

| | | | |
|---|---------------|-------------------|------------------------|
| IM 담당자 _____ | 업무 전용란 | 일자 _____ | 케이스 번호 _____ |
| IM 수퍼바이저 _____ | | 일자 _____ | 관련 케이스 번호 _____ |
| TANF 상태: () NA () RA () RO () TR | | 등록일자 _____ | |

섹션 1

신청인: 불펜을 이용하여 이 신청서를 신중하게 그리고 정확하게 기입하십시오. 어떤 답이 맞는지 잘 모르겠으면, 공간으로 남겨두십시오. 궁금하신 점에 있으시면 카운티 웰페어 담당자에게 물어보시기 바랍니다.

회색 란에는 아무 것도 기입하지 마시오

1. 어떤 프로그램에 신청하기 원하나요?

- | | | |
|----------------------------|-------------------|-----------|
| () 빈곤 가정을 위한 임시 보조 (TANF) | () 부양자녀 가족 메디케이드 | () 일반 보조 |
| () NJ SNAP 프로그램 | () 난민 재정착 프로그램 | |
| () 응급 보조 | () 친족위탁 지원금 프로그램 | |

본인은 WFNJ 수급자격 조건의 하나로, 자립생활이 가능하도록 당신은 적극적으로 계속 직업을 찾아야 함을 알고 있습니다.
본인은 WFNJ 수급자격 조건의 하나로, 자립생활이 가능하도록 적극적으로 계속 직업을 찾아야 함을 알고 있습니다.

2. 일을 하실 의지가 있습니까? [] 예 [] 아니요

3. 신청인 이름: _____
(성) (이름) (미들) (혼인전 성)

4. 거주지 주소: **실제 살고 있는 곳:**

_____ (주소) (도시) (주) (우편번호)

위에 집주소가 우편주소가 아닌 경우 우편 주소.

_____ (P.O. 사서함, 주소, 또는 RFD) (도시) (주) (우편번호)

신청인 전화 번호: 집 () _____ 직장 () _____ 휴대폰 () _____

5. 뉴저지 거주자 (NJ SNAP 목적에는 적용안됨)

거주 확인

뉴저지 주에서 계속 거주할 계획인가요? [] 예 [] 아니요

만약 “아니요”면, 설명: _____

6. 당신은 NJ SNAP 또는 GA 를 받기 위해 또는 NJ SNAP 를 이용하여 당신을 위하여 식품을 사기 위하여 가족이외 다른 사람을 통해 NJ SNAP 또는 GA 를 신청할 수 있습니다. 만약 당신이 NJ SNAP 수급 자격이 되면, 당신이 지정한 사람이 FAMILIES FIRST EBT 카드를 수령하여 그 카드를 이용하여 당신을 위해 식품을 구입할 수 있습니다 그러한 사람을 지정하고 싶으면, 아래에 정보를 기입하십시오:

| 대리인 이름 | 생년 월일 | 주소 | SSN (선택) | 전화 번호 |
|-----------|----------|----|-------------|----------|
| | | | | |

아래 Q. 7 과 Q. 8 은 NJ SNAP 신청인에게 해당

7. 당신은 신청서에 이름과 주소 서명, 서명일을 적고 NJ SNAP 를 신청하면 즉시 받을 수 있는 권리를 갖고 있습니다. 수급 자격이 있다고 결정되면, 그 날부터 급여가 지급될 것입니다. (요구되는 모든 상황 정보를 적어서 신청하고 수급 자격이 되면, NJ SNAP 오피스가 당신의 신청서를 받은 후 30 일 안에 NJ SNAP 을 받을 수 있습니다.)

8. 당신이 수입이 거의 없으면 7 일 안에 신속한 혜택을 받을 수 있습니다. **아래 질문에 대한 당신의 답변은 이 서비스의 수급 자격을 결정할 것입니다.**

(a) 당신의 가계 월 총소득이 \$150.00 미만이고 가계 총 유동자산 (체크/세이빙 계좌)이 \$100.00 미만인가요?

[] 예 [] 아니요

(b) 당신의 월 렌트나 모기지 더하기 유틸리티 비용이 당신의 가계 월 총소득 더하기 총 유동자산보다 많나요?

[] 예 [] 아니요

| | | | | | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|
| 다른 신청인 | | | | | | | | | PA |
| 성 | | | | | | | | | NJ SNAP MA |
| 이름 미들 | | | | | | | | | |
| 담당자 전용란 | | | | | | | | | |
| 다른 신청인 | | | | | | | | | PA |
| 성 | | | | | | | | | NJ SNAP MA |
| 이름 미들 | | | | | | | | | |
| 담당자 전용란 | | | | | | | | | |

| 이름 | 사회 보장 번호 | 생년월일 출생지 | 신청인과 관계 | 성별 (여성 또는 (남성) | 인종/ 민족 | 합법적 외국인 & BCIS 상태 | 혼인 여부 | 학년 및 학교 | |
|------------|----------------|-------------|------------|-------------------------|-----------|----------------------------|----------|------------|---------------|
| 다른 신청인 | | | | | | | | | PA |
| 성 | | | | | | | | | NJ SNAP MA |
| 이름 미들 | | | | | | | | | |
| 담당자 전용란 | | | | | | | | | |
| 다른 신청인 | | | | | | | | | PA |
| 성 | | | | | | | | | NJ SNAP MA |
| 이름 미들 | | | | | | | | | |
| 담당자 전용란 | | | | | | | | | |
| 다른 신청인 | | | | | | | | | PA |
| 성 | | | | | | | | | NJ SNAP MA |
| 이름 미들 | | | | | | | | | |
| 담당자 전용란 | | | | | | | | | |
| 다른 신청인 | | | | | | | | | PA |
| 성 | | | | | | | | | NJ SNAP MA |
| 이름 미들 | | | | | | | | | |
| 담당자 전용란 | | | | | | | | | |

11. 외국인/미국시민이 아닌 가족들 이름을 적으시오

| | | | | | | | |
|----|----------|-------|------------------------|------------------------|-----------|----|-----------|
| 이름 | 입국일자/출신국 | 등록 번호 | 후원자 이름/ 재정착 에이전시 | 후원자/ 재정착 에이전시 주소 | 시민권 일자 | 신청 | 후원자 소득 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

12. 위에 포함되지 않은 다른 가족원의 이름을 적으시오(세든 사람/하숙인 포함).

| | |
|----|---------|
| 이름 | 신청인과 관계 |
| | |
| | |
| | |

12a. 응급시 연락처 (GA 케이스만) _____.

전화번호 _____ 주소 _____.

13. 임산부 이름 _____ 출산 예정일 _____

의사이름 _____ 의사 주소 _____

14. 가정에서 주로 사용하는 언어? _____.

| | | | |
|---|--------|----|---------------|
| 15. 당신 또는 가족원 중 누군가 뉴저지 주 또는 타주, 미국영토에서 TANF 를 현재 받고 있거나 과거에 받았거나 1997 년 4 월 이래 뉴저지주에서 General Assistance (GA)를 받은적이 있나요? | | | [] 예 [] 아니요 |
| 보조를 받는 사람 | 보조의 종류 | 언제 | 보조 제공기관 |
| | | | |
| | | | |

| | | |
|---|-----------|---------------|
| 16. 당신 또는 가족원 중 한 사람이 도주 중인 중범자 또는 연방정부 또는 주정부 법원 가석방이나 보호관찰 조건을 위반했나요? | | [] 예 [] 아니요 |
| 도주 중인 사람 또는 위반자 | 무엇으로부터 도주 | |
| | | |
| | | |

| | | | |
|---|---------|----|---------------|
| 17. 당신 또는 가족원 중 한 사람이 두 곳에서 동시에 공공 혜택을 사기적으로 수급한 혐의로 유죄판결을 받은 적이 있나요? | | | [] 예 [] 아니요 |
| 사기행위 범법자 | 사기행위 장소 | 언제 | 공공 혜택 |
| | | | |
| | | | |

| | | |
|--|----------|---------------|
| 18. 1996 년 8 월 22 일 이래 당신 또는 신청 가족원이 범죄 행위인 마약 소지, 사용, 또는 유통으로 유죄판결을 받은 적이 있나요? GA 에만 해당 | | [] 예 [] 아니요 |
| 위반을 한 사람 | 위법 행위 종류 | 위법 행위가 발생한 곳 |
| | | |
| | | |

| | | |
|---|-------|---------------|
| 19. 마약 소지나 사용으로 유죄 판결을 받았다면 당신은 보건국에서 실시하는 그리고 시니어 서비스의 허가 또는 승인을 받은 입원 마약치료 프로그램에 등록했거나 프로그램을 수료했나요? | | [] 예 [] 아니요 |
| 치료를 받고 있는 사람 | 치료 시설 | 치료 일자 |
| | | |
| | | |

19. a. 보건국과 시니어 서비스의 허가 또는 승인을 받은 마약 치료 프로그램에 등록하지 않았거나 프로그램을 수료하지 않았다면 그 이유는?

20. 가족 중 한 명이 직장을 스스로 그만 둔 사람이 있습니까?

지난 90 일 동안 WFNJ [] 예 [] 아니요 만약 "예"면, 누가?

지난 60 일 동안 NJ SNAP [] 예 [] 아니요 만약 "아니요"면, 누가?

만약 "예"면, 왜 _____.

21. 가족 중에 직장 스트라이크 하는 분이 있나요? [] 예 [] 아니요 "예"라면, 누가?

22. 마지막 고용일이 언제였습니까? _____.

22a. 마지막 고용일 이후 당신은 그 동안 무엇을 했습니까? _____

23. WFNJ 목적상, 지난 3년 동안 보조 신청을 하는 사람의 모든 고용 내역을 가장 최근 것부터 시작하여 기입하십시오.

| 이름 | 고용주 이름 | 고용주 주소 | 시작일 | 종료일 |
|----|--------|--------|-----|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

24. 신청인 가족원의 누군가 가까운 미래에 상황의 변동을 기대하나요? 예를 들어 소득이나 가족원 규모 변동; 거주지 변동; 거주비; 자동차 구입이나 매각 등.

[] 예 [] 아니요 만약 "예"면, 어떤 변동: _____ :

25. 근로 소득: 당신이나 또는 함께 사는 누군가 일을 해서, 아기보기, 자영사업, 허드레 일, 뭔가 파는 것 등으로 돈을 벌거나 다른 근로 소득이 있나요? [] 예 [] 아니요 만약 "예"면, 각 사람에 대한 다음 정보를 제공하십시오:

| 성 이름 | | | | |
|----------------------------|----|----|----|----|
| 일 주 몇 시간 | | | | |
| 얼마나 자주 지급 | | | | |
| 고용주 이름과 주소. 자영사업이면 "자영" | | | | |
| 급여(원천징수 전) 총액 및 일자 | 일자 | 액수 | 일자 | 액수 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

26. 자녀/성인 케어: 웰페어나 NJ SNAP 을 받는 가정의 어느 누군가가 직장 때문에, 학교 때문에, 또는 직장을 찾기 위해 어린이나 성인 케어 비용을 지불했나요? [] 예 [] 아니요 만약 "예"면, 누가 케어를 받았나요? (아래 열거)

| 어린이/성인의 이름 | 케어를 해준 사람 | 주 몇 일 | 시간당 비용 | 총 몇 일 | 실제 지불액/누가 지불 |
|------------|-----------|-------|--------|-------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

27. **자녀 부양비:** 당신은 법적으로 함께 살지 않는 자녀의 부양비를 지급할 의무가 있나요?

예 아니요 만약 "예"면, 아래 정보를 기입하십시오: (법적으로 지급할 의무가 있는 이상 밀린 자녀 부양비를 포함)

| 누구에게 지급 | 주소 | 자녀의 나이 | 월 지급액/제공액 | 법정명령 번호 |
|---------|----|--------|-----------|---------|
| | | | | |
| | | | | |

28. **의료보험:** 의료보험으로 누가 커버되나요? 해당 없으면 여기에 표시 ().

| 성, 이름 | 보험 회사 | 보험증서 번호 | 보험계약자 |
|-------|-------|---------|-------|
| | | | |
| | | | |

29. 별거 배우자는 당신을 커버하는 의료보험을 갖고 있나요? 예 아니요 만약 "예"면, 어떤 보험?
_____.

30. 별거 부모의 의료보험이 당신이 현재 신청하는 자녀들을 커버하나요?

예 아니요 만약 "예"면, 어떤 보험 그리고 누구를 커버?

31. 당신이나 다른 가족원이 다른 메디케이드 프로그램을 신청했나요? 만약 "예" 면, 어떤 프로그램?
_____. 신청일 _____.

32. **기타 소득:** 당신의 웰페어 또는 NJ SNAP 가족에 포함된 어느 누군가(의붓 부모들 포함)

아래 혜택을 받고 있거나 신청을 했나요: 예 ___ 아니요 ___ 만약 "예"면, 해당되는 곳에 모두 표시.

| 실업수당 | 렌트 소득 | 근로자 상해보험 |
|-------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| 재향군인 연금 | 하숙인으로 받는 소득 | 노동조합/은퇴연금 |
| 사회보장/철도 근로자 연금 | 친척 또는 친구가 주는 생활비, 세입자 또는 노조 수입 | 자녀 부양비 |
| 생활 보조금(SSI) | 소득세 환급금 또는 근로소득 크레딧 | 서비스맨으로부터 받은 배당 체크 |
| 신체장애 보조금 | 포스터 케어 보조금 | 일반 보조금 |
| 보조받은 입양 | 신탁 펀드 | 직업 훈련비 |
| 주식, 채권, 은행 계좌 등의 이자/배당금 | 일시금(소급된 급여, 소송 보상금 등) | 학생 용자금, 학생 교부금, 장학금, 수당 |
| 연금 급여(생명보험 배당금 포함) | 일시불 소득, 상금, 또는 증여 | 보조 근로 지원금 |

| | | | |
|--|-----------------|--------------------------|------------------|
| | DCP&P 친척 케어 지원금 | DCP&P 법적 보호자 보조금 프로그램 | 위자료 등 기타 소득(명시): |
|--|-----------------|--------------------------|------------------|

위에 체크한 항목에 대하여 아래 정보를 기입:

| 성, 이름 | 소득원 | 받은 일자 | 총액 |
|-------|-----|-------|----|
| | | | |
| | | | |

확인란

33. **재원: (확장된 범주 자격에 수급 자격이 안되는 NJ SNAP 가족에 적용)** 당신 또는 함께 사는 누군가 현금이 있거나, 체킹 또는 세이빙 계좌, 주식, 채권, 양도성 예금증서, IRA/Keogh, 뮤추얼 펀드, 신탁 펀드, 미국 저축 채권, 크리스마스/바캉스 클럽 저축 계좌, 크레딧 유니온 멤버십, 대어금고 안에 현금이나 귀중품, 은행권 또는 계약서, 모기지나 다른 재원 소유권? [] 예 [] 아니요

| 재원의 소유자 | 재원의 성격? | 재원이 있는 곳? | 재원의 가치? |
|---------|---------|-----------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

확인란

34. 신청인 가정에 살고 있는 사람들이 소유하고 있는 차량을 모두 적의시오. 승용차, 밴, 트랙터 트레일러, 픽업 트럭, 트레일러, 모터홈, 오토바이, 보트 등 모두 포함. **해당 없으면 여기에 표시 ()**.

| 소유자 이름 | 모델/스타일 | 연식/메이커 | 사용 | 켈리 블루북 가치 |
|--------|--------|--------|----|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

35. 당신이나 함께 사는 사람 누군가 현재 살고 있는 집 말고 어떤 토지나 부동산을 갖고 있나요? [] 예 [] 아니요
만약 “예”면, 설명: _____

| 36. 누군가 부동산이나 개인재산(주식 포함)을 거래했거나, 기증했거나, 이전했거나 매각한적이 있나요? TANF 및 GA 목적상 지난 12 개월 동안? | | | | | [] 예 [] 아니요 |
|---|-----|-------|--------------|------------|---------------|
| NJ SNAP 목적상 지난 3 개월 동안? | | | | | [] 예 [] 아니요 |
| 무엇을 팔았거나 기증 등을 했나요? | 누가? | 누구에게? | 기능 또는 매각 일자? | 총 시장 가치 | 받은 금액 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

37. 당신이나 신청 가정의 누군가 현재 계류 중인 소송건, 이혼, 합의, 상속, 사고 손해보상 청구, 재산 매각, 기타 청구건이 있거나, 누군가 당신에게 돈을 빌린 사람이 있나요? [] 예 [] 아니요
만약 “예”면, 설명: _____

WFNJ-10D 기입일 _____ (NJ SNAP 만 신청하는 경우 적용되지 않음)

38. 신청인 가정의 누군가가: (NJ SNAP 에는 적용되지 않음)

(a) 주얼리, 동전/스탬프 수집, 모피 등 귀중품을 부분적으로 또는 단독 소유하고 있나요?

[] 예 [] 아니요 만약 “예”면, 설명: _____

(b) 장지 또는 장례준비? []에 []아니요 만약 “예”면, 가치 _____.

NJ SNAP 및 GA

주거 정보: NJ SNAP 프로그램이나 GA 을 신청하는 경우 반드시 기입.

39. 가족 이외 다른 사람이 생활비를 지불하거나 도와주고 있나요? [] 예 [] 아니요

만약 "예"라면, 아래 정보를 기입하십시오:

| 주거 지출 종류 | 누구에게 지급 | 누가 지급 | 지급액 | 얼마나 자주 청구 |
|----------|---------|-------|-----|-----------|
| | | | | |
| | | | | |

40. 주거비 (아래 지출비를 적으시오:)

| | | | 업무 전용란 | |
|--|-------|-----------|-------------------|-------|
| 주거 비용 | 지급 금액 | 얼마나 자주 청구 | 월비용 | |
| 렌트/모기지 | \$ | | \$ | HCSUA |
| 사용한다면 | \$ | | \$ | 사용경우 |
| 주택보험 | \$ | | \$ | |
| 주거지 소계 | | | \$ | |
| 전기 | \$ | | \$ | |
| 가스 | \$ | | \$ | |
| 오일 | \$ | | \$ | |
| 물 | \$ | | \$ | |
| 하수 | \$ | | \$ | |
| 쓰레기 수거 | \$ | | \$ | |
| 유틸리티 설치 비용 | \$ | | \$ | |
| 기타 (석탄, 땀값, 석유) | \$ | | \$ | HCSUA |
| 유틸리티 소계 | | | \$ | |
| | | | 또는 | |
| 41A. 집 온냉방비를 당신이 지불하나요 (렌트비와 별도로)? | | | \$ | |
| [] 예 [] 아니요 | | | | 또는 |
| 41B. 수도, 하수, 쓰레기 제거 이외에 유틸리티 비용을 내야 한다면 | | | | |
| 당신은 표준 또는 히팅비 보조금 중 하나를 선택하여 받을 수 있습니다. | | | | |
| | | | 월. 합계. 주거지 | |
| | | | 선택을 한 일자 | |

42. **초과 의료비**

가족 중 누군가 60 세 이상이거나 연방생활 보조금(SSI), 사회보장 신체장애 또는 재향군인 보조금 수급 자격이 되나요? [] 예 [] 아니요
만약 "예"면, 아래 정보 기입. 만약 "아니요"면, 12 페이지로 계속. 의료비에는 당신이 의료비를 실제로 지불하지 않았더라도 청구서에 적힌 금액도 포함합니다.

| | | | 업무 전용란 | |
|---|-------|-----------|--------|-----------|
| 정기적으로 발생하는 의료비 이외에 당신이 받은 그밖에 다른 의료 서비스들을 적으시오. | 지급 금액 | 얼마나 자주 청구 | 월 합계 | SSI 수령 확인 |
| 의료 및 치과 서비스 | \$ | | \$ | 연방 지급 |
| 병원 또는 양로원 | \$ | | \$ | |
| 의사가 처방한 약 | \$ | | \$ | |
| 의치, 보청기 및 안경 | \$ | | \$ | |
| | \$ | | \$ | |

| | | | | |
|---------------------------------|----|--|----|------------------|
| 의료 서비스를 받기 위한 교통비 | \$ | | \$ | 6 페이지에 SSA 및 SSI |
| 보조원이나 간호사 서비스 | \$ | | \$ | |
| 기타 (설명) | \$ | | \$ | |
| | | | \$ | |
| 42A. 이러한 지출을 발생한 가족원의 이름을 적으시오: | | | 합계 | |

42B. 위에 열거한 의료비들 중에 이미 전액 지급되었거나, 일부 지급되었거나, 가족 이외에 다른 기관, 즉, 의료보험, 메디케어, PAAD 또는 다른 사람으로부터 변제를 받은 것이 있습니까?
 예 아니요 만약 "예"면, 이중 어떤 비용을 지불했습니까? 얼마나 지불했습니까?

| 업무 전용란 | | | | | | |
|---|------------|-------------|-------------|-------|-----------------|------|
| <u>WORK FIRST NEW JERSEY 및/또는 NJ SNAP 근로 등록</u> | | | | | | |
| 이름 (16 세 이상 모두) | 면제 WFNJ 코드 | 의무적 WFNJ 일자 | 자의적 WFNJ 일자 | 의뢰 일자 | NJSNAP 근로 면제 코드 | 등록일자 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

43. 법적으로 책임있는 친척. (메디케이드 목적에만 적용)

당신의 배우자 이름을 제공하십시오(함께 살지 않는 경우). 보조금을 신청하지 않는 55 세 미만의 자녀들을 이름을 제공하십시오. 당신이 18 세 미만이면, 부모의 이름을 적으시오.

| 이름 | 주소 | 관계 | 연령 |
|----|----|----|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

44. 홈 에너지 보조금

아래 질문에 대한 당신의 답변은 홈 에너지 보조금(HEA) 수급 자격과 HEA 액수를 결정하는데 사용될 것입니다. 아래 목록을 사용하여 당신의 해팅비/냉방비상황을 가장 잘 표현한 곳에 표시하십시오.

- 히팅비는 다른 사람이 지불. (A) **HEA 코드:** _____
- 히팅비는 공공주택국이 지불하거나 나는 렌트비 보조금을 받고 있으며 히팅은 렌트에 포함되었다. (C)
- 나는 이치 히팅비만 지불한다(예: 장작 난로, 석유 히터, 전기 히터 등) (E)
- 나는 다른 사람들과 히팅비를 나눈다. (F)
- 히팅은 보조금을 받는 나의 렌트에 포함되어 있다. (G)
- 나는 건물주에게 히팅비로 별도 지급한다. (W)

나는 내가 사는 집이나 아파트의 주 히팅비를 연료 공급자에게 직접 지불한다. 주 히팅 연료는:

- 연료오일 (J)
- 석유 (M)
- 장작 (R)

()전기 (K)

()천연가스 (N)

()가스통 (L)

()석탄 (P)

()HEA 보조금을 원치 않음. (T)

중요 고지

이 신청서에 제공된 정보는 연방정부, 주정부/카운티 담당 직원이 확인할 수 있습니다. 부정확하게 기입된 정보가 있으면 NJ SNAP 급여가 거부되거나 고의적 허위 정보 제공으로 형사처벌까지 받을 수 있습니다.

45 CFR 206.10(a)(iii) 및 7 CFR 273.2(b) 준수를 위하여, BCIS, 주정부 및 지방 아동 지원 에이전시들을 위한 소득 및 자격 정보, 사회보장 급여 및 베니핏 파일들, 주정부 급여 및 실업 파일들이 당신의 사회보장 번호를 이용하여 입수될 것이며 수급 자격 심사를 하는데 사용될 것임을 고지합니다. 정보 확인을 위하여 저희는 당신의 직장, 은행 및 다른 제삼자에게 연락을 취할 수 있습니다.

아래 벌과금은 아래와 같은 경우 적용됩니다:

신청서에 적힌 규칙을 고의적으로 위반하는 NJ SNAP 수급자; 또는

자격이 안 되는 자가 아래와 같은 고의적인 행위로 NJ SNAP 신청을 하거나 이미 받고 있는자:

허위 또는 그릇된 진술.

은폐 또는 숨긴 사실들.

- NJ SNAP 법, NJ SNAP 규정 또는 푸드 스탬프 급여 또는 접속 장치(예: 패밀리 퍼스트 EBT 카드)의 사용, 제시, 이전, 취득, 수령 및 소유와 관련된 주정부 법 위반 행위.

벌과금

SNAP 규칙을 의도적으로 위반하여 부과되는 벌과금에는 아래 기간 동안 SNAP 수급 자격 박탈이 포함됩니다.

- 일차 위반시 12개월;
- 이차 위반시 또는 SNAP 급여를 마약과 바꾼 혐의로 법정 유죄 판결을 처음 받은 경우 24개월;
- 동시에 다수의 SNAP 급여를 받는 사람의 이름이나 거주지에 대하여 거짓말을 하거나 그릇된 정보를 기입하는 경우 10년;
- 삼차 위반 또는 SNAP 급여를 마약과 바꾼 혐의로 법정 유죄 판결을 두 번 받은 경우, 또는 \$500 이상 상당의 SNAP 급여를 팔거나/거래한 혐의로 법원에서 유죄 판결을 받은 경우, 또는 SNAP 급여를 주고 총기 또는 총알 또는 폭발과 바꾼 혐의로 법정 유죄 판결을 받은 경우 영구적으로 자격 상실.

*중범이나 경범죄로 유죄 판결을 받은자는 법원에서 추가로 18개월 징지 처벌(상기 기간에 이어)을 내릴 수 있습니다.

위반자는 벌금 \$250,000 미만, 징역 20년 또는 둘 다에 처해질 수 있고, 기타 준거 연방법에 의하여 기소를 당할 수 있습니다.

그밖에, 나머지 가족들은 그 동안 부당하게 받은 NJ SNAP 급여를 변제해야 합니다.

P.L. 103-66 및 104-193은 아래와 같은 혐의로 연방정부, 주정부 법원에서 유죄 판결을 받은 자들에게 벌과금을 부과하고 있습니다:

- 1) NJ SNAP 를 팔아서 총기, 폭발물, 또는 마약을 구입; 또는

탄약,

- 2) FAMILIES FIRST EBT 카드를 이용하여, NJ SNAP 를 이용, 이전, 취득, 또는 소유, 또는 NJ SNAP 이 사기적인 방법으로 입수되었거나 이전되었음을 알고도 \$500 이상 가치의 지불을 위해 NJ SNAP 를 제시.

벌과금 경고

NJ SNAP 를 신청하기 위해 또는 받기 위해 또는 계속 받기 위해 허위 정보를 기입하거나 정보를 숨기지 마십시오.

당신 가정 앞으로 발급된 NJ SNAP 를 사용할 권한이 없는 사람에게 주거나 팔거나 Families First EBT 카드를 이용하여 접속하지 마십시오.

NJ SNAP 로 술이라던가 담배같은 금지된 품목을 사거나 외상으로 구입한 식품을 지불하는데 사용하지 마십시오.

수급 자격이 안 되는 NJ SNAP 를 받아 사용하지 마십시오.

수급 자격이 안 되는데도 불구하고 NJ SNAP 를 받기 위하여 속이거나 부정직한 행동에 가담하지 마십시오.

NJ SNAP 를 신청하거나 받기 위하여 갖고 있던 재산을 가족이 아닌 다른 사람에게 이전하지 마십시오.

본인은 이 신청서의 질문들을 이해합니다. 본인의 답변은 본인이 알고 있는 한도에서 정확합니다. 본인은 면담을 받아야 하고 또한 NJ SNAP 오피스와 협조해야 함을 알고 있습니다. 본인은 벌과금 경고를 알고 있습니다. 본인이 한 말을 입증하기 위해 서류를 제출해야 될 수 있음을 알고 있습니다. 본인은 이에 동의합니다. 서류가 없으면, 본인은 NJ SNAP 오피스가 연락을 하여 필요한 증거를 입수할 수 있도록 관련자나 조직의 이름을 제공하는데 동의합니다. 본인이 근로소득을 보고하지 않았다면, 근로소득에 \$50.00 불 이상의 변동이 있거나 처음 급여 체크를 받은 날부터 10일 안에 근로소득을 보고해야 됨을 알고 있습니다. 본인이 근로소득이 없을 경우엔, 본인은 가족 상황 변동(학생 신분 포함), 주거 상황 변동 그리고 결과적으로 주거비 변동, 자녀 부양비를 지급하거나 제공해야 하는 법적 의무 변동, 자녀 부양비 지급 기록이 3개월 미만이고 변동이 \$50 불 이상인 경우 부양비 금액 변동, 자동차 구입 또는 가정 재산의 변동(세이빙 및 체크 계좌, 현금, 주식이나 일시불 지급, 자동차를 팔아서 생긴 현금)이 최대 재원 한도에 이르거나 초과하는 경우 본인은 모두 보고해야 됨을 알고 있습니다. 만약 본인이 근로소득을 보고했거나 6개월마다 보고하고 있는 경우, 월 총소득이 연방정부 극빈자 수준 한도의 130 퍼센트를 초과하는 경우에만 월 총수입 변동을 보고할 의무가 있음을 알고 있습니다. 본인 케이스 담당자가 그 한도 통지를 내게 해줄 것입니다. 또한 본인의 NJ SNAP 신청에 관한 결정에 대하여 공정 심리를 요청할 수 있음을 본인은 알고 있습니다. NJ SNAP 급여에 관한 더 자세한 정보가 필요하면 본인은 카운티 NJ SNAP 담당자에게 연락할 수 있습니다.

본인의 케이스에 취한 조치가 이의가 있는 경우 본인이나 본인의 대리인은 구두 또는 문서로 공정 심리를 요청할 수 있음을 본인은 알고 있습니다. 본인의 케이스는 본인이 선택한 사람에 의하여 공정 심리에 제출될 수 있습니다.

NJ SNAP 의무적 고용, 취업 AND TRAINING PARTICIPANTS

NJ SNAP 가족원들 중 어떤 사람들은 특별히 면제되지 않은 이상 고용 및 교육 활동에 반드시 등록을 하고 참여해야 합니다. 의무 등록자들 중에 근로 요건을 준수하지 않은 사람들은 아래와 같은 벌과금을 물게 됩니다:

- 1) 1차 위반은 최소 1개월 자격 상실;
- 2) 2차 위반은 최소 3개월 자격 상실;
- 3) 3차 및 그 이상 위반은 최소 6개월 자격 상실;

미국 시민/합법적 외국인 신분

(WFNJ, 메디케이드, NJ SNAP 프로그램 목적)

미국 시민이 아닌 신청인은 담당자에게 이민국(BCIS)에서 발행한 서류나 주정부 에이전시가 발행한 그 밖의 서류를 카운티 웰페어 에이전시 담당자에게 제시하여 본인의 이민 신분을 입증해야 합니다. 외국인 신분은 이민국(BCIS)에 조회하여 확인이 요구될 수 있으며, 그러한 경우 이 신청서에 적힌 정보를 BCIS 에 제출해야 합니다. BCIS로부터 받은 정보는 당신의 수급 자격과 수급 수준에 영향을 줄 수 있습니다. 당신은 각 가족이 미국 시민이거나 미국에 합법적인 신분으로 살고 있음을 반드시 증명해야 합니다.

서명하기 전에 아래 진술을 잘 읽어 보십시오. 이해하지 못하는 부분이 있거나 질문이 있으면 물어보시기 바랍니다.

- ❖ 이 신청서에 본인이 기입한 내용들은 본인이 알고 있는 한 사실임에 동의합니다. 본인의 상태에 대하여 거짓말을 하거나, 필요한 정보를 기입하지 않거나, 타인으로 하여금 정보를 주지 않도록 시키는 행위는 위법이며 처벌을 받을 수도 있음을 본인은 알고 있습니다.
- ❖ 본인이 제공하는 모든 정보는 카운티 웰페어 에이전시 담당자, 또는 가족개발부, 또는 의료보조부, 의료 서비스부 담당자가 확인할 수 있음을 알고 있습니다.
- ❖ 본인은 카운티 웰페어 에이전시, 가족개발부 또는 의료지원부 및 헬스 서비스부가 본인의 진술을 확인하는 유일한 목적으로 본인의 상황에 대하여 알고 있는 사람이나 기타 다른 조직에 연락할 수 있음을 허용합니다(IRS, 주정부 및 지방 자녀부양 에이전시, 사회보장 급여 및 혜택 파일, 주정부 급여 및 실업수당 파일, 신용조사 기관, 고용주, 은행 등). 입수한 소득 및 자격 정보는 본인의 지속적 자격 여부를 결정하는데 사용될 것임을 본인은 알고 있습니다.
- ❖ 본인은 Work First New Jersey Act, 공공법 1997 c.13, c.14, c.37 및 c.38 에 의하여, 공공 생활보조 신청서에는 출산이나 입양, 또는 원래 신청일 이후 신청 가정에서 함께 살게 될 사람을 포함하여 모든 미래의 가족들이 포함되어야 함을 알고 있습니다.
- ❖ 본인이 제공하는 정보는 공공 생활보조, 푸드 스탬프, 홈 에너지 지원, 유니버설 서비스 펀드 수급 지원 및 수급 자격이 되는 기타 신청과 관련하여 사용될 것임을 본인은 알고 있습니다.
- ❖ 만약 이 신청서가 WFNJ 수급을 위해 승인되면, 본인과 가족 모두는 New Jersey One Stop Career Center 에 등록하여 교육, 훈련, 직업평가 및 구직활동에 참여가 요구될 수 있음을 본인은 알고 있습니다.
- ❖ 모든 홈 에너지 지원금은 연방기금의 가용 여부에 달려 있음을 본인은 알고 있습니다.
- ❖ 지급된 모든 홈 에너지 지원금은 온방 연료 구입에만 사용되어야 함을 본인은 알고 있습니다.
- ❖ 본인은 본인의 권리와 책임에 관한 정보를 받았고 설명을 들었습니다. (WFNJ 핸드북 참조.)
- ❖ 본인의 주거 환경, 가족 상황에 변동이 있거나 또는 누구한테서든 돈을 받으면(6 개월 보고 의무가 적용되는 근로소득은 제외) 즉시 카운티 웰페어 에이전시에 알려줄 것에 본인은 동의합니다. (WFNJ 핸드북 참조.)
- ❖ 카운티 웰페어 에이전시의 조치에 만족하지 않은 경우 본인이나 본인의 대리인은 구두 또는 문서로 공정 심리를 요청할 수 있음을 본인은 알고 있습니다. 본인이 선택한 사람이 본인의 케이스를 심리에 제출할 수 있습니다.
- ❖ WFNJ 및 메디케이드 목적으로만 제출하는 이 신청서에 서명함으로써 본인은, 다른 사람이 본인에게 주는 생활비 또는 가족 중 한 사람이 본인에게 주는 생활비(누적된 체불 생활비를 포함하여)를 카운티 웰페어 에이전시에게 위임합니다.
- ❖ 본인은 의료 보조 수급 자격 조건의 하나로, 본인은 법원이나 행정명령으로 결정한 의료비 지원금과 제삼자가 의료비로 지급한 돈에 대한 모든 권리를 커미셔너에게 위임했습니다.

*미연방법과 미농림부(USDA) 그리고 미보건사회부(HHS) 정책에 의하여, 이 기관은 인종, 피부색, 국적, 성별, 연령 또는 신체장애를 근거로 차별이 금지되었습니다. 푸드 스탬프법과 USDA 정책에 의하여, 성별, 종교, 보복, 혼인여부, 가족 및 부모 상황, 성적성향, 공공보조 수급, 유전자 정보 또는 정치적 신조에 근거한 차별도 금지되었습니다. 차별 신고는 온라인으로 www.ascr.usda.gov/complain_filing_cust.html, 또는 지역 USDA 사무실에 접수하거나 (866) 632-9992 로 전화하십시오. 청각 장애인들 또는 언어 장애인들은 Federal Relay Service 를 통하여 USDA 를 연락하시기 바랍니다. 전화 (800) 877-8339; 또는 (800) 845-6136 (스페인어). 또는 서식에서 요구되는 모든 정보를 기입하여 편지로 신고하실 수도 있습니다. 차별 신고서 또는 편지는 아래 주소로 보내시기 바랍니다:

HHS, Director
Office for Civil Rights, Room 515-F
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
음성 (202) 619-0403 / TTY (800) 537-7697

USDA, Director
Director, Office of Adjudication
또는 1400 Independence Ave. SW
Washington, D.C. 20250- 9410
Fax (202) 690-7447
program.intake@usda.gov

Office of the Director
Division of Family Development
또는 New Jersey Department of Human Services
P.O. Box 716
Trenton, 뉴저지 08625

서명하기 전 기입

본인은 이 신청서 10 페이지에 적힌 NJ SNAP 벌과금 경고와 시민권/합법적 외국인 신분에 관한 중요한 고지를 읽었습니다. () 에 () 아니요

- ❖ 본인은 이 진술들을 읽고 동의하며 웰페어 에이전시는 본인의 진실되고 정확한 진술에 의존함을 충분히 인지합니다.
- ❖ 본인의 이름을 아래 서명함으로써 본인과 NJ SNAP 를 신청하는 모든 가족들은 미국 시민이거나 합법적인 이민자 신분이라는 것을 확인하고 허위 보고서 위증죄가 적용됨을 인지합니다.

중요 고지
NJ SNAP 소득 공제 포기서

당신 또는 가족 중 한 명이 지불하는 아래 비용들 중 어느 것이라도 당신이 보고를 하지 않거나 또는 증명하지 않으면, 우리는 보고하지 않은 지출에 대한 소득 공제 받기를 원치 않는 것으로 받아드립니다.

- 탁아비 지출. 가족원이 직장을 구하거나 직장을 얻기 위하여 훈련이나 교육 클래스를 참석하기 위하여 어린이나 다른 부양 가족을 남에게 맡기는 비용을 지불하는 경우;
- 변제되지 않은 의료 및 치과 비용. 처방약, 의료보험이나 병원보험, 안경 또는 도우미 비용;
- 가족 중 한 사람이 법적 의무로 지급하는 자녀 부양비. 체불된 부양비 지급도 포함; 또는
- 거주비. 예를 들어 임대료, 유틸리티비(설치비 포함), 부동산세, 주택보험, 자연재해로 인한 주택보수비 등.

NJ SNAP 를 신청할 때 비록 당신이 이러한 지출 중 하나가 발생하고 있다고 우리에게 말하지 않더라도, 나중에 이러한 비용 중 하나를 지불하고 있다고 나중에 우리에게 말하면(또는 확인하면) 소득공제가 됩니다. 비용 발생을 보고하지 않은 달에 대하여 소득공제가 소급되지 않습니다.

가장 서명 _____

오늘 일자 _____