DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

상황의 변화
Change of Circumstances

귀하의 이름	고객 ID 또는 사회보장번호

모든 항목을 자세히 읽으십시오. **귀하의 가정에 해당되는 모든 네모 칸에 체크하십시오.** 이 양식에 서명, 날짜를 기입하여 지역의 사무실에 반납하십시오. 질문이 있거나 이 양식을 우편으로 반납하기 위해 우표가 부착된 봉투가 필요하면 지역의 사무실에 연락하시기 바랍니다.

귀하의 책임: 가족이 현금 보조금, 기본 식품(Basic Food), 또는 의료 혜택을 받을 경우, 받는 혜택에 근거해 WAC 388-418-0005, 182-504-0105 및 182-504-0110 아래 설명된 대로 상황 변화를 당국에 보고해야만 합니다. 현금 및 식품 혜택의 경우 이러한 상황 변화를 변화 발생 다음 달 10 일째 되는 날까지 반드시 당국에 통보해야 합니다. 의료 혜택에 한해, 변화 발생 후 30 일 이내에 당국에 통보해야 합니다. 통보하지 않아도 되는 상황 변화를 당국에 보고하는 경우 당국은 해당 변화가 세입자의 혜택에 어떤 영향을 주는지를 검토할 의무가 있습니다. 이 경우 받고 있는 혜택이 줄어들 수도 있고 혜택이 종료될 수도 있습니다. 기본 식품(Basic Food)에 한해 새 주거지로 이사한 것을 자발적으로 보고할 경우 새 주거지에서 청구서를 아직 받지 않았다 하더라도 2 항에 새 주거지 비용을 반드시 보고해야만 합니다. 새 주거지 비용을 보고하지 않으면 당국은 $0 를 기입합니다. 이 경우 받고 있는 혜택이 줄어들 수도 있습니다.

1. ☐ 주소가 변경되었음.

☐ 이사를 했음. 이주 날짜: _____ ☐ 우편 주소가 변경되었음. ☐ 노숙자임.

새 주거지 주소:	새 우편 주소(다를 경우):
아파트 호수(있을 경우)	아파트 호수(있을 경우)
시 주 우편번호	시 주 우편번호

2. ☐ 주거지 비용이 변경되었음.

기본 식품(Basic Food)의 경우, 주거지 비용이 늘어났거나 새 주거지로 이사를 한 **경우에만** 보고를 하십시오. 이 외 모든 주거지 비용 변경은 **다음 중간 수혜자격 증명기간 또는 재검기간에** 보고하십시오. 해당하는 항목에 모두 체크하십시오.

☐ 임대해 주거. ☐ 매입해 주거. ☐ 정부 보조 주택에 주거.

월 임대비	본인이 부담하는 금액(다를 경우)	월 주택융자금(모기지)	월 지불금(본인이 부담하는 금액만 기재할 것)
$	$	$	$

별도로 지불하는 유틸리티비(공과금)(해당 사항에 모두 체크할 것):

☐ 냉/난방비 납부금: $_____/월. ☐ 전화 납부금: $_____/월. ☐ 주택 보험 납부금: $_____/월. ☐ 재산세 납부금: $_____/월.

3. ☐ 누가 이사를 들어왔거나 나갔음. 모든 해당 사항에 체크하고 이사 날짜를 기재하십시오.

☐ 이사를 들어온 사람이 있음. 날짜: _____
이사 들어 온 모든 사람의 이름을 기재할 것(출생 아기 포함)

이름	성별	본인과의 관계	사회보장번호

식품 구매와 식사 준비를 동거인(룸메이트)과 함께 합니다(해당 네모 칸에 체크할 것).
☐ 예 ☐ 아니요
아래 혜택에 다른 사람을 포함시키기를 원합니다.
☐ 현금 ☐ 기본 식품(Basic Food) ☐ 아동 양육 ☐ 의료 지원
이 사람의 이름을 기재하십시오.

☐ 이사를 나간 사람이 있음. 날짜: _____
이사 나간 모든 사람을 기재:

이름	본인과의 관계

이 사람이 다시 이사를 들어 올 것으로 예상하고 있습니다(해당 네모칸에 체크할 것).
☐ 예 ☐ 아니요
아래 혜택에 다른 사람을 포함시키기를 원합니다.
☐ 현금 ☐ 기본 식품(Basic Food) ☐ 아동 양육 ☐ 의료 지원
이 사람의 이름을 기재하십시오.

4. ☐ 가족의 자산이 변경되었음. 본인 또는 가족 구성원이 다음을 새로 소유합니다(해당 사항에 모두 체크할 것).

☐ 은행 계좌(해당 사항에 모두 체크할 것): ☐ 당좌예금 계좌 ☐ 적금 계좌 ☐ CD ☐ 금융시장 계좌
계좌 내 금액: $_____ 계좌 개설일: _____
☐ 차량: 연식: _____ 제조사: _____ 모델: _____ 수령일: _____
☐ 세금 환급금: $_____ 수령일: _____
근로장려세제(EITC) 금액: $_____
☐ 일시불(소급금, 합의금, 유산 포함): _____
☐ 기타 자산(구체적으로 기재): 수령일: _____

5. ☐ **가족의 소득이 변경되었음. 소득에는 수입 또는 직장 급료, 자영업으로 번 수입, 실직수당, 사회보장금, SSI(생계보조비), 산업재해수당(L&I), 아동양육비, 재향군인연금(VA), 증여금 또는 대부금 등을 들 수 있습니다. 해당하는 항목에 모두 체크하십시오.**

☐ **소득 또는 직업을 시작함.** 소득이 새로 들어오기 시작한 날짜: _____ 소득이 새로 들어온 사람: _____
총 소득(세전): $_____ 매 ☐ 시간 ☐ 월 ☐ 풀타임 ☐ 파트타임
소득 종류: _____ 고용주 이름(있을 경우): _____
소득 수령일(예: 매달 1 일 및 15 일 또는 매 금요일): _____

☐ **소득/급여가 중단됨.** 소득이 중단된 날짜: _____ 소득 지급이 중단된 사람: _____
소득 지급이 중단된 사유: _____

☐ **소득/급여 인상됨.** 소득이 인상된 날짜: _____ 소득이 인상된 사람: _____
총 금액(세전) $_____ 매 ☐ 시간 ☐ 월
소득 종류: _____ 고용주 이름(있을 경우): _____
직장인일 경우, 소득/급여 인상이 **파트타임**에서 **풀타임**으로 전환했기 때문에 발생했습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

☐ **소득/급여 인하됨.** 소득이 인하된 날짜: _____ 소득이 새로 들어온 사람: _____
총 금액(세전): $_____ 매 ☐ 시간 ☐ 월
소득 종류: _____ 고용주 이름(있을 경우): _____

6. ☐ **가족에게 다른 변화가 있었음. 해당하는 항목에 모두 체크하십시오. 소득공제상에 검증되지 않은 증액을 유발할 가능성이 있는 변경사항이 있다면 이는 변경사항에 대한 증빙을 받지 않는다면 다음 검토 시까지 업데이트되지 않습니다.**

☐ 탁아 서비스(베이비시팅) 비용이 다음과 같이 변경되었음: $_____ /월에서 $_____ /월.
☐ 다음 인물이 임신함: _____, 출산 예정일: _____.
☐ 다음 인물이 임신을 종료함: _____, 임신 종료일: _____.
☐ 자녀 양육비가 다음과 같이 변경되었음: $_____ /월에서 $_____ /월.
지불하는 사람: _____
☐ 의료비가 다음과 같이 증가하였음: $_____ /월에서 $_____ /월.
지불하는 사람: _____
☐ 다음 인물의 혼인 여부가 변경되었음: _____ ☐ 결혼 ☐ 이혼 ☐ 별거 ☐ 사별
☐ 다음 인물의 개인 의료보험이 종료되었음: _____, 보장 종료일: _____
☐ 다음 인물의 개인 의료보험이 시작되었음: _____, 보장 시작일: _____
보험이 종료 또는 시작되었다면 보험회사 이름 및 전화번호를 기입하십시오:
☐ 저는 지난 12 개월 사이에 저소득가정에너지지원법(LIHEAA)의 혜택을 받았습니다.
금액: _____
☐ $4,750 이상의 복권 또는 도박 상금(세전 달러 금액): $_____,
인물: _____, 수령일: _____

기타 상황 변화(구체적으로 설명)

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.**
- **1 년에서 평생 사이의 기간 동안 SNAP 자격을 잃을 수 있습니다.**
- **최대 $250,000 의 벌금이 부과될 수 있습니다.**
- **최대 20 년간 수감될 수 있습니다.**
- **법원 명령 시 SNAP 자격을 추가로 18 개월 동안 잃을 수 있습니다.**

법원에서 귀하에게 다음과 같은 유죄를 선고한 경우:

다음을 수반한 거래에서 이익을 얻은 경우:	귀하는:
• 제한된 물품의 판매	2 년에서 평생 사이의 기간 동안 자격이 상실됩니다.
• 무기, 탄약 또는 폭발물 판매	영구적으로 자격이 상실됩니다.
• 수익의 결합 금액이 $500 를 초과한 밀거래 행위	영구적으로 자격이 상실됩니다.
• 거주 또는 신원 사기	10 년 동안 자격이 상실됩니다.

유권자 등록

전국유권자등록법 (National Voter Registration Act of 1993)에 따라 저희 기관은 유권자 등록 서비스를 제공합니다. **투표를 하기 위해 등록을 하거나 투표 등록을 거절한다고 해서 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

네모 칸을 빈 칸으로 두는 것은 수혜자가 투표 등록을 지금 하지 않기로 작정한 것으로 취급됩니다.

선언 및 서명

본인은 위증 시 처벌을 받는 다는 조건 하에, 본인이 제공한 모든 정보가 정확하고 본인이 아는 바를 기입하였음을 선언합니다. 본인은 허위진술, 오도 또는 정보를 누락하는 경우, 관련법(RCW 74.08.055 및 RCW 74.08.331)에 따라 벌칙을 받을 수 있음을 이해합니다. 본인은 본인이 제공한 정보가 확인될 수 있으며, 확인을 위한 증빙서류를 제공할 것에 동의함을 이해합니다. 본인이 필요한 증빙서류를 제공할 수 없을 경우, 본인은 DSHS 에서 다른 사람이나 기관에 연락하여 본인 대신 관련 증빙서류를 획득할 수 있도록 승인할 것입니다. 이 양식에 기입한 본인의 서명은 본인이 마땅히 보고해야 하는 모든 상황 변화를 보고하였음을 의미합니다.

서명	날짜	전화번호
기타 성인 가족 또는 대리인 서명	날짜	전화번호