

TTY / TDD 번호: 800-209-5446
수신자부담번호: 877-501-2233

클라이언트 ID 번호:

친애하는

님께,

귀하의 신청서가 일에 접수되었습니다. 까지 인터뷰를 마치셔야 합니다.

인터뷰 시간은 월요일 ~ 금요일, 오전 8:00 ~ 오후 3:00 입니다. 법정 공휴일은 휴무입니다.

전화 인터뷰를 하거나 지역 사무소에서 대면 인터뷰가 가능한지 확인하려면 1-877-501-2233 번으로 전화하십시오.

방문 서비스에 관한 업데이트는 <https://www.dshs.wa.gov/>를 방문하거나 '지역 서비스 사무소 찾기' 링크를 클릭하여 확인하세요.

까지 인터뷰를 마치지 않으면 Basic Food(기초 식량) 현금 지원 신청서가 거부됩니다.

인터뷰를 하지 않으면 지원 요청이 거부됩니다.

다음은 인터뷰 시 제공해야 하는 정보 목록입니다

- 신청 대상자의 사회보장번호
- 미국 여권, 출생 기록부, 이민 서류와 같은 시민권 증명서 또는 법적 외국인 거주자 지위 증명서.
- 증명사진 신분증(ID) 과 같은 신분 증명서
- 가구 소득을 제공한 사람이 제출한 수표장 사본, 수표장 부분 쪽지 사본, 서신이나 내역서 사본과 같은 소득 증명서
- 차량 등록서, 은행 계좌 내역서, 주식, 채권, 생명 보험 증권과 같은 재산 증명서
- 돌봄 제공자가 제출한 영수증과 같은 자녀 양육 또는 성인 부양가족 돌봄을 위한 비용 증명서
- 주택담보대출, 재산세, 주택 소유 보험, 임대 영수증, 임대차 계약 사본, 공공요금, 임대인한테서 온 서신과 같은 주택 증명서
- 체납 의료비, 건강 보험료, 이민자 지위나 시민권자 지위의 변동, 임신 중 만기일 도래, 입양 지원금 또는 위탁 보호 후원금과 같은 기타 증명서

기타:

- www.washingtonconnection.org 에서 혜택 신청, 검토서 제출, 변동사항 신고를 하실 수 있습니다
- 관련 정보를 저희 888-338-7410 팩스 번호로 보내주세요.

저희가 발송해드린 모든 사본에 귀하의 클라이언트 ID 를 기재하십시오. 귀하의 클라이언트 ID 는 입니다.

WorkFirst 사례 관리자 또는 사회복지사와 접촉을 하시려면 1-877-501-2233 번으로 전화해 주십시오.

신청이나 검토 절차를 진행하거나 변동사항을 신고하거나 문의가 있으시면 877-501-2233 번으로 전화해 주십시오.

본 서신과 관련된 질문은 전화로 문의해 주십시오.

첨부분서: DSHS 14-113 클라이언트의 권리와 책임

수혜자 이름(세대주)

수혜자 ID 번호

귀하의 의무(수혜 대상자의 의무 사항)

- 귀하의 수혜 자격 여부 결정에 필요한 정보를 당국에 제공해야 합니다.
- 입증 서류를 요구할 경우 이를 제공해야 합니다. 입증 서류를 입수할 수 있도록 저희가 도와드릴 수 있습니다. 당국에 제공한 정보는 연방 및 주 공무원들의 검증을 받아야 합니다. 검증 시, 사기 행위 조사관을 포함한 당국 직원이 추후 연락할 수 있습니다.
- Health Care Authority 및 Health Benefit Exchange 에서 관리하는 건강보험 수혜 자격에 영향을 줄 수 있는 정보를 보건사회부에 보고해야 합니다.
- WAC 388-418-0005 에서 요구대로 변경 사항(예: 주소, 소득 등)을 보고해야 합니다. 변경사항은 반드시 다음 달 10 일 전까지 보고되어야 합니다.
- TANF 보조금을 수혜하는 경우, 아동지원부서(DCS)와 협력해야 합니다. DCS 에서 귀하가 양육하고 있는 자녀(들)의 양육비를 설정, 변경, 집행하고, 필요한 경우 친자 확인도 할 수 있도록 협조해야 합니다. 귀하가 DCS 와 협조할 경우, 귀하, 귀하의 자녀(들) 혹은 귀하가 양육하고 있는 아동이 친권이 없는 부모로부터 위해를 겪을 위험이 있다고 생각하는 충분한 이유를 DCS 에 제시할 수 있다면 DCS 에 대한 협조를 거부할 수 있습니다.
- 현금보조금을 신청하거나 수령할 때, 다른 기관으로부터 받을 가능성이 있는 혜택도 신청하고 받을 수 있도록 합당한 노력을 기울여야 합니다.
- 당국이 요구하는 모든 서류를 작성하고 검토해야 합니다.
- 현금보조금 또는 식품지원 혜택에 대한 근로 요건을 준수해야 합니다.
- 귀하 대신 귀하의 식품 혜택을 타인이 사용하기를 원하는 경우 당국에 이를 알려야 합니다.
- 자격 심의 절차에 협조해야 합니다.
- 식품지원 혜택은 귀가족 구성원의 식품 구매를 위해서만 사용해야 합니다.
- 현금보조금은 귀가족 구성원을 위해서만 사용해야 합니다.
- 혜택을 신청하는 개인에 대한 사회보장번호(SSN) 또는 이민자 신분 증빙 서류를 제공해야 합니다. 혜택을 신청하지 않은 가족 구성원의 SSN 이나 이민자 신분 증빙 서류를 제공하지 않기로 결정했다 하더라도, 귀하의 수혜 자격 여부를 결정하는 데 필요하다면 모든 가족의 소득과 그 출처가 확인되어야 합니다.

귀하의 권리(DSHS 의 의무 사항)

- 당국은 귀하의 이름, 주소 및 서명 또는 귀하의 권한을 부여받은 대리인의 서명이 있는 신청서를 접수해야만 합니다.
- DSHS 양식 작성을 위해 귀하를 도와주어야 합니다.
- 귀하에게 급행서비스(expedited service)를 받을 자격이 있는 경우 7 일 이내에 귀하가 신청한 식품지원 혜택을 처리해야만 합니다.
- 귀하가 서류를 제공하면서 그에 대한 영수증을 요청할 경우 이를 제공해야 합니다.
- 대부분의 경우, 30 일 이내에 결정 서신을 제공해야 합니다.
- 귀하는 사기조사부서에서 나온 사기행위조기적발(FRED) 조사관에게 목비권을 행사할 수 있습니다. 조사관이 집안으로 들어오는 것을 원하지 않으면 거절할 수 있으며, 다른 시간대에 다시 방문해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 이러한 일은 귀하의 수혜자격에 아무런 영향을 주지 않습니다.
- 귀하의 사례에 대한 당국의 결정에 동의하지 않을 경우 행정 심의회를 요청할 수 있습니다. 또한, 이의가 제기된 결정 또는 조치에 대해 감독관 또는 행정관에게 재검토를 요청할 수 있으며, 이러한 귀하의 요구는 행정 심의회에 대한 귀하의 권리에 아무런 영향을 주지 않습니다.
- 저희는 빈곤 가족 한시 지원 (TANF) 프로그램에 따른 60 개월의 기간 제한 규정을 귀하에게 통보해야 합니다. 이 기간 제한은 귀하의 기본 식품, 탁아 보조금에는 적용되지 않습니다.

EBT 카드에 대해 알아야 할 사항

- **혜택의 오용:** EBT 카드를 통해 배급된 식품지원금 및 현금보조금의 경우, 귀하가 해당 보조금을 사용했던 곳에서의 거래 이력이 DSHS 에 제공됩니다. 당국은 현금보조금의 오용 또는 식품지원 혜택을 현금이나 기타 가치 있는 품목과 교환하는 행위(밀거래)를 조사하는 데 있어서 이러한 거래 정보를 사용할 것입니다.
- **EBT 카드 대체:** EBT 카드를 대체하는 경우 수수료가 부과될 수도 있습니다. 그러므로 EBT 카드와 개인식별번호(PIN)를 안전하게 잘 보관하십시오.
- **EBT 카드에 잔액이 많이 남아 있는 경우:** 매달 귀하의 혜택을 다 사용하지 않거나 몇 달 내 잔액이 많이 남아 있는 경우 귀하의 상황을 검토하거나 혜택 필요 여부를 확인하기 위해 귀하에게 연락할 수 있습니다.

귀하가 알아야 할 사항(기본 식품)

- 저희는 기본 식품지원 신청인에 관한 **정보를 다른 연방기관에 보내** 해당 정보의 정확성을 확인합니다. 해당 정보가 사실과 다를 경우 신청인에게 기본 식품지원이 제공되지 않을 수도 있습니다. 정확한 정보가 아니라는 것을 알면서 허위 정보를 제공한 신청인은 형사 처벌을 받을 수 있습니다. 고의적으로 기본 식품 규정을 위반할 경우, 수혜 자격 박탈, 벌금 또는 구금 등, 그에 대한 벌칙은 다양합니다.
- 귀하의 식품 혜택을 현금, 마약, 무기를 위해 또는 공인된 매점에서 구매할 수 있는 식품 외 어떤 가치있는 품목들을 위해 **판매, 판매시도, 교환 또는 기부하거나 교환(밀거래)**하는 경우, 초범은 최소 1년에서 길게는 평생동안 식품지원 수혜 자격을 박탈당할 수도 있습니다. 이러한 수혜자격 박탈은 귀하가 워싱턴 주를 떠나 다른 주에서 혜택을 신청하더라도 계속 적용됩니다.
- **기본 식품 직업 활동(Basic Food Work)에 참여할 의무가 있으면서**, 이에 참여하지 않는 경우, 첫 불참은 1개월에서 이 참여 의무를 준수할 때까지 자격 박탈, 두 번째 불참은 3개월에서 이 참여 의무를 준수할 때까지, 세 번째 불참 이후부터는 의무사항을 어길 때마다 6개월에서 참여 의무를 준수할 때까지 자격이 박탈될 수 있습니다.
- 이 페이지에 기재된 기본 식품(Basic Food) 위반 벌칙에 대한 경고에 기술된 대로 기본 식품 프로그램의 규정을 위반할 경우, 기본 식품 프로그램에서 **배제될 수 있습니다.**
- 기본 식품에 **산정에 가계 지출을 포함시키려면 이러한 비용을 당국에 보고해야 합니다.** 이러한 비용에 대한 입증 자료를 보고하고 제공하지 않으면, 귀하의 추가 기본 식품지원 수혜 여부 결정시 이들 비용을 포함시킬 필요가 없다는 것을 표명하는 것으로 간주합니다.

귀하가 알아야 할 사항(현금보조금)

- **빈곤가구한시보조금(TANF)를 수혜하는 경우** 귀하의 아동양육비 및 배우자 부양비 수령권을 아동지원부(DCS)에 양도하는 것입니다. 이는 귀하가 받아야 할 양육비 외 귀하가 받은 공공 보조금까지 DCS에서 보유할 수 있음을 의미합니다. TANF를 수혜하는 중에 **해당 아동의 양육비나 혜택을 받으면 이를 DCS에 즉시 통보해야 합니다.**
- **TANF가 중단되면**, 아동 양육비에 영향을 줄 수 있는 모든 변경사항(예: 자녀의 이사 혹은 주소 변경)을 DCS에 반드시 통보해야 합니다.
- **TANF를 수혜할 경우**, 임시 비상 주거비 지불을 위한 **보조비를 별도로 요청할 수 있습니다.**

미국 농무부(USDA), USDA의 에이전시, 사무소, 직원, 및 USDA 프로그램에 참여하거나 관리하는 기관들은 미국 농무부가 진행하거나 자금 지원을 제공한 프로그램이나 활동에 대하여 연방민권법과 USDA 민권 규정 및 정책에 따라 인종, 피부색, 출신 국가, 종교, 성별, 성 정체성(성별 표현 포함), 성적 지향성, 장애, 나이, 혼인 유무, 가족 관계나 부모로서의 지위, 개인 소득을 공적 지원 프로그램에서 지원받는지 여부, 정치적 신념, 또는 과거의 민권 활동에 대한 보복이나 양갈음으로 인한 차별대우를 금지하고 있습니다 (모든 금지 기반이 모든 프로그램 및/또는 고용 활동에 적용되는 것은 아닙니다). 개선책과 이의제기 마감시한은 프로그램마다 다릅니다.

프로그램 정보를 입수하기 위해 다른 의사소통 수단(예: 브라우 점자, 큰 글자, 오디오테이프, 미국 수화 등)이 필요하신 장애인은 담당 에이전시 또는 USDA의 TARGET Center에 (202) 720-2600(음성 및 TTY)으로 전화하시거나 (800) 877-8339로 미연방중계서비스(Federal Relay Service)를 통해 USDA에 문의하시기 바랍니다. 영어 외의 다른 언어로도 프로그램 정보를 이용하실 수 있습니다.

시민권(Civil Rights) 프로그램의 차별에 대한 이의를 USDA에 제기하려면, USDA 프로그램 차별 항의서, AD-3027를 작성하십시오. 이 양식은 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html에서 다운로드하거나 모든 USDA 사무소에 비치되어 있습니다. 아니면 양식에서 요구하는 정보를 모두 기입한 서한을 보내는 방법도 있습니다. (866) 632-9992 번호로 전화하여 양식 사본을 보내달라고 요청하십시오. 작성한 항의서 양식 또는 서한을 USDA에 다음 수단으로 보내주십시오.

1. 우편: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Ave, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
2. 팩스: (202) 690-7442; or
3. 이메일: program.intake@usda.gov

USDA는 평등 기회를 제공하는 고용 기관이자 대출기관입니다.

본인은 본인이 받는 DSHS 혜택 및 프로그램에 대한 본인의 권리와 책임을 체계 설명해 주었음을 아래 본인의 서명으로 진술합니다. 본인이 이 문서에 서명하기를 거부하는 경우, DSHS 수혜 자격에는 영향을 주지 않지만, 프로그램상의 요건을 따를 책임이 있으며, 프로그램상의 또는 형사상의 처벌 대상이 될 수 있음을 알고 있습니다.

신청인의 서명	날짜	공동 신청인의 서명	날짜
---------	----	------------	----

DSHS 직원 ACES ID:

서명하기를 거절함.