

상황 변경

이름

고객 ID 또는 SOCIAL SECURITY NUMBER(사회보장번호)

모든 항목을 주의 깊게 읽어보시기 바랍니다. 귀하의 가구에 해당하는 모든 확인란에 체크하세요. 이 양식에 서명하고 날짜를 기입한 후 현지 사무소에 제출하세요. 문의 사항이 있거나 이 양식을 우편으로 반송하기 위해 우편 요금을 미리 지불한 봉투가 필요한 경우 현지 사무소에 문의하세요.

귀하의 책임: 귀하의 가구가 현금, 기본 식품 또는 의료 지원을 받는 경우, 귀하가 받는 혜택에 따라 WAC 388-418-0005, 182-504-0105 및 182-504-0110 에 설명된 대로 변경 사항을 보고해야 합니다. 현금 및 Food Assistance Program(식품 지원 프로그램)의 경우, 변경 사항이 발생한 날의 다음 달 10 일까지 이러한 변경 사항을 알려주셔야 합니다. 의료 지원을 받으려면 변경 사항이 발생한 날로부터 30 일 이내에 본 기관에 알려야 합니다. 알려야 할 의무가 없는 변경 사항에 대해 알려주실 경우, 본 기관은 해당 변경 사항이 고객님의 혜택에 어떤 영향을 미치는지 살펴봐야 합니다. 이로 인해 혜택이 줄어들거나 혜택이 종료될 수 있습니다. 기본 식품의 경우, 새로운 거주지로 이사한다는 사실을 자발적으로 신고하는 경우, 아직 청구서를 받지 않았더라도 섹션 2 의 새로운 쉼터 비용도 신고해야 합니다. 새로운 쉼터 비용을 제공하지 않으면 \$0 를 사용하게 됩니다. 이로 인해 더 적은 혜택을 받을 수 있습니다.

1. 변경된 주소.

이사했습니다. 이사 날짜: _____ 우편 주소가 변경되었습니다. 노숙 중입니다.

새 거주지 주소는 다음과 같습니다.

아파트 번호 (해당하는 경우)

시

주

우편 번호

새 우편 주소(다른 경우)는 다음과 같습니다.

아파트 번호 (해당하는 경우)

시

주

우편 번호

2. 쉼터 비용이 변경되었습니다.

기본 식품의 경우, 혜택이 증가했거나 새 거주지로 이사한 **경우에만** 신고하세요. 쉼터 비용의 기타 변경 사항은 **다음 중간 인증 또는 자격 검토 시 보고하세요.** 해당하는 항목을 모두 체크하십시오.

임대 중입니다.

자가입니다.

보조금을 받는 주택에 거주하고 있습니다.

월세
\$

해당 금액(전체 금액과 다른 경우)
\$

월 모기지 금액
\$

월별 결제 금액(본인의 금액만 기재)
\$

별도 지불 비용 지불(해당 항목에 모두 체크):

난방/냉방 비용

전화 번호

주택 보험

재산세

월별: \$ _____

월별: \$ _____

월별: \$ _____

월별: \$ _____

지불 금액

지불 금액

지불 금액

지불 금액

3. 다른 사람이 전입하거나 전출했습니다. 해당되는 항목에 모두 체크하고 이사 날짜를 표시하세요.

다른 사람이 저의 주택에 입주했습니다. 날짜: _____
전입한 모든 사람(신생아 포함)을 나열:

룸메이트와 함께 음식을 사서 식사를 준비합니다(해당 확인란 선택):

예 아니요

누군가를 저의 혜택에 포함시키길 원합니다.

현금 기본 식품 자녀 돌봄

의료 지원

만약 그렇다면 누구입니까? 이름 나열:

이름	성별	본인과의 관계	SOCIAL SECURITY NUMBER(사회보장번호)

<input type="checkbox"/> 다른 사람이 제 주택에서 전출했습니다. 날짜: _____ 전출한 모든 사람을 나열:		해당하는 사람이 다시 전입하여 함께 거주할 것으로 예상합니다(해당 확인란 선택): <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 누군가를 저의 혜택에 포함시키길 원합니다. <input type="checkbox"/> 현금 <input type="checkbox"/> 기본 식품 <input type="checkbox"/> 자녀 돌봄 <input type="checkbox"/> 의료 지원 만약 그렇다면 누구입니까? 이름 나열:
이름	본인과의 관계	

4. 가구의 상황이 바뀌었습니다. 본인 또는 가족 구성원의 변경 사항 (해당 항목에 모두 체크):

은행 계좌 (해당 항목에 모두 체크): 당좌 예금 적금 CD 단기 금융 시장
 계정 잔액: \$ _____ 계좌 개설 날짜: _____
 차량: 연식: _____ 제조사: _____ 모델: _____ 인수 날짜: _____
 세금 환급: \$ _____ 수령 날짜: _____
 Earned Income Tax Credit (근로 소득 세액 공제, EITC) 금액은 얼마였나요?: \$ _____
 일시금(소급 혜택, 합의금 또는 상속 포함): _____
 기타 자원 (나열): _____ 수령 날짜: _____

5. 가구의 소득이 변경되었습니다. 소득의 예로는 직장이나 자영업에서 얻은 수입 또는 임금, 실업급여, 사회보장, SSI Labor and Industries (노동 및 산업, L&I), 자녀 양육비, Veterans Benefits (재향군인 수당, VA), 선물 또는 대출 등이 있습니다. 해당하는 항목을 모두 체크하십시오.

수입 발생 또는 근로 시작. 수입 발생 시작일: _____ 수입이 발생한 가구원: _____
 총 금액(세전): \$ _____ / 시간 월 전일 근무 파트 타임
 수입 유형: _____ 고용주 이름 (해당하는 경우): _____
 소득이 발생한 날짜 (예, 매달 1 일 및 15 일 또는 매주 금요일): _____
 수입 발생 또는 근로 종료. 수입 종료일: _____ 수입이 종료된 가구원: _____
 수입이 종료된 사유: _____
 수입 발생 또는 근로 증가. 수입 증가일: _____ 수입이 증가한 가구원: _____
 총 금액(세전 달러 금액) \$ _____ / 시간 월
 수입 유형: _____ 고용주 이름 (해당하는 경우): _____
 근로 중인 경우 파트 타임에서 전일 근무로 변경되었나요? 예 아니요
 수입 발생 또는 근로 감소. 감소 시작일: _____ 수입이 감소한 가구원: _____
 총 금액(세전 달러 금액): \$ _____ / 시간 월
 수입 유형: _____ 고용주 이름 (해당하는 경우): _____

6. 저의 가구에 다른 변경 사항이 있습니다. 해당하는 항목을 모두 체크하십시오. 혜택 증가를 유발할 수 있는 미확인 공제액 변경은 변경에 대한 확인을 받지 않는 한 귀하의 상황에 대한 다음 검토 때까지 반영되지 않습니다.

- 보육(베이비시터) 비용이 변경되었습니다. \$ _____ / 월에서 \$ _____ / 월.
- 임신 시작일: _____; 출산 예정일: _____.
- 임신 상태 종료: _____; 임신 상태 종료일: _____.
- 자녀 양육비 지불액이 변경되었습니다. \$ _____ / 월에서 \$ _____ / 월.
지불자: _____
- 의료 비용이 증가했습니다. \$ _____ / 월에서 \$ _____ / 월.
지불자: _____
- 혼인 상태가 변경되었습니다. _____ 혼인 중 이혼 별거 사별
- 다음 민간 의료 보험이 종료되었습니다. _____; 보장 종료일: _____
- 다음 민간 의료 보험이 시작되었습니다. _____; 보장 시작일: _____
보험 적용이 종료되거나 시작된 경우 해당 보험 회사 이름과 전화번호를 기재합니다.
- 지난 12 개월 동안 Low Income Home Energy Assistance Act (저소득층 가정 에너지 지원법, LIHEAA)에 따른 지원금을 받았습니다.
금액: _____
- \$4,500 이상의 복권 또는 도박 당첨금(세전 금액): \$ _____;
당첨자: _____; 수령일: _____

기타 변경 사항(기재)

식품 지원 처벌 경고

본 기관은 귀하의 정보가 정확한지 다른 기관에 확인합니다. 정보가 잘못된 경우 해당 신청자는 식품 지원을 받지 못할 수 있습니다.

고의로 규칙을 위반하는 회원은 다음과 같은 처벌을 받을 수 있습니다.

- 기타 해당 연방법 및 주 정부법에 따라 기소될 수 있습니다.
- 1 년에서 최대 영구적으로 SNAP 자격 박탈
- 최대 \$250,000 의 벌금
- 최대 20 년 징역형 또는
- 법원의 명령이 있는 경우 추가로 18 개월 동안 SNAP 자격 박탈.

법원이 귀하에게 유죄 판결을 내리는 경우:

다음과 관련된 거래에서 혜택을 받은 경우:

처벌 사항:

- 규제 약물을 판매하는 경우 2 년~영구적으로 자격이 박탈됨.
- 총기, 탄약 또는 폭발물을 판매하는 경우 영구적으로 자격이 박탈됨.
- 총 \$500 달러 이상이 연루된 인신매매로 얻은 혜택 영구적으로 자격이 박탈됨.
- 거주지 또는 신원 사기 10 년간 자격이 박탈됨.

유권자 등록

The Department offers voter registration services as required by the National Voter Registration Act of 1993. (부서는 1993년 전국 유권자 등록법에서 요구하는 유권자 등록 서비스를 제공합니다). **유권자 등록 신청 또는 유권자 등록 거부는 본 기관에서 제공하는 서비스 또는 혜택 금액에 영향을 미치지 않습니다.** 유권자 등록 양식을 작성하는 데 도움이 필요하면 도와드리겠습니다. 도움을 요청하거나 받으시는 여러분이 결정해야 합니다. 유권자 등록 양식은 비공개로 작성할 수 있습니다. 다른 사람이 귀하의 유권자로 등록할 권리나 유권자 등록을 거부할 권리, 등록 여부를 결정하거나 유권자 등록을 신청할 시 귀하의 개인정보 보호에 대한 권리나 소속 정당 또는 기타 정치적 선호도를 선택할 권리를 침해했다고 생각한다면 다음 주소로 불만을 제기할 수 있습니다. Washington 주 선거 사무소 PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

유권자 등록을 하거나 유권자 등록 정보를 갱신하시겠습니까? 예 아니요

두 확인 상자 중 하나를 선택하지 않으면 현재 유권자 등록을 하지 않기로 결정한 것으로 간주됩니다.

확인 및 서명

본인은 위증 시 처벌을 받을 수 있다는 조건 하에 본인이 제공한 정보는 본인이 아는 한 진실하고 완전함을 진술합니다. 본인은 허위, 오해의 소지가 있거나 불완전한 정보를 제공할 경우 법에 따라 처벌을 받을 수 있음을 이해하였습니다 (RCW 74.08.055 및 RCW 74.08.331). 본인은 본인이 제공하는 정보가 확인을 받을 수 있음을 이해하였으며 확인하도록 협조하는 데 동의합니다. 필요한 증빙을 제공할 수 없는 경우, 본인은 DSHS가 다른 사람이나 기관에 연락하여 본인을 대신하여 증빙을 받을 수 있도록 승인합니다. 이 양식에 한 서명은 신고해야 하는 모든 변경 사항을 신고했음을 의미합니다.

서명	날짜	전화번호
다른 성인 가구원 또는 대리인 서명	날짜	전화번호