

자격 심사 신청서

이 양식을 읽거나 작성하는 데 도움이 필요한 경우 도움을 요청하세요.

본 페이지를 기록용으로 보관하세요.

현금 또는 식품 지원은 어떻게 신청하나요?

- 지금 Community Services Office (커뮤니티 서비스 사무소)에 이 심사 신청서를 제출하여 절차를 **시작**할 수 있습니다. 귀하의 이름, 주소, 서명 또는 귀하의 권한을 위임받은 대리인의 서명이 있어야 합니다. 이 세 가지 항목만 포함되어 있으면 심사 신청서를 제출할 수 있습니다.
- 가능한 한 빨리 양식을 작성하면서 질문에 답하고, 7페이지에 서명한 다음 심사 신청서와 본 기관이 요청하는 기타 정보를 제공하면 더 많은 혜택을 받거나 더 빨리 받을 수 있습니다.
- 심사 신청서를 지역 사무소로 가져가거나 1-888-338-7410번으로 팩스를 보낼 수 있습니다. 위치는 www.dshs.wa.gov 에서 확인하십시오.
- 심사 신청서를 다음 중 하나로 보내주십시오.

DSHS
 CSD-Customer Service Center
 PO Box 11699
 Tacoma, WA 98411-6699

DSHS
 Home and Community Services – Long Term Care Services
 PO Box 45826
 Olympia, WA 98504-5826

- 온라인 www.washingtonconnection.org 에서 본 심사 신청서를 작성할 수 있습니다.
- 이 자격 심사 양식은 이 양식에 나열된 Washington Apple Health 프로그램에 대한 보장을 갱신하는 데에만 사용할 수 있습니다. 다른 의료 보험 보장을 받으려면 온라인 www.wahealthplanfinder.org 에서 신청하거나, 전화 1-855-923-4633로 신청하거나, 또는 HCA 의료 보험 보장 신청서(HCA 18-001)를 사용하여 신청해야 합니다.

식품 및 현금 얼마나 빨리 받을 수 있나요?

- 즉시 식품 지원이 필요한 경우, 질문 1부터 14 번까지를 작성하고 이 양식을 지역 사무소에 제출하세요. 신원을 증명할 수 있으며 자격 규칙을 충족하는 경우 7 일 이내에 식품 지원 자격 여부를 결정합니다.
- 혜택은 자격이 있다고 결정된 다음 날에 지급됩니다.
- 식품 지원은 일반적으로 신청서가 접수된 날부터 시작됩니다.
- 현금 지원은 일반적으로 자격 여부를 결정하기 위한 모든 정보를 확보한 날부터 시작됩니다.
- 본 기관은 귀하가 신청서를 제출한 날로부터 30 일 이내에 식품 지원 자격 여부를 결정해야 합니다.
- 보호 시설을 통해 신청서를 제출하는 경우 서비스 시작일은 출소 또는 퇴소일입니다.

식품 지원 및 기타 프로그램을 신청하는 경우:

본 기관은 신청서를 처리할 때 SNAP 규정을 준수합니다. 규정에 따라 기한 내에 신청서를 처리하고, 적절한 통지서를 발행하고, 귀하의 행정적 권한에 대해 알려드립니다. 본 기관은 다른 지원 프로그램 신청이 거부되었다는 이유만으로 식품 지원을 거부하지 않습니다.

시민권 및 차별 금지

연방 민권법 및 U.S. Department of Agriculture (미국 농무부, USDA) 민권 규정 및 정책에 따라 본 기관은 인종, 피부색, 출신 국가, 성별(성 정체성 및 성적 지향 포함), 종교적 신념, 장애, 연령, 정치적 신념 또는 이전 민권 활동에 대한 보복이나 보복을 이유로 차별하는 것이 금지되어 있습니다.

프로그램 정보는 영어 이외의 언어로 제공될 수 있습니다. 프로그램 정보를 얻기 위해 대체 의사소통 수단(예: 점자, 큰 활자, 오디오 테이프, 영어 수화)이 필요한 장애인 혜택은 신청한 기관(주 또는 지역)에 문의하시기 바랍니다. 청각 장애, 난청 또는 언어 장애가 있는 개인은 연방 중계 서비스 (800) 877-8339 번을 통해 USDA 에 문의하실 수 있습니다.

프로그램 이용 차별에 대한 불만을 제기하려면 불만 제기자는 온라인 USDA 사무소 <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> 에서 다운로드할 수 있는 USDA 프로그램 차별 불만 제기 양식(AD-3027 양식)을 작성하여 제출하거나, (833) 620-1071 로 전화 연락, 또는 USDA 로 보내는 서신을 작성하여 제출해야 합니다. 서신에는 불만 제기자의 이름, 주소, 전화번호 및 주장하는 차별 행위에 대한 서면 설명을 포함해야 하며, 민권 침해 혐의의 성격과 발생 날짜에 대해 아주 상세하게 기재하여 Assistant Secretary for Civil Rights (민권 담당 차관보, ASCR) 에게 알려야 합니다.

작성된 AD-3027 양식 또는 서신을 다음 주소로 제출해야 합니다.

1. 이메일: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; 또는
2. 팩스: (833) 256-1665 또는 (202) 690-7442; 또는
3. 이메일: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

본 기관은 균등한 기회를 제공합니다.

이민 신분 및 Social Security Numbers (사회 보장 번호)

동거 중인 다른 사람이 이민 신분으로 인해 도움을 받을 수 없는 경우에도 함께 동거인 일부에 대한 지원을 받을 수 있습니다. 신청하는 모든 사람의 이민 신분을 알려주셔야 합니다. 가족 구성원의 이민 신분은 USCIS(기존의 INS)에서 확인할 수 있습니다. USCIS 에서 접수한 정보는 자격 및 혜택 금액에 영향을 미칠 수 있습니다. 일부 외국인을 대상으로 할 수 있는 의료 보험 보장 혜택이 있습니다.

연방법(42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6)에 따라, 귀하는 Washington Apple Health, TANF 또는 식품 지원을 신청하는 동거인의 Social Security Number (사회 보장 번호, SSN)를 본 기관에 제공해야 합니다. 함께 살고 있지만 신청하지 않은 부모님과 배우자의 SSN도 필요할 수 있습니다. SSN이 없는 일부 사람들을 위한 의료 보험 보장 혜택이 있습니다.

Washington Apple Health를 위한 시민권 및 신원

미국 시민이 Washington Apple Health를 받으려면 시민권과 신원을 증명해야 합니다. 당국은 귀하가 증명서를 얻을 수 있도록 도와드릴 수 있습니다. 귀하에게 비용이 드는 증명서가 필요한 경우, 당국이 증명서를 발송하고 비용을 지불해드립니다. 자신의 장애 또는 Supplemental Security Income (생활보조금, SSI)을 기준으로 Medicare, Social Security Disability Insurance (사회보장 장애 보험, SSDI)을 받는 가족 구성원에 대해서는 증빙이 필요하지 않습니다.

의료 및 장기요양 비용의 주정부 상환

Washington 주 재산 회수법(RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080)에 따라 귀하가 55 세가 된 후에 받은 특정 유형의 의료 및 장기요양 서비스, 지원에 대해 주에서 지불한 비용을 상환하는 데 귀하의 유산이 사용될 수 있습니다. 주정부에서만 자금을 지원하는 서비스를 받은 경우 연령 제한이 없습니다. 재산 회수는 귀하가 사망한 후에 시작됩니다. 귀하의 사망 당시 자녀가 시각 장애인/장애인이 아닌 한, 귀하의 생존 배우자가 사망한 후 또는 귀하의 자녀(들)가 21 세가 된 후에 지불해야 합니다. 주정부는 귀하가 요양원에 거주하고 집으로 돌아갈 가능성이 없는 경우, 연령에 관계없이 귀하의 부동산에 대해 사망 전 유치권을 설정할 수 있습니다. 귀하가 부동산을 매각 또는 양도하는 경우, 또는 귀하가 사망한 후에 주정부는 이러한 유치권을 징수할 수 있습니다. 귀하가 집으로 돌아가면 주정부는 유치권을 취소합니다. 재산 회수 대상 서비스 목록을 포함한 자세한 내용은 WAC 182-527 장을 참조하십시오.

개인정보 보호 및 현금 및 식품 지원

2008 년 식품영양법에 따라 신청서에서 요청하는 정보를 수집할 수 있습니다. 요청된 정보를 제공하는 것은 자발적인 것이지만, 타당한 이유 없이 정보를 제공하지 않을 경우 기본 식품 혜택이 거부될 수 있습니다. 연방 Income and Eligibility Verification System (소득 및 자격 확인 시스템) (IEVS)을 포함한 컴퓨터 매칭 프로그램을 통해 일부 정보를 확인합니다.

해당 정보 활용처:	해당 정보를 제공할 수 있는 곳:
<ul style="list-style-type: none">• 프로그램의 유자격 결정.• 식량 지원에 대한 초과 지급금 징수.• 프로그램 관리.• 법을 준수하는지 확인.	<ul style="list-style-type: none">• 공무에만 사용하는 연방정부 및 주정부 기관.• 법을 피해 도망치는 사람들을 추적하는 법 집행 기관.• 식품 지원 초과 지불금을 징수하는 민간 징수 기관.
Department of Social and Health Services(사회복지 보건부)에 보고된 정보는 Health Care Authority (보건 당국) 및 건강보험 거래소에서 관리하는 건강보험 보장 혜택 자격에 영향을 미칠 수 있습니다.	
식품 지원 처벌 경고	
<p>본 기관은 귀하의 정보가 정확한지 다른 기관에 확인합니다. 정보가 잘못된 경우 해당 신청자는 식품 지원을 받지 못할 수 있습니다.</p> <p>고의적으로 규정을 위반하는 회원은 다음과 같은 처벌을 받을 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none">• 다른 해당 연방법 및 주법에 따라 기소됩니다.• SNAP 에서 1 년~영구적으로 제외됩니다.• 최대 \$250,000 의 벌금이 부과됩니다.• 20 년 이하의 징역이 부과됩니다.• 법원이 명령하면 18 개월 더 SNAP 에서 제외됩니다. <p>법원이 귀하에게 유죄 판결을 내리는 경우:</p> <p>다음과 관련된 거래에서 혜택을 받은 경우:</p> <p>처벌 사항:</p> <ul style="list-style-type: none">• 규제 약물 판매.....2년에서 영구적으로 자격 박탈.• 총기, 탄약 또는 폭발물 판매..... 영구적 자격 박탈.• 밀거래로 \$500를 초과하는 수익을 거둔 경우 영구적으로 자격이 박탈됨.• 거주지 또는 신분 위조 10년 동안 자격이 박탈됨.	

자격 심사 신청서

이 양식을 작성하는 데 도움이 필요한 경우 문의하세요.

식품 혜택을 신청하고 오늘 본 양식을 완료할 수 없는 경우, **이름, 주소, 서명**을 제출하여 절차를 시작하십시오. 자격 심사 양식을 작성하려면 7 페이지에 서명해야 합니다. 추가 정보가 필요할 수 있으며, 사례 심사를 완료하기 위해 인터뷰를 완료해야 할 수도 있습니다.

1. 이름 중간 이름 성	신청자 또는 권한을 위임받은 대리인의 서명	2. 고객 식별 번호(알려진 경우)
3. 거주지 주소 시 주 우편번호	4. 기본 전화번호 <input type="checkbox"/> 핸드폰 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> SNS	
5. 우편 주소(다른 경우) 시 주 우편번호	6. 추가 전화번호 <input type="checkbox"/> 핸드폰 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> SNS	
8. 다음을 신청합니다(해당 항목에 모두 체크): <input type="checkbox"/> 현금 <input type="checkbox"/> 지원 거주/성인 가족 가정 <input type="checkbox"/> 식품 <input type="checkbox"/> 가정 내 장기요양 서비스 <input type="checkbox"/> Medicare Savings Program (Medicare 저축 프로그램) <input type="checkbox"/> 요양 <input type="checkbox"/> 호스피스 <input type="checkbox"/> Healthcare / Workers with Disabilities (의료/장애인 근로, HWD) <input type="checkbox"/> aged, blind, or disabled(노인, 시각 장애인 또는 장애인)을 위한 의료 보험 보장 혜택 <input type="checkbox"/> 노인 서비스를 위한 맞춤형 지원		7. 이메일 주소
9. 본인 또는 가구원이(해당 사항 모두 표시): <input type="checkbox"/> 가정 폭력 상황에 처해 있음 <input type="checkbox"/> 장애가 있음 <input type="checkbox"/> 건강 문제로 인해 근로 활동을 할 수 없음 <input type="checkbox"/> 임신 중임; 이름: _____ 분만 예정일: _____		
10. 이번 달에 가구의 예상 수입은 얼마인가요?		\$ _____
11. 현금과 은행 계좌의 재정은 어느 정도인가요?		\$ _____
12. 집세나 모기지료 얼마를 지불하고 있나요?		\$ _____
13. 가정에서 어떤 공공금을 지불하고 있나요? <input type="checkbox"/> 냉난방 <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 기타: _____		
14. 가족 중 계절 근로자나 이주 농장 근로자가 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
15. 식품 지원을 신청하는 경우, 가구원 중 몇 명을 위해 식품을 구입하고 준비하나요? _____		
사무실용 - 신속 서비스를 받을 수 있는 가구: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 선택 담당자 이니셜: _____ 날짜: _____		

16. ☐ 통역사가 필요합니다. 다음 언어를 구사함: _____ 또는 ☐ 수화; 서신을 다음 언어로 번역: _____

17. 신청하지 않는 가구원도 모두 기재하세요(필요한 경우 추가 용지를 첨부하세요).

성명(이름, 중간 이름, 성)	성별	본인과의 관계는?	생년월일	해당 가구원에 대한 혜택을 원하는 경우 표시.	비신청자 선택 사항			
					SOCIAL SECURITY NUMBER (사회 보장 번호)	미국 시민권자인 경우 표시	인종(아래 샘플 참조)	부족 이름(아메리칸 인디언, 알래스카 원주민의 경우)
		본인		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		



신청자 이름	SOCIAL SECURITY NUMBER (사회 보장 번호)	고객 식별 번호
--------	-----------------------------------	----------

18. 인종 배경은 히스패닉 또는 라틴계입니다: ☐ 예 ☐ 아니요

인종 및 민족 배경 정보는 자발적으로 제공되며 자격이나 혜택 금액에 영향을 미치지 않습니다. 이 정보는 인종, 피부색 또는 출신 국가에 관계없이 프로그램 혜택이 분배되도록 하는 데 사용됩니다. 식품 지원의 경우, 정보가 제공되지 않으면 USDA 은 본 기관이 대신 답변하도록 요구합니다. 답변을 제공하지 않으면 '보고되지 않음'으로 선택됩니다. **인종의 예시:** 백인, 흑인 또는 아프리카계 미국인, 아시아인, 하와이 원주민, 태평양 섬 주민, 아메리칸 인디언, 알래스카 원주민 또는 이 인종의 조합.

I. 일반 정보

1. 본인은 지난 30 일 동안 다른 주, 부족 또는 기타 출처로부터 현금이나 음식을 받은 적이 있습니다. ☐ 예 ☐ 아니요

2. 제가 신청하는 대상자가 Washington 주 이외 지역에 거주하고 있습니다: ☐ 예 ☐ 아니요 대상자: _____

3. 본인 또는 가구원이 후원을 받는 외국인입니다: ☐ 예 ☐ 아니요 후원 대상자: _____

4. 본인 또는 가구원이 16 세 이상의 청소년 입니다(해당 항목에 모두 체크): ☐ 고등학교 ☐ 고등학교 동등 프로그램 ☐ 대학 ☐ 직업 학교 대상자: _____

5. 일시적으로 따로 거주하는 가구원이 있습니다: ☐ 예 ☐ 아니요 대상자: _____

6. 본인 또는 가구원이 미군, 방위군 또는 예비군으로 복무했거나 복무한 사람의 부양가족 또는 배우자입니다: ☐ 예 ☐ 아니요 해당하는 경우, 대상자: _____

7. 본인 또는 본인이 신청하는 가구원이 중범죄로 법정이나 감옥에 가는 것을 피하기 위해 법망을 피해 도피 중입니다. ☐ 예 ☐ 아니요

8. 거주지: ☐ 자가 또는 아파트 ☐ 그룹 홈 ☐ 기타: _____

☐ 시설(유형 열거): _____ 입주 날짜: _____

9. 혼인 상태: ☐ 독신 ☐ 기혼 ☐ 이혼 ☐ 별거 ☐ 사별

☐ 공식 동성혼

10. 본인 또는 가구원이 1996 년 9 월 22 일 이후에 식품 지원 서비스를 마약과 거래한 혐의로 유죄 판결을 받았습니다. ☐ 예 ☐ 아니요

11. 본인 또는 가구원이 1996 년 9 월 22 일 이후에 500 달러 이상의 식품 지원 서비스를 구매 또는 판매한 혐의로 유죄 판결을 받았습니다. ☐ 예 ☐ 아니요

12. 본인 또는 가구원이 1996 년 9 월 22 일 이후 식품 지원 서비스를 총기, 탄약 또는 폭발물과 거래한 혐의로 유죄 판결을 받았습니다. ☐ 예 ☐ 아니요

13. 본인 또는 가구원이 1996 년 9 월 22 일 이후 하나 이상의 주에서 식품 지원 서비스를 받은 혐의로 유죄 판결을 받았습니다. ☐ 예 ☐ 아니요

14. 본인 또는 가구원이 다음에 해당합니다: a. 파업 중임: ☐ 예 ☐ 아니요 b. 하숙인: ☐ 예 ☐ 아니요

15. 본인 또는 구성원 중 누군가가 복권이나 도박 당첨금으로 \$4,500 이상을 벌었습니다: ☐ 예 ☐ 아니요

해당하는 경우, 대상자: _____ 수령 날짜: _____

금액(세금 전 달러 금액): _____

II. 건강 보험 정보(기본 식품에는 필요하지 않음)

본인, 배우자 또는 가족 구성원 중 누군가:

1. 의료 시설(예: 병원 또는 요양원)에 입원하거나, 현재 있거나, 최근에 퇴원할 계획입니다 ☐ 예 ☐ 아니요

2. 지난 3 개월 동안 미지급된 의료비에 대해 도움이 필요합니다 ☐ 예 ☐ 아니요

3. 건강 보험 보유: ☐ 예 ☐ 아니요(해당 항목 모두 표시): ☐ Medicare(Washington Apple Health 아님)

☐ 트리케어 ☐ 장기요양 보험 ☐ Indian Health Services(인디언 건강 서비스)

☐ 기타 건강 보험: _____

III. 리소스(증빙서류 첨부, HWD 또는 기본 식품에는 필요하지 않음)

리소스란 내가 가지고 있거나 구매할 것 중 판매, 거래 또는 다른 사람이 보유한 현금이나 화폐로 전환할 수 있는 모든 것을 말합니다. 리소스에는 가구나 의류와 같은 개인 소유물은 포함되지 않습니다. 리소스의 예는 다음과 같습니다.

● 현금	● 신탁	● CD	● 장례식 자금, 선불 요금제
● 당좌 예금 계좌	● IRA / 401k	● 머니 마켓 계좌	● 비즈니스 장비
● 저축 계좌	● 주택, 토지 또는 건물	● 채권	● 가축
● 대학 학자금		● 퇴직금	● 생명 보험 증권

신청자 이름		SOCIAL SECURITY NUMBER (사회 보장 번호)		고객 식별 번호	
III. 리소스(증빙서류 첨부, HWD 또는 기본 식품에는 필요하지 않음)(계속)					
1. 본인, 배우자 또는 신청자가 소유하고 있거나 구매하려는 리소스를 기재해 주세요.					
리소스		소유자		장소	가치
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
2. 본인, 배우자 또는 신청자는 자동차, 트럭, 승합차, 보트, RV, 트레일러 또는 기타 자동차를 소유하고 있습니다.					
연도 (예: 1980 년)	제조사 (예: FORD)	모델 (예: ESCORT)	리스인 경우 표시	차량이 의료 목적으로 사용되는 경우 표시	미납 금액
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
3. 본인, 배우자 또는 신청자는 지난 5 년 동안 재산을 매각, 거래, 증여 또는 양도한 적이 있습니다 (신탁, 차량 또는 종신 물권 포함): <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 해당하는 경우, 대상: _____ 기간: _____					
IV. 연금(현재 또는 미래에 정기적인 지급을 받기 위해 가구원이 투자한 금액).					
연금의 소유자는 누구인가요?		회사 또는 기관인가요?	금액 또는 가치	월 소득	구매일
			\$	\$	
			\$	\$	
			\$	\$	
귀하 또는 귀하의 배우자가 연금에 대한 이해관계가 있고 귀하가 Washington Apple Health 장기요양, SSI 관련 또는 CN 보장을 수락하는 경우, Washington 주를 연금의 나머지 수혜자로 지정해야 합니다.					
V. 근로 소득(증빙 자료 첨부)					
1. 본인, 배우자 또는 신청자는 지난 30 일 이내에 직장을 그만두었습니다: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					
2. 본인, 배우자 또는 신청자는 근로 소득이 있습니다: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예로 답한 경우 이 섹션을 작성해 주세요:					
해당 수입을 획득하는 사람 _____ 고용주의 이름 및 전화번호 _____ 시작일 _____ 이 직업은 자영업인가요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 월별 자영업 비용 금액: \$ _____			총 수령액(공제 전 달러 금액) \$ _____ 기준: <input type="checkbox"/> 시급 <input type="checkbox"/> 주급 <input type="checkbox"/> 2 주마다 <input type="checkbox"/> 매월 2 회 <input type="checkbox"/> 월급 주당 시간: _____ 지급일 (예: 1 일 및 15 일, 또는 매주 금요일): _____		
해당 수입을 획득하는 사람 _____ 고용주의 이름 및 전화번호 _____ 시작일 _____ 이 직업은 자영업인가요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 월별 자영업 비용 금액: \$ _____			총 수령액(공제 전 달러 금액) \$ _____ 기준: <input type="checkbox"/> 시급 <input type="checkbox"/> 주급 <input type="checkbox"/> 2 주마다 <input type="checkbox"/> 매월 2 회 <input type="checkbox"/> 월급 주당 시간: _____ 지급일 (예: 1 일 및 15 일, 또는 매주 금요일): _____		

신청자 이름		SOCIAL SECURITY NUMBER (사회 보장 번호)		고객 식별 번호	
VI. 기타 소득(증빙자료 첨부, 모든 가구원 신고)					
<ul style="list-style-type: none">• 실업 급여• 사회 보장 소득• 부족 과세 소득• 게임 소득• 교육 혜택 (학자금 대출, 보조금, 근로 학습)		<ul style="list-style-type: none">• Supplemental Security Income (생활보조금, SSI)• 자녀 양육비 또는 배우자 생활비• 철도 혜택• 임대 소득		<ul style="list-style-type: none">• 퇴직 또는 연금• 재향군인회 (VA) 또는 군인 혜택• 노동 및 산업 (L&I)• 신탁• 이자/배당금	
불로소득 유형		누가 수입이 있나요?		월 총액	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
VII. 월별 비용					
임대료 \$	모기지 \$	공간 임대 \$	주택 보유자 보험금 \$	재산세 \$	기타 요금 \$
집세나 모기지 대출금과 별도로 지불하는 공과금은 무엇인가요? <input type="checkbox"/> 난방 (전기/가스) <input type="checkbox"/> 전기 (난방 제외) <input type="checkbox"/> 수도 <input type="checkbox"/> 집 전화/핸드폰 <input type="checkbox"/> 하수도 <input type="checkbox"/> 쓰레기					
보조금 지원 주택 등 다른 사람이나 기관이 이러한 비용의 전부 또는 일부를 지불하는 데 도움을 주고 있습니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 해당하는 경우, 지불자: _____ 대상 비용: _____ 지불당 금액: \$ _____ <input type="checkbox"/> 지난 12 개월 동안 Low Income Home Energy Assistance Act (저소득층 가정 에너지 지원법, LIHEAA)의 지원금을 받았습니다. 본인, 배우자 또는 가구원은 다음 세금을 납부하고 있거나 납부해야 합니다(해당 항목에 모두 체크): <input type="checkbox"/> 아동 또는 성인 부양가족 돌봄(교통비 포함) 월별 금액: \$ 지불자: _____ <input type="checkbox"/> 장애인 또는 60 세 이상 의료비(교통비, 건강보험료 포함) 월별 금액: \$ 지불자: _____ <input type="checkbox"/> 자녀 양육비(증빙 자료 첨부) 월별 금액: \$ 지불자: _____					
위에 나열된 비용 중 하나라도 빠진 보고 사항이 있으면 해당 비용에 대한 공제를 받지 않겠다는 가구의 의사 표시로 간주됩니다.					
VIII. 승인 대리인					
승인 대리인이란 귀하가 귀하의 혜택에 대해 DSHS 와 상담할 수 있도록 허용한 사람을 말합니다. 귀하가 지정할 수 있지만 반드시 지정해야 하는 것은 아닙니다. 승인 대리인이 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 해당 대리인이 귀하의 법적 보호자인가요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 이 사람은 위임장을 가지고 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 의료 보험 보장 혜택을 갱신하는 경우 승인 대리인 양식(DSHS 14-532)을 작성해야 할 수도 있습니다. 기본 식품의 경우, 승인 대리인은 승인기간 동안에만 유효합니다.					
이름		관계		전화번호	
우편 주소		시		주 우편번호	
자산 확인을 위한 승인					
Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled (노인, 시각 장애인 또는 장애인) Medicaid 프로그램에만 해당됩니다. 본원은 지원을 신청하거나 갱신하기 위해 내가 제공한 정보가 올바른지 판단하기 위해 연방 및 주 공무원의 확인을 거쳐야 함을 이해합니다. 본인은 Washington 주 Health Care Authority (보건당국, HCA)과 Department of Social and Health Services (사회보건서비스부, DSHS)가 자산 확인을 실시하여 본인의 적격성을 결정하고 본인의 금융 정보의 정확성을 확인하도록 승인합니다. 본인은 HCA 와 DSHS 가 자산 확인 절차의 일환으로 금융 기관, 주 또는 연방 기관, 개인 데이터베이스를 조사하고 연락할 수 있다는 것을 이해합니다. 본인은 본인의 신청서에 대한 최종 반대 결정이 내려지거나 혜택에 대한 자격이 종료되거나 본인이 언제든지 HCA 또는 DSHS 에 서면 통지를 제공하여 이 승인을 취소하면 이 승인이 종료된다는 것을 이해합니다. 승인 제공을 취소하거나 거부할 경우 Washington Apple Health Aged, Blind or Disabled (노인, 시각 장애인 또는 장애인) Medicaid 프로그램에 대한 자격을 상실한다는 것을 이해합니다.					

신청자 이름	SOCIAL SECURITY NUMBER (사회 보장 번호)	고객 식별 번호	
<p align="center">유권자 등록</p> <p>Department offers voter registration services (사회보건부는 유권자 등록 서비스를 제공)하며 자동 유권자 등록이 포함됩니다. 유권자 등록 신청 또는 유권자 등록 거부는 본 기관으로부터 받을 수 있는 서비스나 혜택 금액에 영향을 미치지 않습니다. 유권자 등록 양식을 작성하는 데 도움이 필요한 경우, 본 기관이 도와드리겠습니다. 도움을 요청하고 수락하는 것은 귀하가 결정할 수 있습니다. 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).</p> <p>유권자 등록을 하거나 유권자 등록 정보를 갱신하시겠습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>귀하에게 자동으로 유권자로 등록될 자격이 있고 이를 거부하지 않는 경우를 제외하고 귀하가 두 확인란 중 어느 쪽도 선택하지 않은 경우에는 귀하가 현재 유권자 등록을 하지 않기로 결정한 것으로 간주합니다.</p> <p>위의 “아니요”를 선택하지 않은 경우, 귀하에게 자동으로 유권자로 등록될 자격이 있을 수 있습니다. 귀하가 다음 선거 때까지 만 18세 이상이 되고, 미국 시민이며, DSHS에서 귀하의 이름, 거주지 및 우편 주소, 생년월일, 민권 정보 증명서 및 본 신청서에 기재된 정보의 진실성을 증명하는 귀하의 서명을 보유하고 있는 경우 귀하에게 자동으로 유권자로 등록될 자격이 있습니다.</p> <p>자동으로 유권자 등록을 하시겠습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>“예”라고 표시된 확인란을 선택했거나 두 확인란 중 어느 쪽도 선택하지 않으면서도 자동 유권자 등록 자격 요건을 충족하는 경우 DSHS 에서 귀하의 정보를 Office of the Secretary of State (국무장관실)에 보내며, 귀하는 자동으로 유권자 등록이 됩니다.</p>			
<p align="center">선언 및 서명(자격 심사 신청을 완료하려면 아래에 서명하십시오.)</p> <p>다음 사항을 준수해야 함을 이해하였습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 정확한 정보를 제공하고 보고할 요건을 준수합니다. 자격을 증명할 증명서를 제기합니다. 본인이 Temporary Assistance for Needy Families (빈곤 가정 임시 지원, TANF) 서비스를 받을 때 자녀 양육에 대한 특정 권리를 Washington 주에 양도합니다. 하지만 양육 지원이 본인이나 자녀를 위험에 빠뜨릴 수 있는 경우 DSHS에 양육 지원을 하지 않도록 요청할 수 있습니다. 식품 지원 작업 요건에 협조합니다. <p>이러한 조치를 취하지 않으면 본인은 혜택이 거부되거나 혜택 비용을 환불해야 할 수 있습니다.</p> <p>고의로 허위 진술을 하거나 신고해야 할 사항을 신고하지 않을 경우 형사 처벌을 받을 수 있음을 숙지하였습니다.</p> <p>본인은 필요한 경우 DSHS가 다른 사람이나 기관에 연락하여 본인이 자격이 있음을 증명하는 데 도움을 줄 수 있도록 승인합니다.</p> <p>현금 또는 식품의 경우: 본인은 본인의 권리와 책임에 대해 읽었거나 설명을 들었으며 고객 권리와 책임, DSHS 14-113 의 사본을 받았습니다. 의료 보험 보장 혜택의 경우, 본인은 본인의 권리와 책임에 대해 읽었거나 설명을 들었으며 고객 권리와 책임, HCA 18-003 의 사본을 받았습니다.</p> <p>본인은 Washington 주 법률에 따라 위증 죄 처벌 조항에 따라, 혜택을 신청하는 회원의 시민권 및 외국인 신분에 관한 정보를 포함하여 본인이 본 신청서에 제공한 정보가 진실하고 정확함을 증명하거나 또는 선언합니다.</p> <p>현금의 경우, 가구의 모든 성인(또는 승인 대리인)이 서명해야 합니다.</p> <p>의료 보험 보장 혜택을 받으려면 신청자(또는 권한을 위임받은 대리인)가 서명해야 합니다.</p> <p>식품 지원의 경우 현재 승인된 대리인 문서가 파일에 없는 경우 신청자와 승인된 대리인 모두 서명해야 합니다.</p>			
신청자 서명(필수)	날짜	신청자 이름	서명한 시 및 주
기타 성인 신청자의 서명	날짜	기타 성인 정자체 이름	서명한 시 및 주
도우미 또는 대리인 서명	날짜	대리인 정자체 이름	서명한 시 및 주
증인의 서명이 "X"로 표시된 경우	날짜	증인 정자체 이름	