현금보조금 또는 식품지원 신청서

Application for Cash or Food Assistance

이 양식을 읽는데 또는 작성하는데 도움이 필요하면 요청하십시오.
기록을 위해 이 페이지를 보관하십시오.

현금보조금 또는 식품지원 혜택 신청 방법?

귀하는 이제 커뮤니티 서비스 사무소에 이 신청서를 직접 제출하여 절차를 시작하실 수 있습니다. 신청서에는 귀하의 이름, 주소 및 서명 또는 귀하의 권한을 부여받은 대리인의 서명이 기재되어야 합니다. 이 세 가지 항목만 포함된 경우에도 신청서를 즉시 제출하실 수 있습니다.

- 질문에 답변하시고 6페이지에 서명을 하셔서 신청서 및 저희가 부탁드린 다른 정보를 제출해주시면 더 많은 혜택을 받으시거나 더 빨리 혜택을 받으실 수 있습니다.
- 신청서를 지역 사무소에 가져가실 수 있습니다. 위치는 www.dshs.wa.gov 을(를) 참조하십시오.
- 신청서 팩스 전송: 1-888-338-7410
- 신청서를 다음 주소로 우편으로 보내주십시오. DSHS
  CSD-Customer Service Center
  PO Box 11699
  Tacoma, WA 98411-6699
- 온라인 신청도 가능합니다. www.washingtonconnection.org
- **건강보험은 온라인 www.wahealthplanfinder.org, 전화 1-855-923-4633, 또는 HCA 건강보험 보장 신청서(Application for Health Care Coverage, HCA 18-001)를 이용하여 제출하셔야 합니다.**

식품지원과 현금보조금은 얼마나 빨리 받을 수 있습니까?

식품지원이 지금 당장 필요한 경우 1 항~14 항 질문에 답한 후 지역의 보사부 사무처에 제출하십시오.

귀하의 신분증을 제시하고 다음 중 하나에 부합하면 7 일 *이내*에 식품지원 수혜자격 여부가 결정됩니다.

- 이달에 가족 총소득이 $150 이하이고 유동자산이 $100 이하일 경우.
- 귀가족의 소득과 자산이 월임대료와 유틸리티 비용(예: 전기비, 수도비)보다 적을 경우.
- 가족 중 빈민 이동 노동자나 계절 농장 노동자가 있을 경우.

혜택은 당국이 귀하의 자격을 결정한 바로 다음 날 발급됩니다. 저희는 귀하께서 신청서를 제출하신 날로부터 30 일 이내에 귀하의 식품지원 자격을 결정해야 합니다. 식품지원은 보통 귀하의 신청서가 접수된 날짜부터 시작합니다. 귀하께서 기관에서 신청서를 제출하신 경우, 시작일은 귀하의 석방 또는 퇴원일부터 시작됩니다. 현금보조금은 보통 수혜자격 결정에 필요한 정보가 모두 수집된 날부터 시작됩니다.

시민 권리 및 차별금지

연방 민권법 및 USDA 민권 규정과 정책에 따라, USDA 와 그 소속 기관, 부서, 직원, USDA 프로그램에 참여하거나 관리하는 기관은 USDA 에서 수행하거나 자금을 지원하는 모든 프로그램 또는 활동에서 인종, 피부색, 출신 국가, 종교, 성별, 장애, 연령, 혼인 상태, 가족/부모의 지위, 공공지원 프로그램에서 얻은 수입, 정치적 신념을 이유로 한 차별이나 이전 민권 활동에 대한 보복이 금지됩니다(일부 프로그램은 일부 기준이 적용되지 않습니다). 구제조치 및 불만 제기 기한은 프로그램 또는 사건에 따라 다릅니다.

프로그램 정보를 얻기 위해 대체 의사소통 수단(예: 점자, 큰 활자, 오디오 테이프, 미국식 수화)이 필요한 경우, 프로그램 관리 주 또는 지역 기관으로 연락하거나 통신 중계 서비스 711(음성 및 TTY)을 통해 USDA 로 연락해야 합니다. 또한 프로그램 정보를 영어가 아닌 다른 언어로도 이용할 수 있습니다.

프로그램에 차별 불만을 제기하시려면 모든 USDA 사무소에서 온라인 상에서 프로그램 차별 불만 제기방법(How to File a Program Discrimination Complaint)을 통해 이용할 수 있는 USDA 프로그램 차별 불만 제기 양식(USDA Program Discrimination Complaint Form) AD-3027 을 작성하십시오. 또는 양식에 요구된 모든 정보를 담은 서신을 USDA 에 보내주십시오. 불만 제기 양식 사본을 신청하시려면 (866) 632-9992 에 전화해 주십시오. 작성된 양식이나 서신은 USDA 에 제출해주십시오.

1. **우편주소**: USDA Food and Nutrition Service, 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; 또는
2. **이메일**: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

본 기관은 평등한 기회를 제공합니다.

이민자 신분 및 사회보장번호

함께 거주하는 사람으로서 이민 신분으로 인해 혜택을 받을 수 없는 일부 사람에게도 혜택이 제공되는 경우가 있습니다. 혜택을 신청하는 모든 사람의 이민 신분을 당국에 알려야 합니다. 가족 구성원의 외국인 신분은 USCIS 신청 정보 제출을 통해 USCIS(전 INS)의 확인 대상이 될 수 있습니다. USCIS 에서 받은 정보는 본 제출을 토대로 자격 및 수혜 금액에 영향을 줄 수 있습니다.

귀하와 함께 거주하는 사람으로서 TANF 또는 식품지원을 신청하는 사람은 연방법(45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6)에 따라 사회보장번호(SSN)를 반드시 제공해야만 합니다. 그리고 혜택을 신청하지 않지만 함께 사는 부모 및 배우자의 SSN 이 필요할 수도 있습니다.

귀하께서 식품지원과 다른 프로그램을 신청하시는 경우

저희는 귀하의 신청을 처리하기 위해 SNAP 규정을 준수해야 합니다. 여기에는 기한 내 신청서 처리, 올바른 통지 발급, 귀하의 행정 권리에 대한 고지가 포함됩니다. 저희는 귀하의 다른 지원 프로그램이 거부되었다는 이유만으로 귀하의 식품지원을 거부할 수 없습니다.

개인 정보 보호 및 현금보조금 및 식품지원

당국은 식품영양법(Food and Nutrition Act of 2008) 개정안에 따라 각 가족성원의 SSN 번호를 포함하여 신청서에 당국이 요구하는 정보를 수집할 수 있습니다. 당국은 SSN을 사용해 신분, 수혜자격 확인, 사기행위 예방 및 청구 사례를 징수합니다. 또한 저희 프로그램을 관리하고 해당 법을 따르는 다른 기관과 관련 정보를 교환합니다. 당국이 요청한 정보를 제공하는 것은 귀하의 의향에 달려있습니다. 하지만 합당한 이유 없이 SSN 또는 SSN 신청 증빙서류를 제공하지 않은 해당 가족구성원에 대한 기본식품 지원은 거절조치될 수도 있습니다. 이 정보의 일부는 연방 소득 및 수혜자격확인 시스템(IEVS)을 포함한 컴퓨터 매칭 프로그램으로 확인하게 됩니다.

보건사회부에 제공한 정보는 Health Care Authority 및 Health Benefit Exchange 에서 관리하는 건강보험 수혜 자격에 영향을 줄 수도 있습니다.

당국이 이 정보를 사용하는 이유:	이 정보를 제공할 수 있는 곳:
• 해당 프로그램에 대한 자격 여부 결정. • 과다 요금 징수. • 프로그램 관리. • 법 준수 확인.	• 공무 처리를 위한 연방 기관 및 주 정부 기관. • 법망을 피해 도주 중인 사람들을 쫓는 법 집행 기관. • 식품지원 초과 지급금을 징수하는 사립 미수금 대행 기관.

식품지원 벌칙 경고

저희는 다른 기관과 함께 귀하의 정보가 정확한지 확인합니다. 정보가 정확하지 않을 경우, 신청인에게 식품지원이 제공되지 않을 수도 있습니다.

고의로 규칙을 위반한 회원:

- 다른 연방 및 주 법률에 따라 기소될 수 있습니다.
- SNAP 에서 1 년부터 영구적으로까지 제외될 수 있습니다.
- 최고 $250,000 벌금이 부과될 수 있습니다.
- 최대 20 년간 수감될 수 있습니다.
- 법원 명령 시 SNAP 에서 추가로 18 개월 동안 제외될 수 있습니다.

법원에서 귀하에게 다음과 같은 유죄를 선고한 경우:

다음을 수반한 거래에서 이익을 얻음:	귀하는:
• 규제 약물 판매	2년부터 영구적으로 자격이 상실됩니다.
• 무기, 탄약 또는 폭발물 판매	영구적으로 자격이 상실됩니다.
• 수익의 결합 금액이 $500를 초과한 밀거래 행위	영구적으로 자격이 상실됩니다.
• 주거지 또는 신원 사기	10년간 자격이 상실됩니다.

DSHS
WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

식품지원 및 현금보조금 신청서
Application for Food and Cash Assistance
이 양식을 작성하는 데 도움이 필요하면 말씀해 주십시오.

귀하께서 오늘 본 양식을 작성하실 수 없는 경우에는 귀하의 **이름, 주소 및 서명만** 제출하시면 절차를 시작할 수 있습니다. 혜택이 승인되기 전에 신청서를 작성하셔야 합니다.
귀하의 신청을 완료하기 위해 6 페이지의 서명이 필요합니다.

1. 이름 중간 이름 성	신청인 또는 위임 대리인 서명	2. 수혜자/의뢰인 ID 번호 (아는 경우)
3. 거주지 주소 시 주 우편번호		4. 기본 전화번호 ☐ 휴대전화 ☐ 자택 ☐ 메시지
5. 우편주소(거주지 주소와 다를 경우) 시 주 우편번호		6. 보조 전화번호 ☐ 휴대전화 ☐ 자택 ☐ 메시지
8. 저는 다음을 신청합니다(모든 해당 사항에 체크할 것). ☐ 현금 ☐ 식품 ☐ 아동 양육		7. 이메일 주소

9. 본인 또는 가족 구성원이 다음에 해당합니다(해당 사항에 모두 체크할 것).
☐ 가정폭력 상황에 처함 ☐ 장애가 있음
☐ 건강문제로 인해 일을 할 수 없음 ☐ 임신 중임. 임산부 이름: _____ 기한: _____
10. 이 달에 귀하의 가구에 얼마의 돈이 들어올 것으로 예상합니까? $_____
11. 가구가 소유하고 있는 현금 또는 은행 계좌에 있는 돈은 얼마입니까? $_____
12. 귀가족이 지불하는 임대료(월세)나 모기지(주택융자금)는 얼마입니까? $_____
13. 귀가족이 어느 유틸리티 비용을 지불합니까? ☐ 냉난방 ☐ 전화 ☐ 기타: _____
14. 가족 구성원 중에 계절 또는 이동 농장 노동자가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
15. 식품지원을 신청하는 경우 가족 구성원 몇 사람을 위해 식품을 사서 조리합니까? _____
16. 탁아 지원을 신청하시는 경우 어떤 활동에 대한 돌봄이 필요하십니까(해당하는 항목에 모두 체크)?
☐ 직장 ☐ 학교 ☐ WorkFirst ☐ 기본 식품 고용 및 교육(Basic Food Employment and Training, BFET)

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: ☐ Yes ☐ No Screener's Initials: _____ Date: _____

17. ☐ 통역관이 필요합니다. 본인이 사용하는 언어: _____ 또는 ☐ 서명, 본인의 서신을 다음 언어로 번역해주십시오. _____

18. 혜택을 신청하지 않는 사람을 포함해 귀하의 가족 구성원 전원을 기재해 주십시오(필요할 경우 다른 용지에 적어 첨부하십시오).

이름 (이름, 중간이름, 성)	성별	귀하와의 관계	생년월일	이 사람의 혜택을 원하시면 체크해 주십시오	비신청인의 임의 기재 사항			
					사회보장번호	미국 시민권자일 경우 체크해 주십시오	인종(아래 보기 참조)	부족명(아메리칸 인디언, 알래스카 원주민)
		본인		☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		

19. 내 민족 배경은 히스패닉 또는 라틴 아메리카입니다. ☐ 예 ☐ 아니요
인종과 민족 배경 정보는 자발적으로 제공하는 것이며 자격이나 혜택 금액에 영향을 주지 않습니다. 이 정보는 인종, 피부색, 출신 국적에 관계 없이 혜택을 분배하기 위해 이용됩니다. 식품지원 신청서일 경우 본 정보를 제공하지 않으면 USDA 에서 당국으로 하여금 해당 답을 기입하도록 요구합니다. 귀하께서 답변을 원치 않으시면 저희는 "미신고"를 선택할 것입니다. **인종 예:** 백인, 흑인 또는 아프리카계 미국인, 아시아인, 하와이 원주민, 태평양 섬주민, 아메리칸 인디언, 알래스카 원주민 또는 혼혈 인종.

Barcode label

14001

신청인의 이름	사회보장번호	수혜자/의뢰인 ID 번호

I. 일반 정보

1. 지난 30 일간 다른 주정부, 부족 또는 기타 출처로부터 현금 또는 식품 지원 혜택을 받았습니다. ☐ 예 ☐ 아니요
2. 제가 신청하는 사람이 워싱턴주 외 지역에 거주합니다. ☐ 예 ☐ 아니요 해당 대상: _____
3. 본인 또는 가족 구성원이 보증을 받은 외국인입니다. ☐ 예 ☐ 아니요 해당 대상: _____
4. 본인 또는 16 세 이상인 가족 구성원이 다음에 다니고 있습니다(해당 사항에 모두 체크할 것). ☐ 고등학교 ☐ 고등학교 학위에 준하는 프로그램 ☐ 칼리지 ☐ 직업학교 해당 대상: _____
5. 잠시 집이 아닌 다른 곳에서 생활하는 사람이 있습니다. ☐ 예 ☐ 아니요 해당 대상: _____
6. 본인 또는 가족 구성원이 미군, 주방위군 또는 예비군에서 복무했거나 복무한 사람의 피부양자 또는 배우자입니다. ☐ 예 ☐ 아니요 예라고 답변하신 경우 해당 대상: _____
7. 본인 또는 제가 대신 신청하는 사람은 중범죄자이며, 재판이나 감옥행을 피하려고 도주 중입니다. ☐ 예 ☐ 아니요
8. 본인이 생활하는 곳: ☐ 본인 소유의 주택 또는 아파트 ☐ 그룹홈 ☐ 기타: _____ ☐ 시설(유형 명시): _____ 입력일: _____
9. 본인은 다음에 해당합니다. ☐ 독신 ☐ 기혼 ☐ 이혼 ☐ 별거 ☐ 사별 ☐ 등록 동거 관계에 있음
10. 본인이나 본인의 집에 거주하는 사람은 1996 년 9 월 22 일 이후 식품지원으로 약물을 거래하여 유죄 선고를 받았습니다. ☐ 예 ☐ 아니요
11. 본인이나 본인의 집에 거주하는 사람은 1996 년 9 월 22 일 이후 $500 를 초과하는 식품지원을 매매하여 유죄 선고를 받았습니다. ☐ 예 ☐ 아니요
12. 본인이나 본인의 집에 거주하는 사람은 1996 년 9 월 22 일 이후 식품지원으로 총기, 탄약 또는 폭발물을 거래하여 유죄 선고를 받았습니다. ☐ 예 ☐ 아니요
13. 본인이나 본인의 집에 거주하는 사람은 1996 년 9 월 22 일 이후 복수의 주에서 식품지원을 받아 유죄 선고를 받았습니다. ☐ 예 ☐ 아니요
14. 본인 또는 가족 구성원은 다음에 해당합니다. a. 파업 중: ☐ 예 ☐ 아니요 b. 하숙인: ☐ 예 ☐ 아니요

II. 자산(증빙자료 첨부, 현금지원만 해당)

자산이란 귀하의 모든 소유물 또는 매매, 교환 또는 현금화할 수 있는 구매품 또는 다른 사람이 갖고 있는 귀하의 돈 등을 들 수 있습니다. 자산에는 가구 또는 의복 등 개인 소유물은 포함되지 않습니다. 다음을 자산으로 취급할 수 있습니다.

- 현금
- 당좌예금구좌(Checking account)
- 보통예금구좌(Savings account)
- 학자금
- 신탁
- IRA / 401k
- 주택, 토지 또는 건물
- 예금증서(CD)
- 머니마켓 계좌
- 채권
- 퇴직 기금
- 장례 기금, 선불 플랜
- 사업 장비
- 가축
- 생명보험

1. 귀하, 배우자 또는 귀하가 혜택을 신청하는 사람 중에 소유하거나 구매 중인 자산을 아래에 기재해 주십시오.

자산	소유주	장소	가치
			$
			$
			$
			$

2. 본인, 제 배우자 또는 제가 혜택을 신청하는 사람 중에는 자동차, 트럭, 밴(van), 보트, RV, 트레일러 또는 기타 모터 운송 수단을 갖고 있습니다.

연도 (예: 1980)	제조사(예: FORD)	모델(예: ESCORT)	리스한 경우 체크요	의료 용도로 사용하는 차량일 경우 체크요	미납 금액
			☐	☐	$
			☐	☐	$
			☐	☐	$

3. 본인, 본인의 배우자 또는 본인이 혜택을 신청하는 사람이 지난 2 년 내에 자산을 판매, 교환했거나 남에게 주었거나 양도했습니까(신탁, 차량 또는 종신 부동산 포함)? ☐ 예 ☐ 아니요 예라고 답변하신 경우 무엇입니까: _____ 시기: _____

III. 연금(가족 구성원이 한 투자로 현재 정기적으로 받고 있는 또는 앞으로 받을 연금)

연금 주인	회사 또는 업체	금액 또는 가치	월소득	구매일자
		$	$	
		$	$	
		$	$	

신청인의 이름	사회보장번호	수혜자/의뢰인 ID 번호

IV. 근로소득(증빙자료 첨부)

1. 본인, 제 배우자 또는 제가 혜택을 신청하는 사람이 지난 30 일 내에 직장을 잃었습니다/그만두었습니다.
   ☐ 예 ☐ 아니요
2. 본인이나 배우자에게 또는 본인이 혜택을 신청하는 사람에게 근로소득이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
   '예'일 경우 이 항목을 작성하십시오.

이 소득의 주인 고용주 이름과 전화번호 시작일 이 직업은 자영업입니까? ☐ 예☐ 아니요 월간 자영업 비용 금액: $	받은 총액(공제 전의 금액) $ 기준: ☐ 시간 ☐ 주 ☐ 2 주 ☐ 월 2 회 ☐ 월간 주당 시간: 급여일(예: 1 일과 15 일, 또는 매주 금요일):
이 소득의 주인 고용주 이름과 전화번호 시작일 이 직업은 자영업입니까? ☐ 예☐ 아니요 월간 자영업 비용 금액: $	받은 총액(공제 전의 금액) $ 기준: ☐ 시간 ☐ 주 ☐ 2 주 ☐ 월 2 회 ☐ 매월 주당 시간: 급여일(예: 1 일과 15 일, 또는 매주 금요일):

V. 기타 소득(증빙자료 첨부, 모든 가족 구성원에 대해 신고)

- 실직수당
- 사회보장금
- 부족 소득
- 도박으로 벌인 소득
- 교육적 혜택(학비 융자금, 보조금, 실습)
- 생계보조비(SSI)
- 아동양육비 또는 배우자 부양금
- 철도 급부금
- 임대 소득
- 퇴직금 또는 연금
- 재향군인(VA) 또는 군 급부금
- 노동산업부(L&I)
- 신탁
- 이자/배당금

불로소득 종류	이 소득의 주인	월 총액
		$
		$
		$
		$
		$

VI. 월 지출비

임대	모기지	공간 임대	주택 보험	재산세	기타 수수료
$	$	$	$	$	$

임대료나 주택융자금과 별도로 귀하의 가정에서 지불하는 공공요금은 무엇입니까?
☐ 난방(전기/가스) ☐ 전기(난방 제외) ☐ 수도 ☐ 자택 전화/휴대전화 ☐ 하수도 ☐ 쓰레기

정부 아파트와 같이 다른 사람 또는 기관에서 이들 지출비 전액 또는 일부를 지불해 줍니다.
☐ 예 ☐ 아니요, 예라고 답변하신 경우 누구입니까: 지출 목적: 지불 금액: $
☐ 저는 지난 12 개월 사이에 저소득가정에너지지원법(LIHEAA)의 혜택을 받았습니다.
본인, 제 배우자 또는 해당 가족 구성원은 다음을 지불 또는 지불해야 합니다(모든 해당사항에 체크요).

☐ 아동 또는 성인 가족 부양비 (교통비 포함)	월간 금액: $	지불하는 사람:
☐ 장애자 또는 60 세 이상인 사람의 의료비(교통비와 건강보험료 포함)	월간 금액: $	지불하는 사람:
☐ 아동 양육비(증빙자료 첨부)	월간 금액: $	지불하는 사람:

위에 기재한 지출비 중 보고하지 않고 빠진 지출비의 경우, 귀가족은 이 지출비를 공제액으로 제하기를 원치 않는 것으로 간주합니다.

신청인의 이름	사회보장번호	수혜자/의뢰인 ID 번호

VII. 위임 대리인

위임한 대리인이란 DSHS 에서 귀하의 혜택에 관한 정보를 말할 수 있는 사람을 의미합니다. 대리인의 이름은 기입해도 되고, 기입하지 않아도 됩니다. 귀하는 정식 대리인이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

이 사람은 귀하의 법적 보호자입니까? ☐ 예 ☐ 아니요

대리인 승인서(Authorized Representative form, DSHS 14-532)를 작성해야 할 수도 있습니다.

이름	귀하와의 관계	전화번호

우편 주소	시	주 우편번호

유권자 등록

당국은 자동 유권자 등록을 포함한 유권자 등록 서비스를 제공합니다.**투표를 하기 위해 등록 신청을 하거나 투표 등록을 거절한다고 해서 그것이 본 기관에서 제공하는 서비스나 보조금 액수에 영향을 미치지는 않습니다.** 유권자 등록 양식을 작성하는 데 도움이 필요한 경우 지원해 드립니다. 도움을 구하거나 받는 것은 전적으로 귀하에게 달려 있습니다. 유권자 등록 신청서는 스스로 작성하실 수도 있습니다. 유권자 등록 신청 또는 등록 거절에 대한 귀하의 권리를 침해하거나 투표를 위한 등록 또는 등록 신청 결정에 따른 사생활 보호권을 침해하거나 또는 본인이 원하는 정당 또는 기타 우선하는 정당을 선택할 권리를 침해하는 사람이 있으면 아래 주소로 이의를 제기할 수 있습니다. Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

투표 등록을 하시거나 유권자 등록을 갱신하시겠습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

어떤 상자에도 체크를 하지 않으시면 귀하께서 자동 유권자 등록 자격이 있고 거부를 하지 않은 경우를 제외하고, 저희는 귀하께서 현재 유권자 등록을 하지 않기로 결정하신 것으로 판단합니다**.**

위에서 "아니오"를 체크하지 않으신 경우 자동 유권자 등록 자격을 가질 수 있습니다. 귀하의 연령이 다음 선거일에 18세 이상이고 미국 시민이며 DSHS에 귀하의 이름, 주거지, 우편 주소, 생년월일, 시민권 정보 확인, 본 신청서에 제공된 정보가 사실임을 증명하는 서명이 있을 경우 귀하는 자동 유권자 등록 자격을 가집니다.

자동 투표 등록을 하시겠습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

"예"라고 표시된 상자에 체크하시거나 아무 상자에도 체크를 하지 않고 자동 유권자 등록 자격 요건을 충족하시면 DSHS 가 귀하의 정보를 주 정부 서기관실(Office of the Secretary of State)에 전달하며 귀하는 자동으로 투표 등록이 됩니다.

선서 및 서명 (아래에 서명하여 귀하의 신청서 작성을 완료하십시오.)

본인은 다음을 이해합니다.

- 정확한 정보를 제공해야 하며 보고 요구 조건에 따라야만 합니다.
- 수혜자격 요건에 따르는 증빙서류를 제공해야 합니다.
- 빈곤가구한시보조금(TANF)을 받을 경우, 아동 양육비에 대한 특정 권리를 워싱턴 주정부에 양도해야 합니다. 하지만, 본인과 본인의 자녀가 위험에 처할 가능성이 있을 경우 DSHS에 아동양육비 징수를 추구하지 말 것을 요청할 수 있습니다.
- 식품지원 직업 요건에 협조해야 합니다.

위의 사항을 수행하지 않을 경우 혜택이 거절될 수 있으며 받은 것을 상환해야 할 수도 있습니다.
고의적으로 거짓 진술을 하거나 보고해야 할 사항을 보고하지 않을 경우 형사 기소될 수 있음을 이해합니다.
본인은 DSHS에서 본인의 수혜자격 증빙서류 획득을 위해 다른 사람이나 기관에 연락할 수 있음을 승인합니다.
본인은 본인의 권리와 책임에 관해 읽었습니다. 또는 제게 설명해 주었습니다. 그리고 수혜자/의뢰인의 권리와 책임 양식, DSHS 14-113 사본 한 부를 받았습니다. **본인은 워싱턴주법 아래 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 혜택을 신청하는 사람의 시민권 소지 여부 및 이민 신분 관련 정보를 포함하여, 이 신청서에 본인이 제공하는 정보가 모두 진실하며 정확함을 증명 또는 선언합니다.**

현금보조금을 신청하는 경우 가족 중 모든 성인(또는 위임받은 대리인)이 서명을 해야 합니다.

식품 지원의 경우, 현재 정식 대리인의 서류가 보관되어 있지 않은 한 신청인과 정식 대리인이 서명해야 합니다.

신청인의 서명(필수)	날짜	신청인의 이름(활자체로 기입)	서명한 시 및 주
기타 성인 신청인의 서명	날짜	기타 성인 신청인의 이름(활자체로 기입)	서명한 시 및 주
신청서 작성을 도운 사람 또는 대리인의 서명	날짜	대리인의 이름(활자체로 기입)	서명한 시 및 주
서명을 "X"로 써 넣은 경우 증인의 서명	날짜	증인의 이름(활자체로 기입)	