

노스캐롤라이나 주 사회복지과
식품 및 영양 서비스(FNS) 만기 통지 및 재인증 양식

카운	담당자 이름	담당자	케이스 번호	양식 발송 번호	양식 발송일

귀하의 FNS 수당 지급은 _____ 일부로 중단됩니다. 이 양식을 작성하여 _____ 까지 사회복지과로 보내주시면 해당 날짜 이후에도 FNS 수당을 계속 받으실 수도 있습니다.

(현지 DSS 주소)

(집 주소)

본 양식 사용 안내

귀하 또는 귀하의 공식 대리인이 본 양식을 작성하여 마지막 페이지에 날짜와 서명을 기재해야 합니다. 모든 질문에 완전하게 답변하십시오. 이 양식을 작성할 수 없으면 서명, 알아볼 수 있는 이름과 주소만 기재하면 됩니다. 위 주소로 직접 방문하거나, 우편 또는 팩스로 제출하십시오. 서명된 양식의 내용이 불충분한 경우, FNS 담당자가 추가 정보를 확인하기 위해 연락할 것입니다. 기타 질문 사항은 담당 사회복지사 또는 DHHS 고객 서비스 센터(전화번호: 1-800-662-7030 또는 1-877-452-2514(TTY 전용))로 문의하십시오.

귀하는 필요한 입증 자료를 제공해야 할 의무가 있습니다. 본 양식의 정보와 기타 출처로부터 얻은 정보를 바탕으로 귀하가 받는 수당이 중단되거나 변경될 수 있습니다.

본 양식을 작성하는 데 도움이 필요한 경우, _____ 또는 DHHS 고객 서비스 센터(전화번호: 1-800-662-7030 또는 1-877-452-2514(TTY 전용))로 문의하십시오.

- 도움이 필요한 경우, 무료로 통역 서비스를 제공 받을 수 있습니다.
- 지역 사회복지부의 주소가 동봉된 회신 봉투의 창을 통해 잘 보이도록 넣으십시오.
- **본 양식**은 _____ 월 1일 전에 송부하지 마십시오.
- _____ 월에 대한 증빙자료를 첨부하십시오.

사회보장번호, 미국 시민권 및 이민자 자격 정보

귀하 또는 귀 가정의 구성원 모두가 수당을 신청해야 하는 것은 아니며 신청하지 않는 구성원의 사회보장번호(SSN)와 시민권/이민자 자격 정보에 관한 질문에는 답하지 않아도 됩니다. 신청하는 구성원 각각에 대해서는 SSN과 시민권/이민자 자격에 관한 사항을 밝혀야 합니다. 식품영양법은 수당을 받고자 하는 신청인에게 SSN를 밝히도록 규정하고 있습니다. SSN는 INS와 공유하지 않습니다. 귀하가 제공한 SSN은 컴퓨터 조회에만 사용되며 진술한 내용은 주 및 연방 정부 기관에 의해 확인됩니다. 식품 및 영양 서비스 수당을 받으려면 반드시 미국 시민이거나 자격을 갖춘 외국인이어야 합니다. 또한 기타 식품 및 영양 서비스의 규정을 충족해야 합니다. 당 기관은 당 기관에 이민 서류를 제공하는 가구 구성원의 이민자 자격 정보를 확인하는 목적에 한해 USCIS에 연락합니다. 신청인이 이 정보를 제공하지 않으면 수당을 받을 자격을 얻지 못합니다.

가구 구성원은 본인의 재정 상태를 밝혀야 합니다. 이는 신청인의 자격을 판단하는 데 필요합니다. 가구의 일부 구성원이 수당 신청을 하지 않더라도 신청하는 수급 적격 가구의 구성원들은 수당을 받을 수 있습니다. 수당의 규모는 수당을 신청하는 사람의 수에 따라 달라집니다.

현재 거주지에서 유권자 등록을 하지 않았으면 오늘 여기서 유권자 등록을 신청하시겠습니까?

예 아니요 두 상자 모두 체크하지 않으면 귀하는 현재 유권자 등록을 하지 않기로 결정한 것으로 간주됩니다.

가구의 지출 정보

1. 우편물 수령 주소와 거주지 주소를 기재하십시오.

우편 주소

거주지 주소 (우편 주소와 다른 경우)

시, 주, 우편번호

시, 주, 우편번호

전화번호

전화회사

마지막 재인증 이후 신규 또는 변동된 지출 증빙 자료를 제출하십시오.

2. 현 거주지의 임대료는 얼마입니까? \$ _____ 지불 주기는? _____
수령하는 것에 동그라미 하십시오. HUD 섹션 8 공동주택 임대료 중 얼마를 귀하가 부담합니까? _____
현 거주지의 지대 임대료는 얼마입니까? \$ _____ 지불 주기는? _____
3. 주택용자 월부금으로 얼마를 지출합니까? \$ _____ 지불 주기는? _____
재산세: (별도 지불 시) 금액은? \$ _____ 지불 주기는? _____
주택소유자 보험: (별도 지불 시) 금액은? \$ _____ 지불 주기는? _____
주택소유자 공과금: (별도 지불 시) \$ _____ 지불 주기는? _____

4. 귀하가 부담하는 공과금은 무엇입니까? (해당하는 모든 항목에 표시하십시오.)

- 난방 등유 상/하수도 석탄
 전기 LP 가스 전화/휴대전화 연료유
 쓰레기 수거 천연 가스 공과금 초과(공동주택) 목재

난방은 어떻게 합니까? _____ 냉방은 어떻게 합니까? _____

5. 귀하의 지출을 분담하는 사람이 있습니까? 예 아니요 "예"라면 누구입니까? _____

6. 귀하의 지난 12개월 이내에 현 주소지에서 저소득 에너지 지원 프로그램(LIEAP) 지원을 받은 적이 있습니까? 예 아니요

7. 귀하의 가구가 아동 또는 장애인을 돌보는 비용을 부담하고 있습니까? 예 아니요

돌봐야 하는 사람은 누구입니까? _____

비용은 누가 부담합니까? _____ 월 금액 또는 부모 비용(\$) _____

간병인/보호의 이름과 전화번호 _____

아동/성인 간호 교통비(\$) _____

8. 60세 이상 고령자나 장애 연금을 받는 사람 중에 의료비로 매월 \$35 넘게 지출하는 사람이 있습니까? 치료를 받기 위한 교통비도 여기에 포함됩니다. 예 아니요 "예"라면 이 지출에 대해 공제를 받기를 원합니까? 예 아니요
공제를 받으려면 지출의 영수증이나 컴퓨터 출력 문서를 첨부해야 합니다.

9. 귀하의 가구는 법원 명령에 따라 귀하의 가정에 살지 않는 아동의 양육비를 지급하고 있습니까? (법원 명령에 따른 의료보험료 포함) 예 아니요

양육비를 부담하는 사람: _____ 수령인: _____

아동 이름: _____ 지불액 \$ 지불 주기: _____

동거인 정보

10. 아래에 동거인을 빠짐 없이 기재해 주십시오. (필요하면 용지를 추가하십시오.)

성명 (이름, 중간이름 이니셜, 성)	본인과의 관계	생년 월일	나이/ 성별	신청 여부? (예/아니요)	*선택사항 사회보장번호	*선택사항 미국 시민 여부 (예/아니요)	*선택사항 히스패닉 (예/아니요)	*선택사항 인종 (아래 참조)	공동 구매 취사 여부
	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

* 수당을 신청하지 않는 구성원의 사회보장번호와 시민권 정보는 필요치 않습니다.

* 민족 또는 인종에 답변하지 않아도 수당 또는 수당 수준은 영향을 받지 않습니다. 정보를 제공하지 않으면 본 기관이 면접 중 관찰을 통해 정보를 수집합니다. 이 정보를 제공하면 프로그램 수당이 인종, 피부색 또는 출신 국가에 관계없이 지급되게 하는 데 도움을 줍니다(이 정보는 통계 목적으로만 사용됩니다).

인종: 인종에 해당하는 번호를 아래에서 선택해 주십시오. 1 - 미국 원주민/알래스카 원주민 2 - 아시아인
3 - 흑인/아프리카계 미국인 4 - 하와이 및 기타 태평양 제도 원주민 5 - 백인

가구 구성원이 직장이나 다른 곳에서 받는 수입이 있습니까?

11. 동거인 중 직장을 가진 사람이 있습니까? 예 아니요 "예"라면 다음을 작성하십시오.
 가구 구성원 중에 첫 출근을 앞두고 있는 사람이 있습니까? 예 아니요 "예"라면 출근
 예상일 _____ 을 기재하시고 다음을 작성해 주십시오.

해당인 성명 _____ 고용주 _____ 지불 주기 _____

해당인 성명 _____ 고용주 _____ 지불 주기 _____

1쪽에 명시된 해당 월의 수표 부분을 모두 첨부해 주십시오. 월 지급식이라면 1쪽에 명시된 해당 월과 그 전월의 수표 부분이나
 소득 증명원을 첨부해 주십시오. 자영업자인 경우, 작년의 연방 세금보고서를 첨부하고 모든 첨부양식들을 제출하십시오. 작년
 세무보고 양식들이 없다면 지난 12개월에 대한 영업 기록과 업무용 경비의 영수증을 첨부해 주십시오.

수표 부분이 일부 없는 경우 다음 란을 고용주에게 작성하도록 부탁하고 서명을 받으십시오.

A - 근로자 성명:							B - 근로자 성명:						
고용주:							고용주:						
주소:							주소:						
고용주 전화번호:							고용주 전화번호:						
지급 주기							지급 주기						
급여 수령일			총 급여	팁	총 시간	급여 수령일			총 급여	팁	총 시간		
월	일	년				월	일	년					
1						1							
2						2							
3						3							
4						4							
5						5							
고용주 서명 날짜							고용주 서명 날짜						

12. 근로 소득 외에 다른 소득이 있는 사람이 있습니까? 예: 현금, 기부금, 근로 우선, 양육비, 실업수당, 사회보장, SSI, 산재보상금,
 VA 등. 예 아니요

"예"라면 1쪽에 명시된 해당 월의 증빙자료를 첨부하십시오. 아래 차트에 정보를 입력하십시오.

현금, 기부금, 또는 양육비를 받고 계시다면 1쪽에 명시된 해당 월과 그 전월에 대한 증빙자료를 첨부해 주십시오. (필요하면
 용지를 추가하십시오.)

수입 유형	수령인	지급인	지급인 전화번호와 주소	금액	빈도

가구 구성원이 보유하고 있는 자산은 무엇입니까?

13. 아래 자산에 대해 본인의 소유, 가구의 다른 사람의 소유 또는 비가구 구성원과 공동 소유 여부를 "예" 또는 "아니요"로 체크하십시오. 저희가
 증빙이 필요한지와 귀하의 이용 가능 여부를 결정하겠습니다. (필요하면 용지를 추가하십시오.)

자산 유형	예	아니요	잔액 또는 기	소유자	이 자산을 어디에 보유하고 있으며 계좌 번호
보유 현금					
당좌 예금					
저축 예금					
기타					

식품 및 영양 서비스를 받을 가구의 구성원 정보

14. 최근 6개월 내에 근로나 학업을 중단했거나 시작하는 등의 가구 내 변동 사항이 있었습니까? 예 아니요 "예"라면 변동사항을 기재해 주십시오.

15. 가구 구성원 중 16세 이상이면서 학교에 다니는 사람이 있습니까? 예 아니요 "예"라면 해당자 각각의 성명과 소속 학교를 적어 주십시오.

16. 가구 구성원 중에 1996년 8월 22일 이후 약물 관련 중범죄로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? 예 아니요 "예"라면 그 사람의 성명과 유죄확정 날짜, 죄목, 관할 지역을 기재해 주십시오.

17. 가구 구성원 중에 보호 관찰이나 가석방 위반을 했거나 중범죄 기소를 회피하려고 도망 중인 사람이 있습니까? 예 아니요 "예"라면 그 사람의 성명과 위반 날짜, 위반의 종류를 기재해 주십시오.

18. 귀하나 가구 구성원 중 1996년 8월 22일 이후 수당으로 약물을 거래하여 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? 예 아니요 "예"라면 그 사람의 성명과 유죄확정 날짜, 죄목, 관할 지역을 기재해 주십시오.

19. 귀하나 가구 구성원 중 \$500 이상의 수당을 1996년 8월 22일 이후 구매 또는 판매하여 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? 예 아니요 "예"라면 그 사람의 성명과 유죄확정 날짜를 기재해 주십시오.

20. 귀하나 가구 구성원 중 1996년 8월 22일 이후 어떠한 주에서던 사기로 중복 수당을 받아 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? 예 아니요 "예"라면 그 사람의 성명과 유죄확정 날짜, 죄목, 관할 지역을 기재해 주십시오.

21. 귀하나 가족 구성원 중 1996년 8월 22일 이후 수당으로 총기, 탄약 또는 폭발물을 거래하여 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? 예 아니요 "예"라면 그 사람의 성명과 유죄확정 날짜, 죄목, 관할 지역을 기재해 주십시오.

귀하를 대신해 식품 및 영양 서비스 수당을 신청하거나 이용할 사람이 필요합니까?

귀하를 도와 식품 및 영양 서비스를 받고/받거나 이용할 사람이 필요합니까? 예 아니요 "예"라면 그 사람의 성명을 기재해 주십시오.

위에 "예"라고 체크했다면 양식을 드리거나 우편으로 보내드립니다. 귀하와 도움을 주시는 분이 양식을 작성하여 당 기관에 반송해 주십시오. 이 사람이 EBT 카드를 받아 귀하의 식품 및 영양 서비스 수당을 이용할 수 있습니다.

1쪽에 명시된 공식 대리인이 있다면 그 사람을 계속 이용하시겠습니까? 예 아니요

서명과 이해 확인

본인은 본인의 서명이 연방, 주, 그리고 지방 공무원에게 타인이나 타 기관에 본인이 제공한 정보의 진위를 확인할 수 있는 권한을 부여한다는 것을 알고 있습니다. 본인은 신청하는 사람들 모두의 시민권과 이민자 자격 정보에 대해 올바른 정보를 제공했습니다. 사법당국이 도망 중인 중죄인 또는 보호 관찰/가석방 위반자의 소재를 추적하기 위해 귀하의 기록에 있는 주소, 사회보장번호 또는 사진 등을 요청하는 경우, 사회복지부는 이 정보를 제공해야 합니다.

의도적으로 규칙을 위반하거나 규제 약물을 거래한 경우 식품 및 영양 서비스를 첫 번째 적발 시 1년간, 두 번째 적발 시 2년간, 그리고 세 번째 적발 시 영구적으로 받지 못할 수 있습니다. 최대 \$250,000의 벌금형 및/또는 최대 20년의 금고형을 받을 수도 있습니다. 법원이 명령하면 식품 및 영양 서비스를 추가로 18개월 동안 받지 못할 수도 있습니다. 법원이 수당으로 500달러 이상을 거래하거나 무기, 탄약 또는 폭발물을 거래한 이유로 귀하에게 유죄 판결을 내린 경우 영구적으로 식품 및 영양 서비스를 받을 수 없습니다.

본인은 육아비/성인 간호비, 의료비, 주거비, 공과금, 자영업 경장비 항목에 대해 식품 및 영양 서비스 수당에 대한 소득 공제를 받을 권리에 대한 설명을 들었음을 인정합니다. 위 지출 항목을 신고하거나 증명하지 않으면 이 비용에 대해 공제를 받을 의사가 없는 것으로 간주됨을 알고 있습니다.

본인 서명: 서명 날짜:
공식 대리인 또는 증인 서명(해당하는 경우): 서명 날짜:
본인 전화번호: _____ 해당 사항에 체크 표시하십시오: <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 메시지 번호

***** 당 기관용*****

면접일 _____ 전화 사무실 방문

십대 청소년 임신 예방 프로그램에 대한 정보는 현지 보건부에 문의하거나 1-800-662-7030번으로 DHHS 고객 서비스 센터에 전화하십시오. 건강한 결혼 생활을 위해 제공되는 서비스에 대한 정보는 현지 카운티 사회복지부에 문의하십시오.