어 주십시오.  <ul style="list-style-type: none"> <li>천연 자원, 사용 권리, 리스 또는 로열티로부터 나오는 돈으로 부족이 지급하는 1인당 지급금</li> <li>내무부(DOI)에서 인디언 신탁 토지로 지정한 토지(보호 구역 및 전 보호 구역 포함)에서 나오는 천연 자원, 농업, 목장 운영, 어업, 리스 또는 로열티 수입</li> <li>문화적 의미가 있는 품목 판매에서 나오는 수입</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 예 - 예인 경우 아래 정보를 기재해 주십시오: <input type="checkbox"/> 신고 사항 없음  \$ _____  얼마나 자주? (매일, 매주, 격주, 매월, 매년, 기타) _____  _____	<input type="checkbox"/> 예 - 예인 경우 아래 정보를 기재해 주십시오: <input type="checkbox"/> 신고 사항 없음  \$ _____  얼마나 자주? (매일, 매주, 격주, 매월, 매년, 기타) _____  _____

본 신청 중 건강보험 부분에 대해 누군가 지정 대리인 역할을 해 주었으면 하는 경우 이 페이지 질문에 답해 주십시오. 귀하가 본 신청에 있어 누군가의 법적으로 임명된 대리인인 경우 신청서와 함께 증빙자료를 제출해 주십시오.

1. 지정 대리인의 이름(이름, 가운데 이름, 성)		
2. 주소		3. 아파트 또는 방 호수
4. 시	5. 주	6. 우편번호
7. 전화번호 ( )		
8. 조직명(해당 경우)		9. ID 번호(해당 경우)
여기에 서명함으로써 귀하는 이 사람이 본 신청의 건강보험 부분에 관한 공식 정보를 얻고 커버드 캘리포니아(Covered California) 또는 카운티 인적서비스청(Human Services Agency)과의 모든 사안에 있어 귀하를 대신해 행동하는 것을 허락합니다. 언제든지 카운티에 전화하거나 <a href="http://www.HealthCare.gov">www.HealthCare.gov</a> 를 방문해 지정 대리인을 변경할 수 있음을 알려드립니다.		
10. 귀하의 서명		11. 날짜

(공인 신청 카운셀러, 네비게이터, 에이전트 또는 중개인 전용.)

**For Certified Application Counselors, Navigators, Agents and Brokers Only.**

Complete this section if you are a certified application counselor, navigator, agent, or broker filling out this application for somebody else.

1. Application start date (mm/dd/yyyy)
2. First name, Middle name, Last name, & Suffix
3. Organization name
4. I.D. number (if applicable)

**부록 D****직업적 이력**

현금보조금을 신청하는 사람일 경우, 가정에 보조금을 신청하는 성인이 2명 이상이면 이 페이지에 각 성인에 대한 정보를 기입하십시오.  
 지난 24개월(2년) 간에 해당하는 귀하의 직업적 경력을 기입해 주십시오. 신청서 용지를 사용하는 경우 여백이 더 필요하다면 이 페이지를 복사하거나 다른 용지를 사용해도 됩니다.

**개인 1**

이름: \_\_\_\_\_

**직업 1**아메리카 원주민입니까?  예  아니요

사퇴 이유? \_\_\_\_\_

부족명: \_\_\_\_\_

고용주의 이름 및 주소: \_\_\_\_\_

근무 시간:

 매일  매주  매월

귀하가 자영하는 사업체였습니까? (자영업자?)

근무 날짜:

 예  아니요

기간: \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_

이 직업의 급여 금액을 기재하고 수령 횟수를 기재하십시오. \$ \_\_\_\_\_

이 직장을 구하는데 카운티의 도움을 받았습니까?

 시급  일급  주급  2주마다  월급 있음  아니요**직업 2**아메리카 원주민입니까?  예  아니요

사퇴 이유? \_\_\_\_\_

부족명: \_\_\_\_\_

고용주의 이름 및 주소: \_\_\_\_\_

근무 시간:

 매일  매주  매월

귀하가 자영하는 사업체였습니까? (자영업자?)

근무 날짜:

 예  아니요

기간: \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_

이 직업의 급여 금액을 기재하고 수령 횟수를 기재하십시오. \$ \_\_\_\_\_

이 직장을 구하는데 카운티의 도움을 받았습니까?

 시급  일급  주급  2주마다  월급 있음  아니요**직업 3**아메리카 원주민입니까?  예  아니요

사퇴 이유? \_\_\_\_\_

부족명: \_\_\_\_\_

고용주의 이름 및 주소: \_\_\_\_\_

근무 시간:

 매일  매주  매월

귀하가 자영하는 사업체였습니까? (자영업자?)

근무 날짜:

 예  아니요

기간: \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_

이 직업의 급여 금액을 기재하고 수령 횟수를 기재하십시오. \$ \_\_\_\_\_

이 직장을 구하는데 카운티의 도움을 받았습니까?

 시급  일급  주급  2주마다  월급 있음  아니요

**부록 D**

**직업적 이력 계속**

현금보조금을 신청하는 사람의 경우, 가정에 보조금을 신청하는 성인이 2명 이상이면 이 페이지에 각 성인에 대한 정보를 기입하십시오. 지난 24개월(2년) 간에 해당하는 귀하의 직업적 경력을 기입해 주십시오. 신청서 용지를 사용하는 경우 여백이 더 필요하다면 이 페이지를 복사하거나 다른 용지를 사용해도 됩니다.

**개인 2**

이름: \_\_\_\_\_

**직업 1**

아메리카 원주민입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요  부족명: _____  고용주의 이름 및 주소: _____	사퇴 이유?   근무 시간: <input type="checkbox"/> 매일 <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 매월  근무 날짜: 기간: _____ ~ _____
귀하가 자영하는 사업체였습니까? (자영업자?) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요  이 직업의 급여 금액을 기재하고 수령 횟수를 기재하십시오. \$ _____  <input type="checkbox"/> 시급 <input type="checkbox"/> 일급 <input type="checkbox"/> 주급 <input type="checkbox"/> 2주마다 <input type="checkbox"/> 월급	이 직장을 구하는데 카운티의 도움을 받았습니까? <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 아니요

**직업 2**

아메리카 원주민입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요  부족명: _____  고용주의 이름 및 주소: _____	사퇴 이유?   근무 시간: <input type="checkbox"/> 매일 <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 매월  근무 날짜: 기간: _____ ~ _____
귀하가 자영하는 사업체였습니까? (자영업자?) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요  이 직업의 급여 금액을 기재하고 수령 횟수를 기재하십시오. \$ _____  <input type="checkbox"/> 시급 <input type="checkbox"/> 일급 <input type="checkbox"/> 주급 <input type="checkbox"/> 2주마다 <input type="checkbox"/> 월급	이 직장을 구하는데 카운티의 도움을 받았습니까? <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 아니요

**직업 3**

아메리카 원주민입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요  부족명: _____  고용주의 이름 및 주소: _____	사퇴 이유?   근무 시간: <input type="checkbox"/> 매일 <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 매월  근무 날짜: 기간: _____ ~ _____
귀하가 자영하는 사업체였습니까? (자영업자?) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요  이 직업의 급여 금액을 기재하고 수령 횟수를 기재하십시오. \$ _____  <input type="checkbox"/> 시급 <input type="checkbox"/> 일급 <input type="checkbox"/> 주급 <input type="checkbox"/> 2주마다 <input type="checkbox"/> 월급	이 직장을 구하는데 카운티의 도움을 받았습니까? <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 아니요

**부록 E**

**차량 정보 및 자가 인증 자산 가치**

건강 보험 옵션: 신청인이 65세 이상이거나 장애인일 경우에만 답하십시오. 현금보조금 을 신청하는 경우 반드시 각 차량에 대한 이들 질문에 답해야 합니다.

소유 차량, 사용 차량, 명의 등록 차량 또는 비운행 상태의 차량 등, 모든 차량에 대한 정보를 제공해 주십시오. 차량이란 자동차(트럭, 밴, SUV 등을 포함), 모터사이클, 모터 스쿠터, 스노우모빌, 레저 차량(RV) 또는 모터보트 등을 의미합니다.

	차량 (1)	차량 (2)	차량 (3)
차량 소유주			
이 차량을 사용하는 사람의 이름			
차량 사용 용도: <ul style="list-style-type: none"> <li>주거지로 사용</li> <li>자영업, 자금 또는 사업을 위해 사용</li> <li>장애인 가족 교통편으로 필요</li> <li>가족의 연료 또는 용수 구입에 사용</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'일 경우, 여기서 중단할 것	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'일 경우, 여기서 중단할 것	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'일 경우, 여기서 중단할 것
18세 미만의 청소년이 이 차량을 사용합니까? <ul style="list-style-type: none"> <li>통학을 위해</li> <li>직장에 가기 위해</li> <li>교육을 받기 위해</li> <li>구직을 하기 위해</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'일 경우, 여기서 중단할 것	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'일 경우, 여기서 중단할 것	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'일 경우, 여기서 중단할 것
이 차량을 선물/기증 또는 가족이 물려주었습니까? 이 경우 카운티에서 증빙서류를 요구할 수도 있습니다.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 선물로 받음 <input type="checkbox"/> 기증받음 <input type="checkbox"/> 가족이 물려줌 '예'일 경우, 해당되는 네모 칸에 체크하고 DMV에서 제공한 증빙서를 첨부한 후 여기서 중단하십시오. 증빙서류가 없을 경우 카운티에 도움을 청하십시오.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 선물로 받음 <input type="checkbox"/> 기증받음 <input type="checkbox"/> 가족이 물려줌 '예'일 경우, 해당되는 네모 칸에 체크하고 DMV에서 제공한 증빙서를 첨부한 후 여기서 중단하십시오. 증빙서류가 없을 경우 카운티에 도움을 청하십시오.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 선물로 받음 <input type="checkbox"/> 기증받음 <input type="checkbox"/> 가족이 물려줌 '예'일 경우, 해당되는 네모 칸에 체크하고 DMV에서 제공한 증빙서를 첨부한 후 여기서 중단하십시오. 증빙서류가 없을 경우 카운티에 도움을 청하십시오.
연도/차량 제조사/모델			
차량 면허 번호			
예상되는 차량 가치(차량 가격이 얼마정도)? 이 것을 공정시장가치라고 함.	\$ <input type="checkbox"/> 모름/차량 가치를 파악하는데 도움이 필요함	\$ <input type="checkbox"/> 모름/차량 가치를 파악하는데 도움이 필요함	\$ <input type="checkbox"/> 모름/차량 가치를 파악하는데 도움이 필요함
공정 시장 가격을 알아보는 방법	<input type="checkbox"/> 판매 광고 <input type="checkbox"/> 차량 딜러 <input type="checkbox"/> 켈리 블루 북(Kelly blue book) <input type="checkbox"/> 차량 정비사 <input type="checkbox"/> 구매 가격 <input type="checkbox"/> 기타: _____	<input type="checkbox"/> 판매 광고 <input type="checkbox"/> 차량 딜러 <input type="checkbox"/> 켈리 블루 북(Kelly blue book) <input type="checkbox"/> 차량 정비사 <input type="checkbox"/> 구매 가격 <input type="checkbox"/> 기타: _____	<input type="checkbox"/> 판매 광고 <input type="checkbox"/> 차량 딜러 <input type="checkbox"/> 켈리 블루 북(Kelly blue book) <input type="checkbox"/> 차량 정비사 <input type="checkbox"/> 구매 가격 <input type="checkbox"/> 기타: _____
차량 대금 잔액	\$ <input type="checkbox"/> 모름/차량 대금 잔액을 파악하는데 도움이 필요함	\$ <input type="checkbox"/> 모름/차량 대금 잔액을 파악하는데 도움이 필요함	\$ <input type="checkbox"/> 모름/차량 대금 잔액을 파악하는데 도움이 필요함
차량 대금 잔액 파악 대상	<input type="checkbox"/> 지난 청구서 <input type="checkbox"/> 차량 대출 서류 <input type="checkbox"/> 추정 <input type="checkbox"/> 기타: _____	<input type="checkbox"/> 지난 청구서 <input type="checkbox"/> 차량 대출 서류 <input type="checkbox"/> 추정 <input type="checkbox"/> 기타: _____	<input type="checkbox"/> 지난 청구서 <input type="checkbox"/> 차량 대출 서류 <input type="checkbox"/> 추정 <input type="checkbox"/> 기타: _____
리스 차량입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요