WASHINGTON STATE COMBINED APPLICATION PROGRAM (WASHCAP)

# 신청

## Application

WASHCAP 는 다음에 해당하는 분을 위한 식품 지원 프로그램입니다.

- 생계보조비(SSI)를 수령한 분.
- 생활 조건 "A"의 사회보장 정의를 충족하는 분
- 18 세 이상인 분.
- 소득이 없는 분.
- 생활 조건이 아래의 모든 조건을 충족하는 분:
  - 시설에서 거주하지 않는 분;
  - 혼자 거주하고 있거나 식품을 따로 구입하여 요리하는 타인과 함께 거주하는 분;
  - 결혼을 하지 않았거나 결혼했으나 배우자와 동거하지 않는 분.
- 연령이 18 세에서 21 세 사이이며 다음 조건을 충족하는 경우:
  - 기본 식품 혜택을 제공받는 부모와 함께 거주하지 않음
  - 기본 식품 혜택을 제공받지 않는 부모와 동거하며 식품을 따로 구입하는 경우.
- 22 세 미만의 자녀와 동거하지 않는 분.

본 프로그램에 대한 자세한 정보는 WAC 388-492-0020 부터 388-492-0120 까지를 포함하는 388-492 WAC 챕터를 참조하십시오.

**WASHCAP 에 대한 질문이 있으실 경우 무료 전화 1 (877) 380-5784** 로 문의하여 주십시오.

본인은 다음과 같이 선서합니다.

- 본인은 혼자 거주하고 있거나 함께 거주하고 있는 사람들과 따로 식품을 정기적으로 구입하고 있습니다.
  본인은 매월 $_____ 의 임대료/모기지를 지불하고 있습니다.
  본인의 몫

아래 서명함으로써 다음과 같이 선서합니다.

- 본인은 WASHCAP 에 대한 설명을 들었습니다.
- 본인은 WASHCAP 의 권리와 책임을 인정합니다.
- 본인은 WASHCAP 을 통해 식품 지원 혜택을 받을 수 있음을 인정합니다.

**본인은 워싱턴 주법 하에 위증 시 처벌을 받는다는 조건으로 이 신청서에서 제공한 정보가 진실하며 정확하다는 것을 선서합니다.**

| 서명과 날짜 | 이름(정자체) |
|---|---|
| | |

주소

우편주소, 상기와 다를 경우

| 기본 전화번호<br>((XXX) XXX-XXXX)<br>☐ 휴대전화 ☐ 자택 ☐ 메시지 | 보조 메시지 전화번호<br>((XXX) XXX-XXXX)<br>☐ 휴대전화 ☐ 자택 ☐ 메시지 | 사회보장번호 또는 수혜자 ID 번호 |
|---|---|---|
| | | |

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

### 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).

## 유권자 등록(계속)

**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.**

## 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. |

## 시민 권리 및 차별금지 고지

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.

영양 보충 지원 프로그램(Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) 문제에 관한 정보는 USDA SNAP Hotline (800) 221-5689로 문의해주십시오. 스페인어로도 이용할 수 있습니다. 또는 온라인에서 확인할 수 있는 주 정보/핫라인 전화(State Information/Hotline Numbers)(주별 핫라인 번호 목록의 링크 클릭)로 전화하십시오. SNAP Hotline.

## 차별금지 고지

HHS 를 통해 본인이나 다른 사람의 연방 재정 지원 프로그램 차별에 대한 불만을 제기하시려면, OCR 의 불만 제기 포털 https://ocrportal.hhs.gov/ocr/을 통해 온라인으로 양식을 작성해주십시오. 다음 방법으로도 OCR 에 연락을 하실 수 있습니다, 우편: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201 팩스: (202) 619-3818 이메일: OCRmail@hhs.gov. 빠른 처리를 위해 우편보다 OCR 온라인 포털을 이용하여 불만을 제출해주실 것을 권장합니다. 민권 불만 제기 시 도움이 필요하신 분은 OCR 이메일 OCRMail@hhs.gov 또는 OCR 무료 전화 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697 를 이용하실 수 있습니다. 청각장애, 난청, 언어 장애가 있으신 분은 전화 7-1-1 을 통해 통신 교환 서비스를 이용하실 수 있습니다. 저희는 또한 불만 제기를 위한 대체 형식(브레이유 점자 및 큰 활자), 보조 기구, 언어 지원 서비스를 무료로 제공합니다.

본 기관은 평등한 기회를 제공합니다.