

수신: _____ 카운티 사회복지부
식품 및 영양 서비스

SSI/식품 및 영양 서비스 신청서

긴급 서비스 자격있음

가구가 긴급 서비스를 신청할 자격이 있는 경우, 위에 체크 표시를 하고 본 양식을 담당 지역 DSS 사무소에 팩스로 송부하십시오.

퇴원 전 신청

신청인의 퇴원 예정일: _____

의료기관명: _____

의료기관 주소: _____

의료기관 전화번호: _____ 담당자: _____

발신: _____ SSA 사무소

SSA 접수일: _____

DSS 접수일: _____ 식품 및 영양 서비스 신청서

DSS 8207-SSI (개정일: 2013년 4월)
경제 가족 서비스

제 1 부 신청 관련 정보

➤ 식품 및 영양 서비스 신청

식품 및 영양 서비스를 신청하려면, 아래에 본인의 이름과 주소를 기재하십시오. 서명이라고 표시된 줄에 서명을 하십시오. 서명된 양식을 SSI 담당자에게 제출하십시오.

이름(정자체): _____	주소: _____	시: _____	주: _____	우편번호: _____
서명: _____	날짜: _____	전화 또는 연락처 번호 _____		

식품 및 영양 서비스 수당은 신청 시기에 따라 금액이 달라집니다. 본 신청서에 서명하고 SSI 담당자에게 일찍 제출할수록 식품 및 영양 서비스 수당을 더 일찍 받을 수 있습니다. 자격을 갖추기만 하면 인종, 성별, 연령, 장애, 종교, 원국적, 또는 정치적 신념과 상관 없이 식품 및 영양 서비스를 신청해 혜택을 누릴 수 있습니다.

본인은 본인이 SSI 를 신청하기 전에 본인의 식품 및 영양 서비스 신청서가 처리될 수도 있음을 알고 있습니다. 본인의 SSI 가 승인될 때 사전 고지 없이 본인의 식품 및 영양 서비스 수당이 축소될 수도 있음을 알고 있습니다.

➤ 시민의 권리

누구나 인종, 피부색, 원국적, 성별, 연령, 종교, 정치적 신념, 또는 장애 때문에 차별을 받거나 차별로 인한 피해를 받지 않을 권리가 있습니다. 식품 및 영양 서비스 차별 신고는 전화 1-(800) 795-3272(음성), (202) 720-6382 (TTY)로 연락하시거나 아래 주소로 서면으로 신고하십시오.

United States Department of Agriculture (USDA)
 Director, Office of Civil Rights
 1400 Independence Avenue, S.W.
 Washington, D.C. 20250-9410

➤ 면접

본 양식에 서명하여 SSI 담당자에게 제출한 후에는 본인의 소득과 지출, 가구내 동거인에 관한 질문에 대답해야 합니다.

➤ 솔직한 답변

SSI에는 사실만을 말해야 합니다. 그렇지 않으면 범죄 혐의로 재판에 회부될 수도 있습니다. 유죄로 인정되는 경우, 귀하가 부당하게 받은 일체의 식품 및 영양 서비스 수당을 반환해야 합니다. 초범일 경우 1년간 식품 및 영양 서비스 수당이 중단되며, 재범일 경우 2년, 3범일 경우 평생 수당이 중단됩니다.

동거인 중 누구라도 두 곳 이상에서 식품 및 영양 서비스 수당을 받고자 본인의 신원 또는 거주지를 허위로 제공하여 법원에서 유죄를 선고 받는 경우 그 사람은 유죄 확정 시점부터 10년 동안 식품 및 영양 서비스를 받을 수 없습니다.

동거인 중 누구라도 (1) 식품 및 영양 서비스 수당으로 총기나 폭발물, 탄약을 구입하거나 또는 (2) 식품 및 영양 서비스 수당을 \$500 이상 판매하여 유죄를 선고 받으면 그 사람은 평생 식품 및 영양 서비스를 받을 수 없습니다.

➤ 진술의 입증

SSI 담당자에게 진술한 사항 중 몇몇 사항은 입증이 필요합니다.

제 4 부 지출

가구에서 매월 지출하는 금액을 다음 항목별로 기재하십시오. (주 냉/난방 수단에 동그라미를 표시하십시오.)

지출항목	금액	지출항목	금액	지출항목	금액	지출항목	금액
법정 양육비		육아	\$ _____	의료	\$ _____	자영업	
월세 또는 주택용자	\$ _____	전화번호	\$ _____	전기	\$ _____	연료유	\$ _____
월부금	\$ _____	쓰레기 수거	\$ _____	등유	\$ _____	목재	\$ _____
재산세	\$ _____	상하수도	\$ _____	가스(LP 또는 천연)	\$ _____	석탄	\$ _____
주택 보험	\$ _____						

합계: \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____

본인은 법정 의무 양육비, 육아비, 의료비, 주거비, 공과금, 자영업 경상비 항목에 대해 소득 공제를 받을 권리에 대한 설명을 들었음을 인정합니다. 위 지출 항목을 보고하거나 확인하지 않으면 미신고분에 대해 소득 공제를 받을 의사가 없다는 것으로 간주됨을 알고 있습니다.
 지출 총계: \$ _____

제 5 부 식품 및 영양 서비스 수당 수급자에 대한 추가 정보

아래 질문에 답하십시오.

- (1) 동거인 중에 다음에 해당하는 자가 있습니까?
- 중범죄 기소 회피자 예 또는 아니요
 - 사법당국 회피자 예 또는 아니요
 - 중범죄 유죄 확정 후 수감 회피자 예 또는 아니요
 - 가석방 또는 보석 조건 위반자 예 또는 아니요
- (2) 동거인 중에 1996년 8월 23일 이후 약물 관련 중범죄로 유죄 판결을 받은 자가 있습니까? 예 또는 아니요
- 있다면, 노스캐롤라이나 주에서 받은 판결입니까? 예 또는 아니요
- 노스캐롤라이나 주에서 유죄가 확정되었다면, 알고 있는 경우 어떤 죄목이었습니까? 죄목: _____

위 항목 중 하나라도 “예”라고 표시한 것이 있다면, 아래에 해당 동거인의 성명과 위반 일자, 위반 종류를 기재하십시오. (해당인은 노스캐롤라이나 주에서 H 또는 I 관리 물질로 유죄 판결을 받지 않은 한 식품 및 영양 서비스 수당을 받을 수 없습니다.)

본인은 사법당국이 본인의 동거인의 주소를 요청하면 당 기관이 그것을 제공해야 함을 이해합니다.

제 6 부 긴급 서비스 심사

본 지침을 이용해 신청인이 긴급 서비스를 받을 자격이 있는지 판단하십시오. 다음과 같이 질문하십시오. 신청인이 7 일 이내의 긴급 서비스를 받을 자격이 되는 경우, 이를 알려 주십시오.

답변		질문	결과
예	아니요		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	❶ 귀하 및 귀하의 동거인 모두의 현재 보유 현금 및 은행예금 총합이 \$100 이하이고 현재 월 총소득이 \$150 미만입니까?	그렇다면, 신청인은 긴급 서비스 처리 대상자입니다. 아닌 경우, 아래 ❷번으로 이동하십시오.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	❷ 제 3 부의 총 소득 및 유동자산의 합이 제 4 부의 총 주거비보다 적습니까?	그렇다면, 신청인은 긴급 서비스 처리 대상자입니다. 아닌 경우, 아래 ❸번으로 이동하십시오.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	❸ 귀하 및 동거인 중 이주 또는 계절성 농장 노동자가 있습니까?	그렇다면, 아래 (A)로 이동하십시오. 아니라면, 신청인은 긴급 서비스 처리 대상자가 아닙니다.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(A) 귀하 및 귀하의 동거인 모두의 현재 보유 현금 및 은행예금 총합이 \$100 이하입니까?	그렇다면, 아래 (B)로 이동하십시오. 아니라면, 신청인은 긴급 서비스 처리 대상자가 아닙니다.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(B) 최근 가구의 소득이 끊어졌습니까?	그렇다면, 마지막 급여는 받았습니까? 그렇다면, 아래 (C)로 이동하십시오. 아니라면, 신청인은 긴급 서비스 처리 대상자가 아닙니다.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(C) 귀하 또는 귀하의 동거인 중에 향후 10 일 내에 새 소득원으로부터 \$25 가 넘는 금액을 받을 사람이 있습니까?	그렇다면, 신청인은 긴급 서비스 처리 대상자가 아닙니다. 아니라면, 신청인은 긴급 서비스 처리 대상자입니다.

신청인이 부담하고 있는 메디케이드, 메디케어, 민영의료보험, 또는 기타 의료비 지출이 있는 경우, 다음을 작성하십시오

서비스 수령인	지출 유형	\$ 금액	빈도

본인은 SSI 승인 시점까지 의료비 공제를 받지 못할 수도 있음을 알고 있습니다. 또한, 그 때에 의료비 공제를 받을 것으로 예상하는 경우, 본인이 부담해야 하는 모든 의료비 지출의 증빙 자료를 SSI 담당자에게 제출해야 한다는 것도 알고 있습니다.

고객 서명: _____ 날짜: _____

면접관 서명: _____ 날짜: _____

DSS 사회복지사 서명: _____ 날짜: _____

승인 여부: 예 아니요 '아니요'일 경우, 사유: _____ 인증 발효일 _____ 만기일 _____