

## CALFRESH(식료품 지원) , 현금 보조금(CASH AID) , 및/또는

### MEDI-CAL(의료비 지원)/의료 보험(HEALTH CARE) 프로그램 최초 신청서

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

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

#### 어떻게 신청하나요?

CalFresh(식료품 지원), 현금 보조금(캘리포니아 주 근로 기회 및 자녀에 대한 책임 또는 난민 현금 지원), Medi-Cal(의료 지원) 및/또는 기타 의료 보험 프로그램을 신청하는 경우 이 신청서를 사용하십시오. CalFresh만 신청하고자 하는 경우 카운티에 CalFresh 전용 신청서를 요청할 수 있습니다. CalFresh는 가구 구성원을 위한 식료품 구입 비용을 지원하기 위해 마련된 식료품 지원 프로그램입니다. 의료 보험 프로그램만 신청하고자 하는 경우 카운티에 의료 보험 전용 신청서를 요청할 수 있습니다. 의료 보험에는 Medi-Cal용 저비용 보험, 저렴한 비용의 민간 의료 보험, 또는 의료 보험 혜택을 받을 수 있도록 보험료 납입에 도움이 될 수 있는 세금 공제 등이 포함됩니다.

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

- 가능하면 신청서 양식의 모든 항목을 빠짐없이 기재하십시오. 인터뷰 중에는 귀하의 적격성 여부를 판단하기 위한 질문을 받게 됩니다. 문서 양식으로 작성하기를 원하는 경우 그러한 질문이 기재된 SAWS 2 Plus 양식이 마련되어 있습니다(카운티에 요청하면 됩니다). CalFresh 처리 절차가 시작되려면 최소한 본인의 이름, 주소, 서명(신청서 1페이지 1번 질문)을 카운티에 반드시 제출해야 합니다. 현금 보조금의 경우 신청서의 1페이지와 2페이지, 질문 1번부터 5번까지 반드시 기재하고 서명해야 신청 처리 절차가 개시됩니다.
- 각 프로그램별로 어떤 질문이 어떤 프로그램에 해당되는 것인지를 나타내는 기호(이 페이지 상단에 표시)가 있습니다. 현금 보조금의 경우 달러 표시, CalFresh의 경우 쇼핑 카드, 의료 보험 혜택의 경우 구급차입니다. 예를 들어, 현금 보조금을 신청하지 않는 경우 달러 표시만 있는 질문에는 답할 필요가 없습니다.
- 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 페이지)에 대해 읽으십시오.
- 신청서 내용을 논의할 수 있도록 반드시 카운티와의 인터뷰에 응해야 합니다. 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?

CalFresh의 경우 신청을 처리하는 데 최대 30일 정도 소요될 수 있습니다. 현금 보조금과 Medi-Cal의 경우 최대 45일까지 소요될 수 있습니다. 응급 상황이 발생한 경우 수당 또는 의료 보험 혜택을 즉시 받을 수 있는 방법을 카운티에 문의하십시오.

다음에 해당되는 경우 달력일 기준 3일 이내에 CalFresh 수당을 받을 수 있습니다:

- 귀하 가구의 월 총소득(공제 이전 소득)이 \$150 미만이며, 가지고 있는 현금 또는 수표계좌 또는보통예금 계좌 잔고가 \$100를 넘지 않는 경우; 또는
- 귀하 가구의 주택 관련 지출(월세/모기지 및 공공 요금)이 본인의 월 총소득과 당좌 및 저축 계좌 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.

현금 보조금의 경우 다음에 해당되는 경우 즉시 지원을 받을 수 있습니다:

- 집이 없거나, 퇴거 통지 또는 월세를 내지 않으면 집을 비워 달라는 통지를 받은 경우. 또는,
- 집에 있는 식품이 3일 이내에 다 떨어질 것으로 예상되는 경우.
- 공공 서비스(유틸리티)가 공급 중단되었거나 될 예정인 경우.
- 가지고 있는 의복 또는 기저귀가 충분하지 않은 경우.
- 건강과 안전에 중요한 다른 종류의 응급 상황에 처해 계신 경우.

**정보 페이지 - 본인의 기록을 받아 잘 보관하도록 하십시오.**

혜택을 받을 수 있는지 여부를 카운티가 더 신속하게 처리하려면 본 양식의 1번 질문, SAWS 2 PLUS의 6번부터 9번, 15번, 24번 질문에 답해 주십시오. 카운티에 신청서와 함께 귀하의 신분 증빙(가지고 계신 경우)을 제출해 주십시오.

카운티는 우편을 통해 귀하 가구가 신청한 혜택이 승인되었는지 거부되었는지 여부를 알립니다.

### 인터뷰에는 무엇을 준비해야 하나요?

지연되는 것을 피하려면, 인터뷰에 올 때 다음 항목의 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 혜택을 받을 수 있는지, 얼마나 받을 수 있는지를 판단하는 데 필요한 질문을 받습니다.

### 혜택 수령에 필요한 증빙 자료

- 신분증(운전면허증, 주 정부 발행 ID 카드, 여권).
- 현금 보조금 신청자 전원의 출생 증명서.
- 거주지 증빙(임대계약서, 기재된 주소가 적힌 최근 청구서).
- 보조금 신청자 전원의 SSN(사회보장번호)(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 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 자료가 필요 없습니다. SSN(사회보장번호)도 필요하지 않을 수 있습니다.

### 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. CalFresh와 현금 보조금의 경우, 집이 없다는 것은 귀하가:

- 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 않은 장소에서 잠을 자고 있음을 의미합니다(복도, 버스정류장, 로비 또는 그와 유사한 장소).

### 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.

### 의료 보험 혜택에 필요한 추가 증빙 자료

- 가족이 이용할 수 있는 모든 직장 관련 의료 보험에 관한 정보.
- 현재 보유하고 있는 모든 의료 보험의 증서 번호.

### 현금 보조금 혜택에 필요한 추가 증빙 자료

- 6세 이하 아동을 위한 예방 접종 증빙.
- 귀하 본인 또는 신청서 상에 포함되어 있는 사람이 소유하고 있는 일체 차량의 차량 등록증.

**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 제공합니다. CalFresh(식료품 지원)와 현금 보조금의 경우 본인 가구의 신고 요건을 충족하지 않을 경우 케이스가 종결되거나 수당이 감액 내지 지급 중지될 수 있습니다.
- 본인의 케이스에 필요하다고 카운티에서 알리는 경우 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 현금 보조금이나 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 때, 필요한 증빙을 얻을 때, 그리고 규정에 대한 설명이 필요할 때 도움을 요청할 수 있습니다.
- 친절하고 배려하며 존중하는 태도로 대우받고, 차별받지 않습니다.
- 신속 서비스 자격을 충족하는 경우 CalFresh로부터 3일 이내에 수당을 받게 됩니다.
- 즉시 필요 자격을 충족하는 경우 1일 이내에 현금 보조금을 받게 됩니다.
- 신청하면 합리적으로 타당한 시간 내에 카운티 인터뷰에 응하고, CalFresh의 경우 30일 이내, 현금 보조금과 Medi-Cal(의료비 지원)의 경우 45일 이내에 적격성 여부가 결정됩니다.
- 적격성 결정에 필요한 증빙을 카운티에 제출할 때까지 최소 10일의 여유 기간을 갖습니다.
- 카운티가 CalFresh 또는 현금 보조금 수당을 감액 또는 지급 중단하는 경우 최소 10일 전에 사전 서면 통지를 받습니다.
- 귀하가 요청하는 경우 귀하의 케이스를 카운티와 논의하고 검토할 수 있습니다.
- 본인 케이스에 관해 카운티 결정에 이견이 있는 경우 90일 이내에 주 정부 공청회를 요청할 수 있습니다. 본인 케이스에 대한 조치가 실행되기 전에 공청회를 요청하는 경우, 공청회가 열릴 때까지와 인증 기간 종료일, 둘 중 빠른 날까지 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 1-800-952-8349 번으로 연락하십시오. 가까운 법률 지원 또는 복지 권리 사무소에서 무료로 법률 지원을 받을 수도 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 수당 또는 현금 보조금이 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 받을 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.
- 또한 귀하는 배우자 또는 부모로부터 의료비 지원을 요청해 받을 권리를 Medi-Cal 기관에 부여합니다. 의료 지원금을 받기 위해 협조할 경우 본인이나 자녀에게 해가 될 수 있다고 생각되는 경우 Medi-Cal 기관에 얘기하면 협조하지 않아도 될 수 있습니다.

**본인 기록을 받아 잘 보관하도록 하십시오.**

## 프로그램 규칙 및 처벌

본인이 수령 자격을 충족하지 않는 CalFresh, 현금 지원금, Medi-Cal을 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. 고의로 이런 행위를 하고, 본인이 수령 자격을 충족하지 않은 상태에서 받은 수당 금액이 \$950를 초과하는 경우 중범죄로 기소될 수 있습니다.

### CalFresh: 본인은 본인이 다음 행위 중 어느 하나라도 저질러 의도적으로 프로그램 규정을 위반한 경우:

- 정보를 숨기거나 틀린 내용을 진술하는 행위
- 다른 사람의 전자 수당 이체(EBT) 카드를 사용하거나 다른 사람이 내 카드를 사용하게 하는 행위
- CalFresh 수당을 알코올 또는 담배류를 구입하는 데 사용하는 행위
- CalFresh 수당 또는 EBT 카드를 교환, 판매 또는 무상으로 양도하는 행위

#### 다음과 같은 처벌을 받을 수 있다는 사실을 이해합니다:

- 첫 위반 시 12개월간 CalFresh 수당을 지급 정지당하며, 본인에게 과지급된 모든 CalFresh 수당액을 상환
- 두 번째 위반 시 24개월간 CalFresh 수당을 지급 정지당하며, 본인에게 과지급된 모든 CalFresh 수당액을 상환
- 세 번째 위반 시 영구적으로 CalFresh 수당을 지급 정지당하며, 본인에게 과지급된 모든 CalFresh 수당액을 상환
- 최대 \$250,000의 벌금형, 또는 최대 20년간의 징역형, 또는 양쪽 모두 부과

- 마약과 같은 규제 약물과 CalFresh 수당을 교환
- CalFresh 수당을 추가로 받을 수 있도록 본인의 신분 및 거주지 정보를 틀리게 기재하는 행위

- 첫 번째 위반 시 24개월간 CalFresh 수당 지급 정지
- 두 번째 위반 시 영구적으로 CalFresh 수당 지급 정지
- 각 위반 행위에 대해 10년간 CalFresh 수당 지급 정지

- 금액이 \$500를 초과하는 CalFresh 수당의 교환 또는 매매, 또는 CalFresh 수당의 무기류, 탄약류 또는 폭약류와의 교환으로 유죄 판결을 받은 경우

- 영구적으로 CalFresh 수당 지급 정지

### 현금 보조금의 경우 본인은 본인이...

- 의도적인 프로그램 규정 위반 행위로 유죄 판결을 받는 경우
- 현금 보조금 규정을 따르지 않는 경우
- 법정 또는 행정 공청회에서 특정 유형의 사기 행위로 유죄 판결을 받는 경우

#### 다음과 같은 처벌을 받을 수 있다는 사실을 이해합니다:

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

## 비시민권자를 위한 중요한 정보

- 가족 구성원 중에 자격을 충족하지 않는 사람이 있다 하더라도, 자격을 충족하는 구성원에 대해 CalFresh 수당 또는 현금 보조금 혜택을 신청해 받을 수 있습니다. 예를 들어, 이민자 부모가 자격을 충족하지 않는다 하더라도, 자신들의 미국 시민이거나 자격을 갖춘 이민자 자녀를 위해 CalFresh 수당이나 현금 보조금을 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.

## 옵트아웃

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 재원 정보를 알아야 합니다. 카운티는 혜택 수령 신청을 하지 않는 사람들에 대해서는 USCIS에 문의하지 않습니다.

## SSN(사회보장번호)의 사용

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

의료 보험 혜택/Medi-Cal: 의료 보험 혜택 받기를 원하고 SSN을 가지고 있는 경우 SSN을 제출해야 합니다. SSN을 제출하면 의료 보험 혜택을 원치 않더라도 신청 처리 속도가 빨라지기 때문에 도움이 될 수 있습니다. 본 기관은 의료 보험 혜택 비용 지원 수혜 적격성을 판단하기 위해 소득 및 기타 정보를 확인하는 데 SSN을 사용합니다. SSN을 받는 데 도움이 필요한 사람이 있는 경우 1-800-772-1213번으로 전화하거나 홈페이지를 방문하십시오: [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)

## 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. 수당이 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.

**본인 기록을 받아 잘 보관하도록 하십시오.**

---

---

## 초과 지불

본인이 받아야 하는 것 보다 현금 보조금을 더 많이 받은 경우를 말합니다. CalFresh 수당과 마찬가지로, 카운티가 오류를 범했거나 의도적으로 그렇게 한 것이 아니라 하더라도 상환하여야 합니다. 현금 보조금이 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

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 수당이 감액되거나 지급 정지될 수 있습니다. 또한, 소득이 줄어드는 등, 수당을 증액시킬 수 있는 상황이 발생한 경우에도 신고할 수 있습니다.

## 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 보면 이의 제기를 요청하는 방법에 대한 설명이 나와 있습니다. 조치가 시행되기 전에 공청회를 요청하는 경우, 결정이 내려질 때까지는 계속 동일한 액수의 현금 보조금 및 CalFresh 수당을 받을 수 있습니다.

## 개인정보 보호법과 공개

귀하는 신청서에 개인 정보를 기재하게 됩니다. 카운티는 귀하의 혜택 수령 적격성 여부를 판단하기 위해 이 정보를 사용합니다. 정보를 제출하지 않으실 경우 카운티는 귀하의 신청을 거부할 수 있습니다. 귀하에게는 귀하가 카운티에 제출하신 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 법 집행 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. 카운티는 이러한 기관으로부터 얻는 정보는 귀하의 적격성 여부 및 수당 액수에 영향을 미칠 수 있습니다.

카운티는 귀하가 신청서 상에 기재한 정보를 사용해 의료 보험료 납부 지원 대상에 해당되는지 여부를 확인합니다. 카운티는 주 및 연방 전자 데이터베이스 및 국세청 (IRS), 사회보장국 (SSA), 국토보안부 (DHS) 및/또는 소비자 신고 기관 등의 데이터베이스에 들어 있는 정보를 사용해 귀하가 제출한 답변 내용을 확인하게 됩니다. 정보가 일치하지 않을 경우, 카운티는 귀하에게 증빙 제출을 요청할 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.  
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 근로 프로그램에 배정할 수 있습니다. 자발적 참여인지 의무적 이행인지 여부를 알려드립니다. 의무적 근로 활동 사항인데 하지 않을 경우 수령하시는 수당이 감액되거나 지급 정지될 수 있습니다.

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

**본인 기록을 받아 잘 보관하도록 하십시오.**

---

---

## CalWORKs(캘리포니아 노동기회와 아동에 대한 책임)(Welfare-to-Work(근로연계복지)) 근로 규정

현금 보조금을 받는 경우 면제 대상이 아닌 한 반드시 WTW(근로연계복지)에 참여해야 합니다. 카운티에서 귀하가 WTW 면제 대상인지 여부를 알려드립니다. 본인에게 배정된 활동을 수행하지 않는 경우 현금 보조금이 감액되거나 지급 정지될 수 있습니다.

### CalWORKs – 지문 채취/사진 촬영

모든 현금 보조금 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 혜택 사기를 방지 또는 처벌하는 용도로만 사용됩니다.

### 수당을 어떻게 받아 사용하나요?

#### CalFresh 및 현금 보조금:

- 카운티는 플라스틱으로 된 전자 수당 이체(EBT) 카드를 우편으로 또는 직접 지급합니다. 수당은 신청이 승인되면 카드에 충전됩니다. 본인 카드를 받으면 카드에 서명하십시오. ATM(현금지급기)에서 현금을 인출하거나 식료품 및/또는 기타 품목을 구입할 때 필요한 개인 식별 번호(PIN)를 설정해야 합니다.
- EBT 카드를 분실 또는 도난당하거나 카드가 파손된 경우 즉시 (877) 328-9677번으로 전화하십시오. 또한 카운티에 바로 전화하셔도 됩니다. 귀하의 지정 대리인에게도 EBT 카드나 PIN 분실 또는 도난 시 신고 방법을 알려십시오. 귀하가 EBT 카드나 PIN 분실 또는 도난을 신고하기 전에 귀하의 계좌로부터 빠져나간 모든 금액은 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. 현금 보조금은 대부분의 업소 및 대부분의 ATM(현금지급기)에서 사용 가능합니다. 일부 ATM(현금지급기)의 경우 수수료를 부과할 수 있습니다. 또한 3회 인출 후 현금 인출을 위해 ATM(현금지급기)를 사용하는 경우 수수료가 부과될 수 있습니다. 본인 거주지 부근에서 EBT를 받는 곳의 목록은 다음 인터넷 웹페이지를 참고하십시오: <https://www.ebt.ca.gov> 또는 <https://www.snapfresh.org>. 또한 어디서 수수료가 없이 현금을 인출할 수 있는지도 확인할 수 있습니다.
- CalFresh 수당은 본인과 본인 가구 구성원들만 사용해야 합니다. 귀하가 받는 현금 보조금은 귀하 본인, 그리고 현금 보조금 수령자로 승인 받은 가족 구성원들에 한해 사용해야 합니다. 귀하에게 지급되는 현금 보조금은 귀하 가족의 기본적 요구(의식주 등)를 충족하기 위한 것입니다. 본인의 수당을 안전하게 지키도록 하십시오. PIN을 다른 사람에게 알려 주지 마십시오. PIN을 EBT 카드와 함께 보관하지 마십시오.
- 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**.

#### Medi-Cal 및 의료 보험:

- Medi-Cal의 경우 혜택 식별 카드(BIC)가 발급됩니다.
  - 카드를 받으면 카드에 서명하고, 반드시 필요한 의료 케어 서비스를 받는 데만 사용하십시오.
  - 절대로 BIC를 버리지 마십시오(새로 발급 받은 경우는 제외). Medi-Cal 수령을 중단하더라도 BIC는 계속 보관해야 합니다. 현금 보조금이나 다시 Medi-Cal을 받게 되면 같은 BIC를 사용할 수 있습니다.
  - 본인이나 가족 구성원이 아프거나 진찰을 받으러 가는 경우 BIC를 의료 기관에 가지고 가십시오.
  - 응급 상황에서 본인이나 가족 구성원(들)이 치료를 받은 경우, 해당 응급 상황이 끝나고 나면 즉시 해당 의료 기관에 BIC를 가지고 가십시오.
- 기타 의료 케어 프로그램의 경우, 본인의 보험사가 발급하는 보험 플랜 카드를 받게 됩니다.

---

---

**본인 기록을 받아 잘 보관하도록 하십시오.**

읽기 쉽고 복사가 잘 나오도록 검정색이나 파란색 잉크를 사용하십시오. 답은 정자체로 기재하십시오.

질문(들)에 대한 답을 적는 데 공간이 모자라는 경우 추가 종이를 첨부해 적어 주십시오. 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 하시는 경우)	
집 주소 또는 집으로 가는 길 안내	아파트 호수 #	시	카운티	주	우편번호
우편 주소(위 주소와 다른 경우)	아파트 호수 #	시	카운티	주	우편번호

본인은 본 신청에 대한 정보를 이메일로 받기를 원합니다.  예  아니오

본인은 본인 케이스에 대한 메시지를 이메일로 받기를 원합니다.  예  아니오

직장/다른 전화/메시지 전화: \_\_\_\_\_ 이메일 주소: \_\_\_\_\_

어떤 프로그램을 신청합니까?  CalFresh(식품 지원)  현금 보조금(Cash Aid)  의료 보험(Health Coverage)

귀하는 장애가 있어 신청하는 데 도움이 필요합니까?  예  아니오

귀하는 집이 없습니까?  예  아니오 **답이 예인 경우**, 본인이 집이 없다는 사실을 카운티에 즉시 알려주시면, 신청서를 접수하는 데 사용하고 귀하 케이스와 관련해 카운티가 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 여기에 체크 표시하십시오.

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

임신한 사람이 있습니까?  예  아니오

대답이 '예'인 경우, 해당 개인은 추정 적격자(Presumptive Eligibility) 카드를 발급 받았습니까?  예  아니오

가구 구성원 중 개인적인 응급 상황에 처한 사람이 있습니까?  예  아니오 **대답이 예인 경우** 상자에 체크 표시하십시오:  임신  즉각적인 의료적 도움  아동 학대  가정 내 학대  노인 학대  기타 건강이나 안전을 위협하는 응급 상황. 구체적으로 적어 주십시오:

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 답변은 본인이 아는 범위 내에서 진실이며 빠짐이 없습니다.
- 본인의 신청 절차를 위해 본인이 제공할 수 있는 모든 답변 내용은 본인이 아는 범위 내에서 진실이며 완전한 사실입니다.
- 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 충족하기 위해 잘못된 또는 오해의 소지가 있는 진술을 하거나, 사실을 허위로 얘기하거나, 감추거나 제공하지 않는 행위는 사기에 해당되며 틀린 정보나 사실이 아닌 정보를 제공하는 경우 연방법에 따른 처벌 대상이 될 수 있다는 사실을 이해합니다. 사기를 저지를 경우 형사 기소될 수 있고/또는 일정 기간 동안(또는 평생) CalFresh 수당 또는 현금 보조금 수령을 금지 당할 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.
- 본인은 Medi-Cal 기관에 다른 의료 보험, 법적 합의 또는 기타 제 3자로부터 수령 가능한 금액을 요청해 받을 수 있는 권리를 부여합니다.

신청인, 들보는 친척(또는 성인 가구 구성원/지정 대리인*보호자)의 서명 <b>*지정 대리인이 있는 경우 다음 페이지 2번 질문에 답해 주십시오.</b>	날짜
배우자, 나머지 부모, 도움 받는 성인, 또는 등록된 동거 파트너의 서명	날짜

## 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 대신해 주며, 변경 사항을 대신 신고해 줄 수 있습니다. 귀하가 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

## 2a. 의료 보험 지정 대리인

귀하는 신뢰할 수 있는 사람에게 귀하의 의료 보험 신청에 관해 대신 상의하고, 귀하의 정보를 보고, 귀하 신청서의 이 부분에 관한 사항에 있어 귀하를 대신해 행동할 수 있는 권한을 부여할 수 있습니다. 귀하는 귀하 신청서 중 의료 보험과 관련해 지정 대리인을 지정하기를 원합니까?  예  아니오 예인 경우 부록 C(SAWS 2 PLUS)에 필요한 정보를 기재해 주십시오.

3. 귀하 또는 귀하 가족 구성원 중에 미국 원주민(인디언) 또는 알래스카 원주민이 있습니까?  예  아니오  
대답이 예이고 의료 보험을 신청하는 경우 부록 B(SAWS 2 PLUS)로 가서 추가 질문에 답변해 주십시오.

## 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, 라틴계 또는 스페인계 출신입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	히스패닉 또는 라틴계 출신이신 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

귀하는 귀하의 신청과 관련해 카운티와 상의하고 현금 보조금 또는 CalFresh 수당을 받기 위해 인터뷰에 참석해야 합니다. CalFresh 인터뷰는 본인이 직접 카운티에 신청서를 제출할 때 인터뷰를 할 수 있거나 직접 인터뷰를 원하는 경우가 아니면 대개 전화로 진행됩니다. 현금 보조금 신청자는 반드시 직접 방문해 인터뷰에 응해야 합니다. CalWORKs와 CalFresh를 신청하는 경우, CalFresh 인터뷰는 정상 업무 시간 중에 CalWORKs와 동시에 실시됩니다.

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

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

## 5. 기타 프로그램

귀하 가구 구성원 중 공공 지원(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 지원/일반 구제[General Assistance/General Relief] 등)를 받은 사람이 있습니까?  예  아니오

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