

신청
Application

WASHCAP는 다음에 해당하는 분을 위한 식품 지원 프로그램입니다:

- 생계보조비(SSI)를 수령한 분.
- 생활 조건 "A"의 사회보장 정의를 충족하는 분
- 18세 이상인 분.
- 소득이 없는 분.
- 생활 조건이 아래의 모든 조건을 충족하는 분:
 - 시설에서 거주하지 않음;
 - 혼자 거주하고 있거나 식품을 따로 구입하여 요리하는 타인과 함께 거주함;
 - 결혼을 하지 않았거나 결혼 후 배우자와 동거하지 않음.
- 연령이 18세에서 21세 사이이며 다음 조건을 충족함:
 - 기본 식품 혜택을 제공받는 부모와 함께 거주하지 않음
 - 기본 식품 혜택을 제공받지 않는 부모와 동거하며 식품을 따로 구입함.
- 22세 미만의 자녀와 동거하지 않음.

본 프로그램에 대한 자세한 정보는 WAC 388-492-0020부터 388-492-0120까지를 포함하는 388-492 WAC 챗터를 참조하십시오.

WASHCAP에 대한 질문이 있으실 경우 무료 전화 1 (877) 380-5784로 문의하여 주십시오.

본인은 다음과 같이 선서합니다:

- 본인은 혼자 거주하고 있거나 함께 거주하고 있는 사람들과 따로 식품을 정기적으로 구입하고 있습니다.
본인은 매월 \$ _____의 임대료/모기지를 지불하고 있습니다.
본인의 몫

아래 서명함으로써 다음과 같이 선서합니다:

- 본인은 WASHCAP 에 대한 설명을 들었습니다.
- 본인은 WASHCAP 의 권리와 책임을 인정합니다.
- 본인은 WASHCAP 을 통해 식품 지원 혜택을 받을 수 있음을 인정합니다.

본인은 위싱턴 주법 하에 위증 시 처벌을 받는다는 조건으로 이 신청서에서 제공한 정보가 진실하며 정확하다는 것을 선서합니다.

이름(정자체)	사회보장번호 또는 수혜자 ID 번호
주소	주 전화번호 ((XXX) XXX-XXXX) <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 메시지
	보조 메시지 전화번호((XXX) XXX-XXXX) <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 메시지
우편주소, 상기와 다를 경우	서명과 날짜

당국이 개인 정보를 사용하는 이유:

- 해당 프로그램에 대한 자격여부 결정.
- 과다 요금 징수.
- 프로그램 관리.
- 법 준수 확인.

개인 정보를 제공할 수 있는 곳:

- 공무처리를 위해 연방기관 및 주정부 기관.
- 법망을 피해 도주 중인 범인을 쫓는 법집행 기관.
- 식품지원 초과지불금을 징수하는 사립 미수금 대행기관.

유권자 등록

당국은 자동 유권자 등록을 포함한 유권자 등록 서비스를 제공합니다. 투표하기 위해 등록 신청을 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 귀하에게 달려 있습니다. 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).



유권자 등록(계속)

투표 등록을 하시거나 유권자 등록을 갱신하시겠습니까? 예 아니오

어떤 상자에도 체크를 하지 않으시면 귀하께서 자동 유권자 등록 자격이 있고 거부를 하지 않은 경우를 제외하고, 저희는 귀하께서 현재 유권자 등록을 하지 않기로 결정하신 것으로 판단합니다.

위 "아니오"를 체크하지 않으신 경우 자동 유권자 등록 자격을 가질 수 있습니다. 귀하의 연령이 다음 선거일에 18세 이상이고 미국 시민이며 DSHS에 귀하의 이름, 주거지, 우편 주소, 생년월일, 시민권 정보 확인, 본 신청서에 제공된 정보가 사실임을 증명하는 서명이 있을 경우 귀하는 자동 유권자 등록 자격을 가집니다.

자동 투표 등록을 하시겠습니까? 예 아니오

"예"라고 표시된 상자에 체크하시거나 아무 상자에도 체크를 하지 않고 자동 유권자 등록 자격 요건을 충족하시면 DSHS가 귀하의 정보를 주 정부 서기관실(Office of the Secretary of State)에 전달하며 귀하는 자동으로 투표 등록이 됩니다.

식품지원 벌칙 경고

저희는 다른 기관과 함께 귀하의 정보가 정확한지 확인합니다. 확인 후 잘못된 정보가 있을 경우 신청인에게 식품지원이 제공되지 않을 수도 있습니다.

고의로 규칙을 위반한 회원:

- 다른 연방 및 주 법률에 따라 기소될 수 있습니다.
- SNAP 이 1년부터 영구적으로까지 금지될 수 있습니다.
- 최고 \$250,000 벌금이 부과될 수 있습니다.
- 최대 20 년간 수감될 수 있습니다.
- 법원 명령 시 SNAP 이 추가로 18개월 동안 금지될 수 있습니다.

법원에서 귀하에게 다음과 같은 유죄를 선고한 경우:

다음을 수반한 거래에서 이익을 얻음:

귀하는:

- 규제 약물 판매.....2 년부터 영구적으로까지 자격이 상실됩니다.
- 무기, 탄약 또는 폭발물 판매..... 영구적으로 자격이 상실됩니다.
- 수익의 결합 금액이 \$500 를 초과한 밀거래 행위 영구적으로 자격이 상실됩니다.
- 주거지 또는 신원 사기 10 년간 자격이 상실됩니다.

차별금지 고지

본 기관은 인종, 피부색, 출신 국적, 장애, 연령, 성별, 일부의 경우 종교나 정치적 신념으로 인한 차별이 금지됩니다.

미국 농무부 (U.S. Department of Agriculture) 또한 USDA가 실시하거나 자금을 지원하는 활동에서 인종, 피부색, 출신 국적, 성별, 종교적 신념, 장애, 연령, 정치적 신념으로 인한 차별이나 이전 인권 활동에 대한 보복을 금지합니다.

프로그램 정보를 얻기 위해 대체 소통 수단(예: 브레이유 점자, 큰 인쇄 매체, 음성 테이프, 미국 수화 등)을 필요로 하는 장애인에 혜택을 신청할 수 있는 기관(주 또는 지역)에 문의해야 합니다. 청각 장애나 난청, 언어 장애가 있는 개인은 연방 교환 서비스 (Federal Relay Service) (800) 877-8339 를 통해 USDA 에 연락할 수 있습니다. 또한 프로그램 정보를 영어가 아닌 다른 언어로도 이용할 수 있습니다.

프로그램에 차별 불만을 제기하시려면 온라인 상에서 USDA 프로그램 차별 불만 제기 양식(USDA Program Discrimination Complaint Form), (AD-3027)을 작성하십시오: 불만 제기 방법, 또한 어떤 USDA 사무소든지 방문하여 작성하거나 양식에 요구된 모든 정보를 담은 서신을 USDA에 보내주십시오. 불만 제기 사본을 신청하시려면 (866) 632-9992에 전화해주십시오. 작성된 양식이나 서신은 USDA에 제출해주십시오:

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

영양 보충 지원 프로그램 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) 문제에 관한 정보는 USDA SNAP Hotline (800) 221-5689로 문의해주십시오. 스페인어로도 이용할 수 있습니다. 또는 온라인에서 확인할 수 있는 주 정보/핫라인 전화(State Information/Hotline Numbers) (주별 핫라인 번호 목록의 링크 클릭)로 전화하십시오: SNAP Hotline.

미국 보건복지부 (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) 를 통해 연방 자금 지원 관련 차별에 불만을 제기하시려면 다음으로 서신을 보내주십시오: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 또는 (202) 619-0403 (음성)이나 (800) 537-7697(TTY) 로 전화해주십시오.

본 기관은 평등한 기회를 제공합니다.