

## 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 필요하다면 지역의 사무실에 연락하시기 바랍니다.

**귀하의 책임:** 가족이 현금 보조금, 기본 식품, 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. 이러한 상황 변화는 변화 발생 후 그 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 아예 혜택이 종료될 수도 있습니다. 기본식품(Basic Food)에 한해 새 주거지로 이사한 것을 자발적으로 보고할 경우 새 주거지 청구서를 아직 받지 않았다 하더라도 2 항에 새 주거지 비용을 반드시 보고해야만 합니다. 새 주거지 비용을 보고하지 않으면 당국은 \$0 로 기입합니다. 이 경우 받고 있는 혜택이 줄어들 수도 있습니다.

#### 1. 주소가 변경되었음.

이사를 했음. 이사일: \_\_\_\_\_  우편 주소가 변경되었음.  노숙자임.

새 주거지 주소:

아파트 호수 (있을 경우)

새 우편 주소(다를 경우):

아파트 호수 (있을 경우)

\_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호

\_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호

#### 2. 주거지 비용이 변경되었음.

기본식품(Basic Food)에 한해, 주거지 비용이 늘어났거나 새 주거지로 이사를 한 **경우에만** 보고를 하십시오. 이 외 모든 주거지 비용 변경은 다음 **중간 수혜자격 증명기간 또는 재검기간**에 보고하십시오. 해당되는 모든 사항에 체크하십시오.

임대해 주거.

매입해 주거.

정부 보조금으로 지은 주택에 주거.

월 임대비

본인이 부담하는 금액(다를 경우)

월 주택용자금(모기지)

월 지불금(본인이 부담하는 금액만 기재할 것)

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

별도로 지불하는 유틸리티비(공과금)(해당 사항에 모두 체크할 것):

난/냉방비

전화비

주택 보험

자산세

본인 부담금: \$ \_\_\_\_\_ /월.

본인 부담금: \$ \_\_\_\_\_ /월

본인 부담금: \$ \_\_\_\_\_ /월

본인 부담금: \$ \_\_\_\_\_ /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(신생아 포함):

식품 구매와 식사준비는 동거인(룸메이트)과 함께 합니다(해당 네모 칸에 체크할 것).  예  아니오

이름	성별	본인과의 관계	사회보장번호

아래 혜택에 다른 사람을 포함시키기를 원합니다.

현금보조금  기본식품  탁아비

의료혜택

이 사람의 이름을 기재하십시오.

이사를 나간 사람이 있음. 날짜: \_\_\_\_\_  
이사 나간 모든 사람을 기재할 것.

이 사람이 다시 이사를 들어 올 것으로 예상하고 있습니다(해당 네모칸에 체크할 것).  예  아니오

이름	본인과의 관계

이 사람의 이름을 기재하십시오.

언제 다시 이사를 들어 올 것으로 예상합니까?

#### 4. 가족의 자산이 변경되었음. 본인 또는 가족 구성원이 다음을 소유하고 있습니다(해당 사항에 모두 체크할 것).

은행구좌(해당 사항에 모두 체크할 것):  당좌예금구좌  적금 구좌  CD's  금융시장 구좌

구좌에 있는 금액: \$ \_\_\_\_\_ 구좌 개설 날짜: \_\_\_\_\_

차량: 연도: \_\_\_\_\_ 제조사: \_\_\_\_\_ 모델: \_\_\_\_\_ 수령일: \_\_\_\_\_

세금 환급금: \$ \_\_\_\_\_ 수령일: \_\_\_\_\_ 근로장려세제(EITC)는 얼마였습니까? \_\_\_\_\_

일시불(소급금, 합의금 또는 유산 포함): \_\_\_\_\_ 수령일: \_\_\_\_\_

기타 자산 (구체적으로 기재): \_\_\_\_\_

5.  가족의 소득이 변경되었음. 소득에는 수입 또는 직장 급여, 자영업으로 번 수입, 실직수당, 사회보장금, SSI(생계보조비), 산업재해수당(L&I), 아동양육비, 재향군인연금(VA), 중여금 또는 대부금 등을 들 수 있습니다. 해당되는 모든 사항에 체크하십시오.

- 소득 또는 급여가 지급되기 시작하였음. 소득 지급 시작일: \_\_\_\_\_ 소득 지급이 시작된 사람: \_\_\_\_\_  
 총소득(세금 공제 전의 금액): \$ \_\_\_\_\_  시간당  매월  풀타임  파트타임  
 소득 종류: \_\_\_\_\_ 고용주(직장) 이름(있을 경우): \_\_\_\_\_  
 소득 수령일 (즉, 매달 1 일과 15 일 또는 매주 금요일): \_\_\_\_\_
- 소득 또는 급여 지급이 중단되었음. 소득 지급 중단일: \_\_\_\_\_ 소득 지급이 중단된 사람: \_\_\_\_\_  
 소득 지급이 중단된 이유: \_\_\_\_\_
- 소득 또는 급여가 증가하였음. 소득 증가일: \_\_\_\_\_ 소득이 증가한 사람: \_\_\_\_\_  
 총소득 (세금 공제 전의 금액)  매월  시간당 \$ \_\_\_\_\_  
 소득 종류: \_\_\_\_\_ 고용주(직장) 이름(있을 경우): \_\_\_\_\_  
 직장인일 경우 소득/급여가 인상된 이유가 파트타임에서 전시간 근무로 변경한 것입니까?  예  아니오
- 소득 또는 급여 감소. 소득 감소일: \_\_\_\_\_ 소득이 감소한 사람: \_\_\_\_\_  
 총소득(세금 공제 전의 금액):  매월  시간당 \$ \_\_\_\_\_  
 소득 종류: \_\_\_\_\_ 고용주(직장) 이름(있을 경우): \_\_\_\_\_

6.  가족에게 다른 변화가 있었음. 해당되는 모든 사항에 체크하십시오.

- 제 탁아서비스(베이비시팅) 비용이 다음과 같이 변경되었음: \$ \_\_\_\_\_ /월에서 \$ \_\_\_\_\_ /월로 변경.
- 임산부 가족: \_\_\_\_\_; 출산 예정일: \_\_\_\_\_.
- 임신이 종료된 가족: \_\_\_\_\_; 임신 종료일: \_\_\_\_\_.
- 자녀 양육비가 다음과 같이 변경되었음: \$ \_\_\_\_\_ /월에서 \$ \_\_\_\_\_ /월로 변경.  
 지불하는 사람: \_\_\_\_\_
- 의료비가 다음과 같이 증가되었음: \$ \_\_\_\_\_ /월에서 \$ \_\_\_\_\_ /월로 변경.  
 지불하는 사람: \_\_\_\_\_
- 다음 사람의 결혼 상태가 변경되었음: \_\_\_\_\_  기혼  이혼  별거  사별
- 다음 사람의 개인 의료보험이 종결되었음: \_\_\_\_\_; 의료보험 중단일: \_\_\_\_\_
- 다음 사람의 개인 의료보험이 시작되었음: \_\_\_\_\_; 의료 보험 시작일: \_\_\_\_\_  
 보험이 종료되었거나 시작되었다면 보험사 이름과 전화번호를 기입하십시오.
- 저는 지난 12 개월 사이에 저소득가정에너지지원법(LIHEAA)의 혜택을 받았습니다. 금액: \_\_\_\_\_

기타 상황 변화(구체적으로 설명)

7.  저는 다음을 중단하기를 원합니다.  현금 보조금  기본식품  의료혜택  탁아비

**유권자 등록**

해당 부서는 1993 전국유권자등록법에 의거하여 유권자 등록 서비스를 제공합니다. 투표를 하기 위해 등록을 하거나 투표 등록을 거절한다고 해서 본 기관에서 제공하는 서비스나 보조금 액수에 영향을 미치지 않습니다. 유권자 등록 양식을 작성하는 데 도움이 필요한 경우 지원해 드립니다. 도움을 구하거나 받는 것은 전적으로 귀하의 선택에 달려있습니다. 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  아니오

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

**선언 및 서명**

본인은 위증 시 처벌을 받는다는 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