



UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE  
 FOOD AND NUTRITION SERVICE  
**재해식품지원혜택 신청서**  
**Application for Disaster Food Benefits**  
 (준수규정: 7 CFR 280)

DATE STAMP
CLIENT IDENTIFICATION

**지시사항:** 이 신청서를 아는 대로 정직하게 작성하십시오. 요청한 정보를 알고 있으면서 고의로 정보를 제공하기를 거부하면 현금보조금을 받을 자격이 주어지지 않습니다. 다른 사람을 귀하의 대리인으로 정해 귀하 대신 가족의 비상원조프로그램을 신청하고 식품혜택을 사용하도록 할 수 있습니다. 하지만 이 경우 세대주가 반드시 면접에 직접 응해야만 혜택을 받을 수 있습니다. 면접을 할 때 세대주와 세대주의 위임 대리인으로 행사하는 사람의 신분증을 제시해야만 합니다. 사진이 부착된 신분증이 있으면 사진부착 신분증을 요구하며, 재해 당시 재해지역에서 살았다는 것을 또는 일했다는 것을 증명해야만 합니다. 그리고 모든 지출비에 대해 의심이 가는 부분이 있으면 이를 증명해야 할 수도 있습니다. **검정펜으로 정자체로 기입해 주십시오. 회색으로 된 부분은 기입하지 마십시오.**

세대주(재해식품지원혜택 계좌에 기입할 성인의 이름)		VERIFIED		
세대주가 아닌 다른 사람으로 하여금 귀 가구의 혜택을 신청하기를 원합니까? (위임 대리인) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	대리인의 이름(대리인을 위임했을 경우)	VERIFIED		
거주지 영구 주소	시	주	우편번호	VERIFIED
임시/우편 주소	시	주	우편번호	<input type="checkbox"/> 임시 <input type="checkbox"/> 우편 VERIFIED
영구 전화번호(지역번호 포함) ( )	임시 전화번호(지역번호 포함) ( )			
기타 연락처(지역번호 포함) ( )				연락처: <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 메시지

**A 항 - 가족상황**

1. 재해 당시, 귀하의 가족들이 재해지역에서 살았거나 일하였습니까? '예'일 경우 다음 질문에 답하십시오.	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
재해로 인해 집이나 자영업지가 훼손되었거나 피해를 입었습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
재해로 인해 추가로 지출된 경비가 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
재해 복구를 하는 동안 가족을 위해 식품을 구매할 것입니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
재해로 인해 가족의 소득이 연기, 감액 또는 중단되었습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
재해로 인해 귀하의 거래 은행 업무가 중단되어 은행에 예치되어 있는 당좌예금 또는 저축예금 계좌에서 돈을 인출할 수 없습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
가족 중에 DSHS 지역사회 서비스 부서(Community Services Division)나 가정 및 지역사회 서비스(Home and Community Services)에 고용된 사람이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 현재 SNAP, 푸드스탬프 혹은 기본 식품혜택을 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
'예'일 경우 주(州)를 기입하십시오: _____ 카운티를 기입하십시오: _____		
'예'일 경우 재해로 인해 식품이나 귀하의 EBT 카드가 훼손되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
'예'일 경우 재해로 인해 손실된 식품이나 식품혜택 금액은 얼마나 됩니까? \$ _____		
손실 유형: <input type="checkbox"/> EBT 카드 <input type="checkbox"/> EBT 혜택 <input type="checkbox"/> SNAP, 푸드스탬프 혹은 기본 식품혜택으로 구매한 식료품		
<input type="checkbox"/> 기타: _____		
손실 발견 날짜: _____		
손실 보고인의 서명: _____		



귀하 자신을 포함하여 재해 발생당시 한집에서 기거하고 식사를 같이 하였던 가족 구성원을 기재하십시오. **재해로 인해 지금 다른 사람의 집에 임시로 거주하고 있을 경우 그 사람의 가족은 포함시키지 마십시오.** 각 가족 구성원의 이름을 B 항에 기재하십시오. 재해식품지원프로그램혜택 수혜기간 동안 가족이 받은 기타 소득이나 받을 것으로 예상하는 소득이 있으면 모두 기입하십시오. 급료는 소득에서 세금을 공제한 순소득만을 기입하십시오. 가족의 각 소셜시큐리티번호(SSN) 제공은 의무적인 것은 아니지만 업무처리에 도움이 됩니다. 소셜시큐리티번호는 귀가족의 신분과 그들의 식품혜택 수혜자격을 확인하는 데 사용됩니다. 또한 컴퓨터로 번호 도용 확인, 프로그램 재심 또는 감사를 실시할 때도 사용될 것입니다.

B 항 - 가족 구성원 (여백이 더 필요하다면 다른 용지를 추가하십시오)				C 항 - 소득	
이름	세대주와의 관계	소셜시큐리티 번호	생년월일	소득 출처/유형	금액
	세대주 자신				

D 항. 재해 기간 중에 가족이 받을 수 있는 모든 현금을 기재하십시오. E 항에 재해로 인해 가족이 지불했던 비용 또는 재해기간동안 지불할 것으로 예상되는 비용을 기재하십시오. **가족이 아닌 다른 사람이 지불한 또는 지불할 비용은 포함하지 마십시오.**

D 항 - 자산	금액	PART F - ELIGIBILITY COMPUTATION	
수중의 돈		1. Total anticipated income	\$ _____
사용할 수 있는 당좌예금계좌(Checking Account)		2. Total accessible cash resources	\$ _____
사용할 수 있는 보통예금구좌(Savings Account)		3. Add #1 and #2	\$ _____
기타:		4. Total disaster expenses	\$ _____
<b>E 항 - 비용</b>	<b>금액</b>	5. Total available funds (Subtract #4 from #3)	\$ _____
재해로 인해 훼손된 또는 못쓰게 된 식품비		6. Maximum Gross Income Limit (Amount from Disaster Table)	\$ _____
재해로 인한 부양가족 보호관리비		7. ELIGIBLE (#5 is equal to or less than #6)	\$ _____
재해로 인한 장례비/의료비		8. INELIGIBLE (#5 is greater than #6)	\$ _____
재해로 인한 이사비용 및 보관창고 비용			
임시 거주지 비용			
재해기간 동안 소유재산을 보호하기 위해 쓰인 제반 비용			
자택 또는 자영업지 수리 또는 품목 교체 등에 쓰인 제반 비용			
재해관련 기타 비용 (1)			
재해관련 기타 비용 (2)		Interviewers Name:	
재해관련 기타 비용 (3)			
재해관련 기타 비용 (4)		Phone:	



### G 항 - 벌칙 경고

식품혜택을 받을 경우 반드시 아래 기재된 규정들을 준수해야만 합니다. 당국은 귀하에 식품혜택을 제공한 후에 귀하를 지정하여 연방정부 또는 주정부로 하여금 재해 비상원조 수혜자격 여부를 다시 확인하도록 할 수 있습니다.

식품지원을 받기 위해 또는 계속 받기 위해 정보를 허위로 제공하거나 숨기지 마십시오.

귀하의 식품혜택이나 EBT(Electronic Benefits Transfer) 카드를 사용할 자격이 없는 사람에게 주거나 팔지 마십시오.

식품혜택으로 술이나 담배 등, 승인되지 않은 품목들을 구매하지 마십시오.

다른 가족의 식품혜택 또는 EBT 카드를 사용해 가족의 식품을 구매하지 마십시오.

### H 항 - 증명 및 서명

본인은 이 신청서에 있는 질문들과 정보를 허위로 제공하거나 숨길 경우 부과될 수 있는 벌칙 등을 이해합니다. 제 가족은 재해로 인해 지금 당장 식품지원을 받아야만 합니다. 본인은 위증시 처벌을 받는다는 조건 하에, 본인이 제공한 모든 정보가 정확하고 본인이 아는 바를 기입하였음을 증명합니다. 또한 본인은 본인이 제공한 정보의 정확성을 결정하는 데 필요한 모든 정보를 공개해도 됨을 승인합니다. 본인의 케이스에 대해 취한 모든 조치에 대해 본인이 동의하지 않을 경우 구두로 또는 서신으로 공정심의회를 신청할 권리가 있음을 알고 있습니다.

세대주 서명 또는 위임 받은 대리인의 서명

날짜

미 농무부는 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 여부, 성별, 성적 정체성, 종교, 보복, 해당된다면 정치적 신념, 혼인 여부, 가족 관계 또는 부모로서의 지위, 성적 지향, 또는 개인 소득의 전체 또는 일부를 공적 지원 프로그램으로부터 지원 받거나 고용 또는 미 농무부가 실시하거나 자금 지원을 하는 프로그램이나 활동에서 유전 정보 보호를 받는다는 이유로 고객, 직원, 고용 신청자에 대한 차별 대우를 금지합니다. (모든 금지 사유가 모든 프로그램 및/또는 고용 활동에 적용되는 것은 아닙니다) 민권 프로그램과 관련해 차별대우에 대한 이의제기를 하시려면 USDA 프로그램 이의제기 양식을 작성하십시오. 이 양식은 온라인 주소 [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html)에서 다운로드 받거나 USDA 사무소에서 가져올 수 있습니다. 또는 (866) 632-9992 번으로 전화하셔서 양식을 보내달라고 요청하십시오. 아니면 양식에서 요청하는 모든 정보를 적은 서신을 적어서 보내셔도 됩니다. 이의제기 양식이나 서신을 작성해서 우편 주소 U.S Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 으로 보내시거나 팩스 (202) 690-7442 또는 이메일 주소 [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)로 보내십시오. 청력 장애나 언어 장애가 있으신 분은 Federal Relay Service의 (800) 877-8339 또는 (800) 845-6136(스페인어) 번호로 USDA에 연락해주시면 됩니다. SNAP(영양보충지원프로그램)과 관련해서 다른 궁금한 정보가 있다면 USDA SNAP 핫라인 번호 (800) 221-5689 번호로 문의해주시십시오. 이 핫라인은 스페인어 서비스도 제공합니다. 또는 State Information/Hotline Number로 전화해 주십시오 (주에서 운영하는 핫라인 번호 목록에서 링크를 클릭하세요). 이 핫라인 번호는 [http://www.fns.usda.gov/snap/contac\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contac_info/hotlines.htm)에 들어가시면 확인하실 수 있습니다. USDA는 모두에게 평등한 서비스 수혜 기회와 고용 기회를 드리는 관공서입니다.

