

서비스 신청

혜택을 받으려면 어떻게 해야 하나요?

1. 신청서(DHS 0415F) 수령.

다음을 통해 신청서를 받을 수 있습니다.

- <https://apps.state.ous/Forms/Served/dk0415F.pdf>에서 양식 출력
 - 지역 자활(self-sufficiency) 사무소에 전화하여 양식의 우편 발송 요청
 - 지역 자활(self-sufficiency) 사무소에서 양식 수령
 - SNAP 식료품 혜택만 받는 경우, <https://apps.state.or.us/connect>에서 온라인으로 신청 가능
- 가장 가까운 사무소를 찾으시려면, 211번으로 전화하거나 온라인 www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx를 참조하시기 바랍니다.

2. 신청서 작성.

- **보육, 고용 관련 데이 케어(Employment Related Day Care, ERDC):** 저소득 근로계층용 자세한 사항은 웹사이트(<http://www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE>)에서 확인하실 수 있습니다. 1~5페이지를 작성합니다. 13~16페이지를 검토한 후 16페이지에 서명합니다.
- **식료품 혜택, 보충 영양 지원 프로그램(Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP):** 식료품 구입에 도움이 됩니다. 1~7페이지를 작성합니다. 12~16페이지를 검토한 후 16페이지에 서명합니다. **귀하의 성명, 주소 및 서명만을 기입한 1페이지를 제출하여, 식료품 혜택 요청을 제출하고 신청 절차를 시작할 수 있습니다.** 귀하가 식료품 혜택 수혜 대상인 경우, 혜택은 이 제출일부터 시작됩니다.
- **의료 지원:** 건강 보험을 신청하려면 온라인, OregonHealthCare.gov를 참조하거나 1-800-699-9075번 또는 711(TTY)로 전화하여 월요일~금요일, 오전 7시부터 오후 6시까지 신청서를 요청하시기 바랍니다.
- **현금 지원, 빈곤 가정 임시 지원(Temporary Assistance for Needy Families, TANF):** 부양 자녀가 있는 극빈층 가정, 임신 후반 단계에 있는 산모, 또는 난민 현금 지원용: 미국에서 8개월 미만 체류한 난민들을 위한 지원입니다. 현금 지원을 신청하려면 전체 신청서를 작성해 주십시오.

3. 신청서 제출. 지역 자활(self-sufficiency) 사무소에 신청서를 우편 발송, 팩스 전송 또는 직접 제출할 수 있습니다(기록을 위해 날짜 직인 사본을 만들 수 있음). 미국 입국 기간이 8개월 미만인 신규 난민으로 멀티노마, 워싱턴 또는 클락카마스 카운티에 거주하는 경우, 지역 난민 정착 사무소에 신청서를 제출하시기 바랍니다. 이 경우 난민 케이스 서비스 프로젝트(Refugee Case Service Project, RCSP) 서비스를 받게 됩니다.

4. 사회복지사와 인터뷰 예약. 당국은 인터뷰 시 귀하와 함께 신청서를 검토할 수 있습니다. 인터뷰에 참석하는 것이 중요합니다. 일정을 변경해야 하는 경우 당국에 알려주십시오.

당장 식료품 혜택이 필요한 경우 어떻게 해야 하나요?

자격을 갖추면 7일 이내에 식료품 혜택을 제공받을 수 있습니다. 자격 대상이 되려면 다음 중 하나가 사실이어야 합니다.

- 소득이 월 \$150 미만이고 현금 및 은행 계좌 총액이 \$100 미만임
- 월 소득, 현금 및 은행 자산 총액이 월 총 주거비 및 공과금보다 적음
- 이주 또는 계절 농장 노동자 신분이며 재산이 거의 없음

귀하의 신원 증빙을 제시할 수 있어야 합니다.

인터뷰 시 지참할 항목은 무엇인가요?

다음은 지참해야 할 수 있습니다.

1. 본인 신분증
2. 소득 증빙 서류
3. 혜택을 원하는 가구 구성원 전원의 사회 보장 번호
4. 혜택을 원하는 해당인을 위해 귀하의 법적 이민 신분 증빙

정보를 얻는 데 도움이 필요한 경우 당국에 알려 주시면 지원해 드리겠습니다.

자격 대상인 경우 혜택은 언제 시작되나요?

- 현금 혜택은 일반적으로 신청서를 접수한 날짜를 기준으로 시작됩니다. 혜택 금액도 이 날짜를 기준으로 합니다.
- 식품품 혜택은 일반적으로 신청서를 접수한 날짜를 기준으로 시작됩니다. 혜택 금액도 이 날짜를 기준으로 합니다.
- 보육 혜택은 수혜 대상인 경우 요청이 이루어진 해당 달의 첫 날부터 시작됩니다. 단, 지급 유효일은 선택하신 서비스 제공자가 복지부(Department of Human Services, DHS)에 승인된 명단 자격에 속한 날짜보다 이전일 수 없습니다.

사회 보장 번호(SSN) 및 시민권.

귀하가 본인이 아닌 다른 사람을 대신해 신청하는 경우, 귀하의 SSN 또는 시민권 자격은 필요하지 않습니다. 미국 시민이 아닌 분들은 여전히 특정 혜택을 받을 자격이 있습니다. 귀하가 SSN이 없는 경우에도, SSN이 있는 다른 가족 구성원은 여전히 자격이 있을 수 있습니다. 13페이지에서 DHS가 각 SSN을 수집하는 이유와 각 SSN의 사용처에 대해 설명해 드립니다.

난민 현금 지원에는 사회 보장 번호가 필요하지 않습니다.

본 문서는 다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 그 외 원하는 다른 형식으로 받으실 수 있습니다. 특수 문서 혹은 다른 언어로 된 자료를 받아 보기 원하는 경우, 지역 사무소 또는 TTY 711번으로 연락하시기 바랍니다. 지역 사무소 연락처는 www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx에서 확인하실 수 있습니다.

Agency use only:	Branch:	Case number:	Worker ID:	Case name:	Date of request:	Filing date:
	Expedited service? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Appointment date/time:	Receptionist ID:	MA notice <input type="checkbox"/>		

이 양식을 작성하는 데 도움이 필요하시면 문의하시기 바랍니다.

구사하는 언어: _____
 다음이 필요하시면 알려주십시오: 통역사 수화 통역사
 번역된 서면 자료(원하는 언어): _____
 다음의 자료: 점자 큰 활자 오디오 테이프 컴퓨터 디스크 구두 발표

본인에 대한 정보

성명 (성, 이름, 중간 이니셜) _____ 결혼 전 성(姓) (또는 기타 사용된 이름) _____
 [][]-[][]-[][][][] [][][][]-[][][][]-[][][][] _____
 사회보장번호 전화번호 또는 메시지 번호 (하나에 체크) 이메일 _____

자택 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____
 우편 주소(다른 경우) _____ 도시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____

신청자 서명(식료품의 경우에만 날짜 기재). 모든 프로그램, 16페이지에 서명하여 신청 완료. _____ 날짜 _____

식료품 혜택 신청을 완료하려면 1~7페이지를 작성하고 16페이지에 서명하십시오.

- 신청 항목: 보육 가정 폭력 지원 식료품 가족에게 현금 지원 난민 현금 지원(RCA)
- 오리건에 체류할 계획이십니까? 예 아니요
- 귀하가 대리 신청해 주는 해당인이 지난 30일 이내에 다른 주에서 서비스를 받았습니까?
 예 아니요 '예'일 경우, 지역? _____ 마지막 수혜 날짜: _____
- 타인이 귀하를 대신해 혜택을 신청하거나 혜택을 받을 수 있도록 권한을 부여하시겠습니까?
 예 아니요
- 보통 귀하가 식료품을 구입하고 함께 사는 모든 구성원들과 함께 식사합니까? 예 아니요
 아닌 경우, 누가 식료품을 별도로 구매합니까? _____

즉각적인 도움이 필요하십니까?

- 귀하 및 귀하가 대리 신청해 주는 해당인에 대한 다음 항목에 답변해 주십시오.
 - 월 \$150 이상의 소득이 있는 사람이 있습니까? 예 아니요
 - 현금, 당좌 예금 계좌 또는 저축 계좌에 \$100 이상이 있는 사람이 있습니까? 예 아니요
 - 귀하의 월 임대료 및 공과금 지급액이 귀하의 월 소득, 현금 및 은행 계좌에 있는 자산보다 많습니까? 예 아니요
 - 이주 노동자 또는 계절 농장 노동자인 사람이 있습니까? 예 아니요
 '예'일 경우, 해당인의 현금, 당좌 예금 계좌 또는 저축 계좌에 \$100 이상이 있습니까? 예 아니요
 귀하는 향후 10일 안에 \$25 이상의 소득을 벌게 됩니까? 예 아니요
- 귀하는 거주지가 필요합니까? 예 아니요
- 귀하는 퇴거 또는 압류 통지를 받았습니까? 예 아니요
- 귀하는 유틸리티 서비스 중단 통지를 받았거나 받을 예정입니까? 예 아니요
- 귀하는 학대 또는 안전하지 않은 상황에서 벗어나기 위해 도움이 필요합니까? 예 아니요
- 귀하는 동거인의 위협, 고성 또는 신체적 학대로 인해 두려움을 느끼고 있습니까? 예 아니요

1. 가구 구성원에 대한 정보

가구 구성원 전원에 대해 아래를 작성해 주십시오. 귀하의 인종 및 민족성 정보를 제공하지 않는 것으로 선택하실 수 있습니다. 이는 귀하의 수혜 자격에 영향을 미치지 않습니다. 이 정보는 1964년 민권법 제VI편에 따른 권리(Title VI of the Civil Rights Act of 1964)를 준수하는 데 도움이 됩니다.

혜택을 원하는 구성원들에 대해 아래에 답변해 주십시오.

성명(성, 이름, 중간 이니셜) _____

생년월일(mm/dd/yyyy) _____ **본인** 관계 (어머니, 아들)

성별: 남성 여성

결혼 상태: 혼인 미혼 사별
 이혼 결혼했지만 별거 상태

민족성: 히스패닉계/라틴계 비히스패닉계/비라틴계

인종: 아시아인 백인
 하와이 원주민/태평양 섬주민
 아메리칸 인디언/알래스카 원주민
 흑인 또는 아프리카계 미국인

해당인을 위한 혜택에 대해 아래에 체크해 주십시오.

없음 식료품 보육
 현금 가정 폭력 지원

해당인에게 장애가 있습니까? 예 아니요

식료품 및 현금 혜택의 경우, 해당인은 미결 상태의 구속 영장을 가지고 있습니까? 예 아니요

최종 이수 교육: _____

사회보장번호: _____

미국 국적: 예 아니요
 아닌 경우, 아래 정보를 작성해 주십시오.

외국인 주민 번호: _____

출생지: _____
 (도시/주 또는 국가)

미국 입국일: _____ 오리건 입국일: _____

성명(성, 이름, 중간 이니셜) _____

생년월일(mm/dd/yyyy) _____ 관계 (어머니, 아들)

성별: 남성 여성

결혼 상태: 혼인 미혼 사별
 이혼 결혼했지만 별거 상태

민족성: 히스패닉계/라틴계 비히스패닉계/비라틴계

인종: 아시아인 백인
 하와이 원주민/태평양 섬주민
 아메리칸 인디언/알래스카 원주민
 흑인 또는 아프리카계 미국인

해당인을 위한 혜택에 대해 아래에 체크해 주십시오.

없음 식료품 보육
 현금 가정 폭력 지원

해당인에게 장애가 있습니까? 예 아니요

식료품 및 현금 혜택의 경우, 해당인은 미결 상태의 구속 영장을 가지고 있습니까? 예 아니요

최종 이수 교육: _____

사회보장번호: _____

미국 국적: 예 아니요
 아닌 경우, 아래 정보를 작성해 주십시오.

외국인 주민 번호: _____

출생지: _____
 (도시/주 또는 국가)

미국 입국일: _____ 오리건 입국일: _____

- 가구 내 임신한 사람이 있습니까? 예 아니요
 '예'일 경우 누구입니까? _____ 예정일: _____
- 군복무 중인 사람, 재향 군인 또는 이러한 해당인의 배우자/부양 가족이 있습니까? 예 아니요
- 현금 혜택을 위해 자녀와 관련된 우려 사항을 논의하고 싶으십니까?
 (행동화, 학교 문제, 의료적 필요 또는 보육 서비스 찾기 등) 예 아니요
- 혜택을 원하고 고등학교, 칼리지, 직업 학교 학생인 경우, 기재해 주십시오.

	학생 1	학생 2
학생 이름:		
학교/훈련 프로그램 이름:		
학생 유형:	<input type="checkbox"/> 고등학생 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> 졸업생 <input type="checkbox"/> 직업 학교 <input type="checkbox"/> 학부생	<input type="checkbox"/> 고등학생 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> 졸업생 <input type="checkbox"/> 직업 학교 <input type="checkbox"/> 학부생
학점:		
지난 학기, 이번 학기 또는 두 학기 모두 재학?	<input type="checkbox"/> 지난 학기 <input type="checkbox"/> 이번 학기 <input type="checkbox"/> 두 학기 모두	<input type="checkbox"/> 지난 학기 <input type="checkbox"/> 이번 학기 <input type="checkbox"/> 두 학기 모두
재정 지원 신청 또는 수령?	<input type="checkbox"/> 신청 <input type="checkbox"/> 수령	<input type="checkbox"/> 신청 <input type="checkbox"/> 수령

함께 거주하는 다른 구성원들을 위한 추가 공간

가구 구성원 전원에게 대해 아래를 작성해 주십시오. 귀하의 인종 및 민족성 정보를 제공하지 않는 것으로 선택하실 수 있습니다. 이는 귀하의 수혜 자격에 영향을 미치지 않습니다. 이 정보는 1964년 민권법 제VI편에 따른 권리(Title VI of the Civil Rights Act of 1964)를 준수하는 데 도움이 됩니다.

혜택을 원하는 구성원들에 대해 아래에 답변해 주십시오.

성명(성, 이름, 중간 이니셜)

생년월일(mm/dd/yyyy)

관계 (어머니, 아들)

성별: 남성 여성

결혼 상태: 혼인 미혼 사별
 이혼 결혼했지만 별거 상태

민족성: 히스패닉계/라틴계 비히스패닉계/비라틴계

인종: 아시아인 백인
 하와이 원주민/태평양 섬주민
 아메리칸 인디언/알래스카 원주민
 흑인 또는 아프리카계 미국인

해당인을 위한 혜택에 대해 아래에 체크해 주십시오.

없음 식료품 보육
 현금 가정 폭력 지원

해당인에게 장애가 있습니까? 예 아니요

식료품 및 현금 혜택의 경우, 해당인은 미결 상태의 구속 영장을 가지고 있습니까? 예 아니요

최종 이수 교육: _____

사회보장번호: [][][]-[][]-[][][][]

미국 국적: 예 아니요
아닌 경우, 아래 정보를 작성해 주십시오.

외국인 주민 번호: [][][]-[][][]-[][][][]

출생지: _____
(도시/주 또는 국가)

미국 입국일: _____ 오리건 입국일: _____

성명(성, 이름, 중간 이니셜)

생년월일(mm/dd/yyyy)

관계 (어머니, 아들)

성별: 남성 여성

결혼 상태: 혼인 미혼 사별
 이혼 결혼했지만 별거 상태

민족성: 히스패닉계/라틴계 비히스패닉계/비라틴계

인종: 아시아인 백인
 하와이 원주민/태평양 섬주민
 아메리칸 인디언/알래스카 원주민
 흑인 또는 아프리카계 미국인

해당인을 위한 혜택에 대해 아래에 체크해 주십시오.

없음 식료품 보육
 현금 가정 폭력 지원

해당인에게 장애가 있습니까? 예 아니요

식료품 및 현금 혜택의 경우, 해당인은 미결 상태의 구속 영장을 가지고 있습니까? 예 아니요

최종 이수 교육: _____

사회보장번호: [][][]-[][]-[][][][]

미국 국적: 예 아니요
아닌 경우, 아래 정보를 작성해 주십시오.

외국인 주민 번호: [][][]-[][][]-[][][][]

출생지: _____
(도시/주 또는 국가)

미국 입국일: _____ 오리건 입국일: _____

성명(성, 이름, 중간 이니셜)

생년월일(mm/dd/yyyy)

관계 (어머니, 아들)

성별: 남성 여성

결혼 상태: 혼인 미혼 사별
 이혼 결혼했지만 별거 상태

민족성: 히스패닉계/라틴계 비히스패닉계/비라틴계

인종: 아시아인 백인
 하와이 원주민/태평양 섬주민
 아메리칸 인디언/알래스카 원주민
 흑인 또는 아프리카계 미국인

해당인을 위한 혜택에 대해 아래에 체크해 주십시오.

없음 식료품 보육
 현금 가정 폭력 지원

해당인에게 장애가 있습니까? 예 아니요

식료품 및 현금 혜택의 경우, 해당인은 미결 상태의 구속 영장을 가지고 있습니까? 예 아니요

최종 이수 교육: _____

사회보장번호: [][][]-[][]-[][][][]

미국 국적: 예 아니요
아닌 경우, 아래 정보를 작성해 주십시오.

외국인 주민 번호: [][][]-[][][]-[][][][]

출생지: _____
(도시/주 또는 국가)

미국 입국일: _____ 오리건 입국일: _____

* 추가 공간이 더 필요한 경우, 이 시트 뒷면을 참조하십시오.

함께 거주하는 다른 구성원들을 위한 추가 공간

가구 구성원 전원에게 대해 아래를 작성해 주십시오. 귀하의 인종 및 민족성 정보를 제공하지 않는 것으로 선택하실 수 있습니다. 이는 귀하의 수혜 자격에 영향을 미치지 않습니다. 이 정보는 1964년 민권법 제VI편에 따른 권리(Title VI of the Civil Rights Act of 1964)를 준수하는 데 도움이 됩니다.

혜택을 원하는 구성원들에 대해 아래에 답변해 주십시오.

성명(성, 이름, 중간 이니셜) _____

생년월일(mm/dd/yyyy) _____ 관계 (어머니, 아들) _____

성별: 남성 여성

결혼 상태: 혼인 미혼 사별
 이혼 결혼했지만 별거 상태

민족성: 히스패닉계/라틴계 비히스패닉계/비라틴계

인종: 아시아인 백인
 하와이 원주민/태평양 섬주민
 아메리칸 인디언/알래스카 원주민
 흑인 또는 아프리카계 미국인

해당인을 위한 혜택에 대해 아래에 체크해 주십시오.

없음 식료품 보육
 현금 가정 폭력 지원

해당인에게 장애가 있습니까? 예 아니요

식료품 및 현금 혜택의 경우, 해당인은 미결 상태의 구속 영장을 가지고 있습니까? 예 아니요

최종 이수 교육: _____

사회보장번호: _____-_____-_____-_____-_____-_____

미국 국적: 예 아니요
 아닌 경우, 아래 정보를 작성해 주십시오.

외국인 주민 번호: _____-_____-_____-_____-_____

출생지: _____
 (도시/주 또는 국가)

미국 입국일: _____ 오리건 입국일: _____

성명(성, 이름, 중간 이니셜) _____

생년월일(mm/dd/yyyy) _____ 관계 (어머니, 아들) _____

성별: 남성 여성

결혼 상태: 혼인 미혼 사별
 이혼 결혼했지만 별거 상태

민족성: 히스패닉계/라틴계 비히스패닉계/비라틴계

인종: 아시아인 백인
 하와이 원주민/태평양 섬주민
 아메리칸 인디언/알래스카 원주민
 흑인 또는 아프리카계 미국인

해당인을 위한 혜택에 대해 아래에 체크해 주십시오.

없음 식료품 보육
 현금 가정 폭력 지원

해당인에게 장애가 있습니까? 예 아니요

식료품 및 현금 혜택의 경우, 해당인은 미결 상태의 구속 영장을 가지고 있습니까? 예 아니요

최종 이수 교육: _____

사회보장번호: _____-_____-_____-_____-_____-_____

미국 국적: 예 아니요
 아닌 경우, 아래 정보를 작성해 주십시오.

외국인 주민 번호: _____-_____-_____-_____-_____

출생지: _____
 (도시/주 또는 국가)

미국 입국일: _____ 오리건 입국일: _____

성명(성, 이름, 중간 이니셜) _____

생년월일(mm/dd/yyyy) _____ 관계 (어머니, 아들) _____

성별: 남성 여성

결혼 상태: 혼인 미혼 사별
 이혼 결혼했지만 별거 상태

민족성: 히스패닉계/라틴계 비히스패닉계/비라틴계

인종: 아시아인 백인
 하와이 원주민/태평양 섬주민
 아메리칸 인디언/알래스카 원주민
 흑인 또는 아프리카계 미국인

해당인을 위한 혜택에 대해 아래에 체크해 주십시오.

없음 식료품 보육
 현금 가정 폭력 지원

해당인에게 장애가 있습니까? 예 아니요

식료품 및 현금 혜택의 경우, 해당인은 미결 상태의 구속 영장을 가지고 있습니까? 예 아니요

최종 이수 교육: _____

사회보장번호: _____-_____-_____-_____-_____-_____

미국 국적: 예 아니요
 아닌 경우, 아래 정보를 작성해 주십시오.

외국인 주민 번호: _____-_____-_____-_____-_____

출생지: _____
 (도시/주 또는 국가)

미국 입국일: _____ 오리건 입국일: _____

* 추가 공간이 더 필요한 경우, 복사하거나 DHS 0415X를 요청하십시오.

Agency use only	Branch:	Case number:	Worker ID:	Case name:
-----------------	---------	--------------	------------	------------

귀 가구의 근로 및 소득에 대한 정보

귀하 및 귀하가 대리 신청해 주는 구성원에 대해 다음 항목에 답변해 주십시오.

- 여타의 소득을 가지고 있거나 받을 것으로 예상되는 구성원이 있습니까? 예 아니요
'예'일 경우, 질문 2와 3에 답변해 주십시오. **지난 30일간의 소득 증빙이 필요합니다.**
- 근로 소득. 직장과 자영업을 통해 얻은 이달의 임금, 급여 및 커미션에 대해 알려주십시오.
 - 자영업이란 일한 대가로 귀하가 지급을 받지만, 귀하 이외에 귀하에게 급여를 제공하고 세금을 거두는 정식 고용주가 없음을 의미합니다. 귀하는 별도의 은행 계좌를 가진 귀하의 회사를 소유하거나, 귀하에게 현금으로 비용을 지불하는 사람들을 위해 여러 일들을 할 수도 있습니다. 당국은 귀하 또는 귀하의 자녀와 관계된 귀 가구에 있는 구성원에게 이미 지불되었거나 이번 달에 지불 예정인 자금을 대해 파악해야 합니다. **총 소득(세전 및 공제액 이전 총액)**을 사용하십시오.
귀 가구에는 근로 소득이 있는 구성원이 있습니까? 예 아니요
'예'일 경우, 이 페이지를 작성해 주십시오.

근로 소득	직업 1	직업 2	직업 3
근로 당사자:			
고용주 이름:			
고용주 전화번호:			
직책:			
시급:	\$	\$	\$
근무 시간(주당):			
지급 빈도(주급, 월급):			
기타 수당:	<input type="checkbox"/> 팁 <input type="checkbox"/> 추가 근무 <input type="checkbox"/> 보너스 <input type="checkbox"/> 커미션 <input type="checkbox"/> 교대근무 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 팁 <input type="checkbox"/> 추가 근무 <input type="checkbox"/> 보너스 <input type="checkbox"/> 커미션 <input type="checkbox"/> 교대근무 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 팁 <input type="checkbox"/> 추가 근무 <input type="checkbox"/> 보너스 <input type="checkbox"/> 커미션 <input type="checkbox"/> 교대근무 <input type="checkbox"/> 기타
자영업 소득이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
이 사업과 관련된 여타의 비용이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
이번 달 소득:	\$	\$	\$
지난달 소득:	\$	\$	\$
*최근에 소득이 변동되었거나 변동될 예정인 경우, 이유를 명시해 주십시오.			
신규 금액:	\$	\$	\$
변경 날짜:			

- 지난 30일 이내에 실직했거나 일자리를 그만둔 구성원이 있습니까? 예 아니요
'예'일 경우, 누구입니까? _____ 최종 근무일: _____
실직 사유? _____
최종 급여일: _____
- 귀 가구 구성원 중 자원봉사자로 근무하는 구성원이 있습니까? 예 아니요
'예'일 경우, 자원봉사자의 이름: _____ 주 근무 시간? _____

4. 모든 불로 소득을 기재하십시오.

귀 가구 내 직장 이외의 소득원으로부터 소득을 얻는 구성원이 있습니까? 예 아니요

'예'일 경우, 귀하 또는 귀하의 자녀(출산 예정 아동 포함)와 관계된 귀 가구 구성원의 이번 달 소득에 대해 명시해 주십시오.

▶ 증빙 서류를 반드시 제출해야 합니다. 다음을 포함한 소득에 대해 알려주십시오.

- 귀하에게 상환된 대출금
- 장애 수당
- 배당금 또는 투자 이익
- 현금 지원
- 자녀/배우자 부양비
- 산재 보상
- 퇴직 연금
- 보호자 또는 위탁 양육 지불금
- 원주민 지원금
- 생활 보조금 (SSI)
- 사회보장 혜택
- 실업 수당
- 교육 소득(재정 지원 등)
- 재향군인 혜택
- 기타: _____

불로소득	1	2	3
소득 수령인:			
소득원/유형:			
지속 여부:	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
수령 액수:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
수령 빈도(매주, 매월):			
이번 달 불로 소득:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
지난달 불로 소득:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

귀 가구의 비용 관련 정보

부양가족비

1. 보육비 또는 성인 장애인을 돌보는 비용을 지불하는 사람이 있습니까? 예 아니요
 '예'일 경우, 누가 지불합니까? _____ \$ _____ (월)
2. 양육 수당을 받는 경우, 귀하는 본인 부담금 외에 양육비를 지불합니까? 예 아니요
 '예'일 경우, 월 금액 입력. \$ _____ (월)

자녀 보육 필요에 대한 정보

1. 귀하의 근무 일정에 대한 정보를 기재해 주십시오.

부모 1:

평소 근무 시간: 시작 시간 _____ 오전 / 오후 종료 시간 _____ 오전 / 오후
 평소 근무일: 월 화 수 목 금 토 일
 기타 일정(구체적 명시): _____
 참고: 근무 일정이 달라지는 경우, 근무 요일과 시간에 대한 정보를 제공해 주십시오.

부모 2 또는 배우자(가구 내 또는 추가 고용이 있는 경우):

평소 근무 시간: 시작 시간 _____ 오전 / 오후 종료 시간 _____ 오전 / 오후
 평소 근무일: 월 화 수 목 금 토 일
 기타 일정(구체적 명시): _____

2. 보육 서비스 제공자에 관한 정보를 기재해 주십시오.

보육 서비스 제공자: _____ 전화번호: [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] [] []
 서비스 제공자 2: _____ 전화번호: [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] [] []

제공자 선택에 도움이 필요한 경우 다음 연락처로 문의: 211Info(전화 211), 키워드 "children"을 898211번으로 문자 전송, 이메일(children@211.org), 또는 웹사이트(211Info.org) 방문.

3. 귀하는 노숙자이십니까? 예 아니요
 노숙자란 긴급 보호소 거주, 실직 또는 주거지 손실로 다른 세대와 함께 공동 주택에 거주, 모텔, 자동차, 공원, 공공 장소, 야영장 또는 기타 유사한 장소에 거주하는 것을 의미할 수 있습니다.
4. 위탁 아동에 대한 보육 서비스가 필요합니까? 예 아니요
5. 돌보미 또는 부모가 현역 풀타임 군인, 군 예비군 또는 주방위군입니까? 예 아니요
6. 돌봄이 필요한 자녀에 대한 공동 양육권이 있습니까? 예 아니요
7. 귀하는 근로 중 또는 수업에 출석하는 동안 보육 서비스가 필요합니까? 예 아니요
 수업 시간은 귀하가 근로 중이며 연방 재정 지원 자격 대상인 학교를 다니는 경우에만 승인될 수 있습니다. 학교 등록 사본과 현재 수업 일정을 제출해야 합니다.
8. 보육 서비스 요구를 위해, 자녀의 예방 접종(주사) 기록이 최신 상태입니까? 예 아니요
아닌 경우, 자세한 정보는 담당 의사나 지역 보건부에 문의하십시오. 보육 혜택을 받으려면 주정부의 예방 접종 지침 또는 면제 조건에 부합하는 것에 동의해야 합니다.
9. 가구 내 현역 군인인 구성원이 있습니까? 예 아니요
 '예'일 경우 누구입니까?: _____ 풀타임 현역 군인 주방위군 또는 예비군
10. 가족의 자산이 백만 달러(\$1,000,000)를 초과합니까? 예 아니요

**보육 서비스만 신청하는 경우 13페이지로 건너뛰고 13~16페이지를 검토한 후 16페이지에 서명하십시오.
 식료품과 현금 혜택을 신청하려면 계속하십시오.**

주거비

1. 귀하 또는 가구 내 구성원이 주거비를 지불합니까? 예 아니요
 '예'일 경우 아래 내용을 기재하십시오.
 임대료 모기지 임대료/모기지 총액은 얼마입니까? _____

귀하는 총 금액 중 얼마를 지불합니까? \$ _____ 매 <input type="checkbox"/> 주 <input type="checkbox"/> 월 <input type="checkbox"/> 년	화재/위험 보험(별도의 경우): \$ _____ 매 <input type="checkbox"/> 주 <input type="checkbox"/> 월 <input type="checkbox"/> 년	재산세(별도의 경우): \$ _____ 매 <input type="checkbox"/> 주 <input type="checkbox"/> 월 <input type="checkbox"/> 년
귀하가 임대료/모기지를 지불하는 담당자 또는 회사:		당국에서 담당자/회사에 연락할 수 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'일 경우, 전화번호: - -

2. 다음 달 주거비로 동일한 금액을 납부할 예정입니까? 예 아니요
3. 주거비 납부에 대해 도움을 받으십니까? 예 아니요
 '예'일 경우 아래 내용을 기재하십시오.

지급자	지급액 수령인	지급액
		\$
		\$

4. 소득이 없다고 보고한 경우, 주거비를 어떻게 지불합니까?

유틸리티비

1. 귀하의 주택의 난방/냉방비를 납부합니까? 예 아니요
 a) 난방/냉방비가 임대료/모기지에 포함되어 있습니까? 예 아니요
2. 귀하가 지불하는 다른 종류의 유틸리티는 무엇이 있습니까?
 상하수도 쓰레기 전기 가스 전화 기타: _____

법원 명령의 자녀 양육비

1. 귀 가구 내 구성원이 귀 가구 구성원 이외의 타인에게 법원 명령의 자녀 양육비를 지불합니까? '예'일 경우 아래 내용을 기재하십시오. 예 아니요

양육비 지급인	지급액 수령 자녀	지급액
		\$

의료비

1. 귀하가 대리 신청해 주고 있는 해당인이 60세 이상 또는 SSI/SSD 장애인입니까? 예 아니요
 '예'일 경우, 의료 보험비를 포함하여 본인 부담 의료비를 명시해 주십시오.

본인 부담 비용이 있는 해당인	지급액
	\$ _____ (월)

귀 가구의 자원 관련 정보

1. 귀하 또는 귀하가 대리 신청해 주는 해당인이 다음 중 하나를 소유 또는 이에 대해 명의를 있습니까?
 a) 당좌 예금 계좌, 저축 계좌, 신용 조합 계좌, IRA, 401K 예 아니요
 b) 주식, 채권, 금융시장 계정, CD, 신탁 기금 예 아니요
 c) 보유 현금 또는 기타: _____ 예 아니요
- 상기 중 하나에 '예'일 경우, 아래를 작성해 주십시오.

유형	은행명/위치	현재 잔액/가치	귀속인

2. 구성원이 귀하가 거주하고 있지 않은 부동산, 토지 또는 건물을 구매하거나 이를 소유하고 있습니까? 예 아니요
3. 구성원이 경제 가치가 있는 물건을 소유하고 있습니까? (예: 자동차, 트럭, 보트 등) 예 아니요
4. 귀하 또는 귀 가구 구성원이 사고를 당해 보상금을 청구하고 있습니까? 예 아니요
 '예'일 경우 부상 날짜는 언제입니까? _____
 '예'일 경우 MSC 0451, 차량 관련 개인 상해 또는 MSC 0451NV 비차량 관련 개인 상해 양식을 작성하십시오.

Agency use only	<input type="checkbox"/> FUA	<input type="checkbox"/> LUA	<input type="checkbox"/> IUA	<input type="checkbox"/> TUA	<input type="checkbox"/> COS
-----------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

타주의 식료품 혜택 관련 정보

1. 오리건 주의 SNAP 혜택 기한은 3개월입니다. 이 기간 제한은 근로 가능하고 집에 자녀가 없는 18~49세 대부분의 성인에게 적용됩니다. SNAP 혜택을 3년 동안 3개월만 받을 수 있습니다. 다른 주에서 SNAP 혜택을 받았던 개월 수가 오리건 주 기한에 산입될 수 있습니다.

귀하 또는 귀하가 대리 신청해 주는 해당인이 2019년 1월 1일 이후 다른 주에서 SNAP를 받은 적이 있습니까? '예'일 경우, 아래 내용을 기재하십시오. 예 아니요

해당자	주

식료품 및 육아 혜택만 신청하는 경우 12페이지로 건너뛰십시오.
12~16페이지를 검토한 후, 16페이지에 서명합니다.
현금 혜택을 신청하려면 계속하십시오.

TANF 관련 기간 정보

1. 오리건 주는 빈곤 가정 임시 지원(TANF)에 대해 60개월의 시간 제한을 두고 있습니다. 귀하가 다른 주 또는 부족 TANF 프로그램을 통해 TANF를 받았던 개월 수가 오리건 주 기한에 산입될 수 있습니다.

귀하 또는 귀하가 대리 신청해 주는 해당인이 1996년 이후 다른 주 또는 부족 TANF 프로그램을 통해 TANF를 받았습니까? 예 아니요
'예'일 경우, 아래 내용을 기재하십시오.

해당자	주 또는 부족	TANF를 받은 개월 수

부족 신분 관련 정보

1. 귀하가 대리 신청해 주는 해당인이 오리건의 연방 정부 공인 9개 부족 중 하나의 구성원입니까? '예'일 경우, 어떤 부족입니까? 예 아니요

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 번즈 파이우트 부족 | <input type="checkbox"/> 클래머스 부족 |
| <input type="checkbox"/> 쿠스, 로우어 엄과 및 시슬로 인디언의 동맹 부족 | <input type="checkbox"/> 실레츠 동맹 부족 |
| <input type="checkbox"/> 코퀼 인디언 부족 | <input type="checkbox"/> 우마틸라 동맹 부족
인디언 보호구역 |
| <input type="checkbox"/> 엄과 인디언의 코우 크리크 집단 | <input type="checkbox"/> 워름 스프링즈 동맹 부족 |
| <input type="checkbox"/> 그랑 룬데 동맹 부족 | |

2. 귀하가 대리 신청해 주는 해당인이 여타의 다른 연방 정부 공인 부족의 구성원입니까?

해당자	부족

거주하고 있는 커뮤니티 관련 정보

1. 귀하는 다음 중 하나에 거주합니까?

인디언 보호구역
'예'일 경우, 지역? _____ 예 아니요

종속적 인디언 커뮤니티
'예'일 경우, 지역? _____ 예 아니요

인디언 지정 구역
'예'일 경우, 지역? _____ 예 아니요

귀 가구의 장애 관련 정보

1. 귀하가 대리 신청해 주는 구성원이 12개월 이상 지속될 장애가 있습니까?
 예 아니요 '예'일 경우, 누구입니까? _____

2. 귀하의 가구 내 구성원이 사회보장국을 통해 장애 수당 신청을 신청했거나 신청을 고려한 적이 있습니까? 예 아니요
'예'일 경우, 신청 결과: 승인됨 거부됨 미결

귀하의 가구에 거주하지 않는 부모 관련 정보

중요 - 서비스를 신청함으로써, 귀하는 당국이 친부 관계를 설정(법적으로 자녀의 아버지임을 명시)하고 해당 부모가 귀하 또는 자녀를 해치지 않을 것으로 판단되는 경우 귀 가구에 거주하지 않는 부모로부터 자녀 양육비를 추적하게 합니다.

1. 귀 가구 내 구성원이 임신한 경우, 자녀의 친부가 집에서 함께 살고 있습니까? 예 아니요
2. 자녀의 부모 중 자녀의 집에서 함께 살지 않는 부모가 있습니까? 예 아니요
 '예'일 경우, 자녀가 아직 출생하지 않았더라도 부모를 기재해 주십시오. 또한, 귀하가 18세 미만이고 부모와 함께 살고 있지 않는 경우 귀하의 부모를 기재해 주십시오. **최대한 많은 정보를 알려 주십시오**

a) 무재 부모 1

성명(이름, 중간 이니셜, 성):		해당인은 본인의: <input type="checkbox"/> 배우자 또는 전 배우자 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 동거인 또는 전 동거인 <input type="checkbox"/> 의붓 자녀 <input type="checkbox"/> 기타: _____	
성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성	생년월일: (월, 일, 년): 사회보장번호(아는 경우):	_ _ - _ - _ _ _	
주소:	시:	주:	우편번호:
전화번호: _ _ - _ _ - _ _ _	해당 부모가 자녀와 함께 살지 않게 된 날짜(월, 일, 년):		
해당 부모가 매주 자녀와 함께 보내는 시간: 이때 자녀의 집에서 보내는 시간은 어느 정도입니까?		이 신청서에 귀하가 작성한 해당 부모의 자녀를 기재해 주십시오.	
부재 아버지인 경우, 친자 관계가 법적으로 확립되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름			
당국에서 친자 확인 또는 건강 보험에 대해 조회하고자 하는 경우, 해당 부모가 귀하 또는 자녀를 해칠 수 있다고 생각하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			

b) 부재 부모 2

성명(이름, 중간 이니셜, 성):		해당인은 본인의: <input type="checkbox"/> 배우자 또는 전 배우자 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 동거인 또는 전 동거인 <input type="checkbox"/> 의붓 자녀 <input type="checkbox"/> 기타: _____	
성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성	생년월일: (월, 일, 년): 사회보장번호(아는 경우):	_ _ - _ - _ _ _	
주소:	시:	주:	우편번호:
전화번호: _ _ - _ _ - _ _ _	해당 부모가 자녀와 함께 살지 않게 된 날짜(월, 일, 년):		
해당 부모가 매주 자녀와 함께 보내는 시간: 이때 자녀의 집에서 보내는 시간은 어느 정도입니까?		이 신청서에 귀하가 작성한 해당 부모의 자녀를 기재해 주십시오.	
부재 아버지인 경우, 친자 관계가 법적으로 확립되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름			
당국에서 친자 확인 또는 건강 보험에 대해 조회하고자 하는 경우, 해당 부모가 귀하 또는 자녀를 해칠 수 있다고 생각하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			

* 부모를 추가할 경우 이 페이지를 복사해 사용하십시오.

현금 혜택 관련 정보

현금 혜택은 빈곤 가정 임시 지원(TANF) 또는 난민 현금 지원(RCA)이라고도 합니다. 현금 혜택은 식료품, 의복, 보호소 및 시설 등 가족의 기본 요구를 충족시키기 위함입니다.

오리건 주 대부분의 현금 혜택은 전자 혜택 이체(Electronic Benefit Transfer, EBT) 카드를 통해 발급됩니다. 이를 오리건 트레일 카드(Oregon Trail Card)라고 합니다. 다음의 장소에서는 오리건 트레일 카드를 사용하여 현금 지원금을 인출하거나 사용할 수 없습니다.

- 주류점. 여기에는 오직 또는 대부분 맥주 또는 와인만 판매하는 소매업체가 포함됩니다.
- 카지노, 도박 카지노 또는 게임 시설.
- 공연자가 옷을 벗거나 옷을 입지 않은 상태에서 공연하는 성인 엔터테인먼트를 제공하는 소매업체. 여기에는 오직 또는 대부분 성인용 비디오나 영화를 판매하거나 제공하는 성인용 비디오 상점이 포함됩니다.
- 마리화나 판매점.

다음에 이러한 제한 사항이 적용됩니다.

- 오리건 내
- 오리건 외
- 부족 영토

이러한 제한 사항은 개인 은행 계좌의 현금 혜택에도 적용됩니다.

가족을 위해 현금 신청을 할 경우:

여타의 부상 청구에 대해 유치권을 설정할 주정부의 권리 및 지급액 "양도"

지원 자격을 얻으려면, 귀하 또는 앞으로 태어날 자녀를 포함하여 귀하의 가족 구성원을 위해 DHS가 양육비/부양비를 받고, 다음으로부터 지원금을 받거나 받을 권리를 보유하게 해야 합니다.

• 자동차 사고 등 부상과 관련하여 비용을 부담할 책임이 있는 다른 사람, 사업체 또는 재원
DHS가 취할 수 있는 금액에는 한도가 있습니다. 귀하와 귀하 가족에 대해 지불했던 현금 혜택보다 더 많은 금액을 취할 수는 없습니다.

귀하는 이 양식에 서명함으로써 DHS가 그러한 금액들을 찾아서 받도록 도와주는 것에 동의하는 것입니다. 귀하 또는 혜택을 받는 가족 구성원이 사고를 당하거나 다른 사람이나 사업체에 의해 부상을 입었을 경우, 10일 이내에 DHS에 알려야 합니다. 주에서 해당 청구권의 비용에 대해 유치권을 설정할 수 있습니다.

가족을 위해 현금 신청을 할 경우:

"지원금 양도"에 관하여 알아야 할 사항

"지원금"이란 귀하나 자녀를 위해 받는 돈(예: 이혼/별거 수당, 자녀 양육비)을 의미합니다.

현금으로 받을 경우, 귀하나 가족이 다른 사람으로부터 받는 지원금을 받을 권리를 주에 "양도"하게 됩니다. 이 돈은 주에서 귀하가 받는 현금을 총당하는 데 사용됩니다.

참고: 이 규정은 귀하가 JOBS Plus, SFPSS(State Family Pre-SSI/SSDI) 프로그램, Post-TANF 프로그램에서 현금 혜택을 받는 동안 또는 편부모 가족이 아닌 경우 또는 귀하가 고용 지급액을 받는 경우에는 적용되지 않습니다.

즉 귀하가 현금 혜택을 받는 동안 다음 내용이 적용됩니다.

귀하 및 가족이 받는 (현재 및 기한이 경과한 지불금에 대한) 지원금 일부를 주정부에서 가져갑니다. 주에서 자녀 양육비 전액을 가져가지는 않습니다. 주에서 매월 자녀당 받는 현재 자녀 양육비 월 \$50, 가족당 월 최대 \$200를 귀하에게 송금합니다. 귀하의 자격 및 혜택을 판단할 때 이 금액은 소득에 산입하지 않습니다.

참고: 귀하가 현금 지원 신청자이며 SFPSS 또는 JOBS Plus 대상자이거나 또는 편부모 가족이 아닌 경우에는 일반적으로 주에서 자녀 양육비를 가져가지 않습니다. 자격 및 혜택을 판단할 때, 현재 받는 자녀 양육비 자녀당 월 \$50(가족당 월 최대 \$200)는 월 소득에 산입되지 않습니다.

귀하가 현금 프로그램에서 탈퇴할 경우

- 현재 지원금이 귀하에게 지급됩니다.
- 현금 지원을 받던 개월에 대해 납부 기한이 경과한 금액은 주에서 가져갑니다.
- 현금 지원을 받지 않던 개월에 대해 납부 기한이 경과한 금액은 귀하에게 지급될 수 있습니다.

자녀 양육비 관련 작업

현금 혜택을 받는 동안 주정부의 자녀 지원 프로그램(Child Support Program)을 통해 작업해야 합니다.

유의사항: 이 작업이 귀하나 자녀에게 위험할 수 있다고 생각되면 자녀 지원 작업을 수행할 필요가 없습니다.

자녀 양육비 관련 작업의 의미

- 자녀를 위해 다른 한 명의 부모를 찾도록 도와주는 작업(귀하나 자녀에게 위험하지 않다고 생각할 경우)
- 자녀의 아버지를 합법적으로 지명함(친부 확인)
- 양육 지원 명령을 받음

TANF 프로그램 처벌 관련 정보

귀하가 빈곤 가정 임시 지원(TANF) 및/또는 난민 현금 지원(RCA)을 받기 위해 의도적으로 다음을 수행할 경우, 처벌을 받게 됩니다.

- 귀하 또는 귀하가 대리 신청하는 해당인에 대한 허위 정보 제공 시
- 귀하 또는 귀하가 대리 신청하는 해당인에 대한 정보 은폐 시
- 귀하의 거주지와 관련해 허위 정보 제공 시

해당 행위 처음 위반 시, 12개월 동안 TANF를 받지 못하게 됩니다. 두 번째 위반 시, 24개월간 TANF를 받지 못하게 됩니다. 세 번째 위반 시에는 앞으로 TANF를 전혀 받지 못하게 됩니다. 또한 귀하의 혜택이 아닌 TANF를 수령한 경우, 전액 상환해야 합니다. 귀하가 당국에 사실이 아닌 내용을 말했거나 사실인 내용을 말하지 않은 경우, TANF 수령액을 적게 받은 경우이라도 식료품 혜택이 인상되지 않습니다.

보조 영양 지원 프로그램(SNAP) 처벌에 관한 정보

아래 해당 행위를 할 경우	아래 해당 기간 동안 식료품 혜택을 상실하게 됨
<ul style="list-style-type: none"> 정보를 숨기거나 허위 진술을 함 다른 사람의 전자 혜택 이체(Electronic Benefit Transfer, EBT) 카드를 사용 식료품 혜택을 사용하여 술이나 담배를 구매 혜택 또는 EBT 카드를 거래하거나 판매 오로지 현금 상환을 위해 용기 폐기 식료품 혜택으로 구매한 식료품을 현금을 받고 재판매 	<ul style="list-style-type: none"> 첫 위반 시 12개월 두 번째 위반 시 24개월 세 번째 위반 시 영구적으로 상실
<ul style="list-style-type: none"> 식료품 혜택을 마약 등 규제 약물과 교환 	<ul style="list-style-type: none"> 첫 위반 시 24개월 두 번째 위반 시 영구적으로 상실
<ul style="list-style-type: none"> 식료품 혜택을 화기, 탄약 또는 폭발물과 교환 	<ul style="list-style-type: none"> 영구적으로 상실
<ul style="list-style-type: none"> \$500 이상의 식료품 혜택을 거래, 구매 또는 판매 	<ul style="list-style-type: none"> 영구적으로 상실
<ul style="list-style-type: none"> 추가 식료품 혜택을 받기 위해 자신의 신원 또는 거주지와 관련하여 허위 정보를 제공 	<ul style="list-style-type: none"> 위반 건당 10년
<p>이러한 행위를 하면 최대 \$250,000의 벌금이 부과되거나, 최대 20년의 징역에 처하거나, 이 두 가지 처벌을 모두 받을 수도 있습니다. 또한 연방 법률에 따라 고발당할 수도 있습니다.</p>	
알면서도 아래 행위를 할 경우	아래의 처벌을 받을 수 있음
<ul style="list-style-type: none"> 타인의 EBT 카드를 사용 EBT 카드를 타인에게 양도 본인 소유가 아닌 EBT 카드를 취득하거나 보유 	<ul style="list-style-type: none"> 중죄 또는 경범죄 판결을 받음 벌금이 부과됨 징역형에 처함 일정 기간 식료품 혜택의 자격이 상실됨

당국의 차별 금지 정책

사회복지부(DHS)는 누구도 차별하지 않습니다. 즉 DHS는 자격이 있는 모든 사람을 지원하며 연령, 인종, 피부색, 출신 국가, 성별, 종교, 정치적 신념¹, 장애 또는 성적 성향²을 이유로 차별 대우를 하지 않습니다.

DHS가 다음의 이유로 차별 대우를 하였다고 생각되면 이의를 제기할 수 있습니다. 주에 이의 신청을 하려면 주지사 지원실 전화 1-800-442-5238(TTY 711)번으로 연락하거나 아래 주소로 서면 요청하십시오.

Governor's Advocacy Office
500 Summer Street NE, E17
Salem, OR 97301
이메일: DHS.info@state.or.us

"기회 균등이 원칙입니다!"

미국 농무부(USDA) 및 보건사회복지부(USDA)는 균등 기회 제공자이자 고용주입니다. 요청이 있을 경우 장애인에게 보조 지원 및 서비스를 제공합니다.

USDA 및 HHS에 이의 신청을 제기하려면 "고객 차별 이의 신청 정보" 양식(DHS 9001)을 확인하시기 바랍니다. 이 양식은 "정보 및 소개 자료"(DHS 6609)에서 찾을 수 있습니다.

귀하의 사회보장번호가 필요한 이유

사회보장번호(SSN) – 연방법(42 USC 1320b-7(a) 및 (b), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920 및 42 CFR 457.340(b)) 및 DHS 규정(OAR 461-120-0210)에서는 현금 또는 식료품 혜택을 신청하는 모든 사람이 DHS에 본인의 SSN를 제시하도록 요구합니다. SSN을 제공하면 신청서 처리 속도가 빨라질 수 있습니다. SSN이 없는 사람에 대해서는 www.ssa.gov를 참조하십시오.

- DHS는 귀하가 혜택 수혜 대상자인지를 결정하는 데 도움을 얻기 위해 귀하의 SSN을 사용합니다. 귀하의 SSN은 소득 및 기타 자산의 확인, 그리고 다른 주나 연방 정부의 기록, 즉, IRS, Medicaid, 자녀 양육비, 사회보장, 실업 혜택 및 기타 공공 지원 프로그램과 일치하는지 확인하기 위해 사용됩니다.
- DHS는 귀하가 신청하거나 혜택을 받는 프로그램의 재원에서 요구하는 종합 정보 또는 보고서를 작성하기 위해 귀하의 SSN을 사용할 수도 있습니다.
- DHS는 다음의 목적을 위해 귀하의 SSN을 사용 또는 공개할 수 있습니다.
 - 신청 대상 프로그램 또는 혜택을 받는 프로그램의 운영을 위해 필요할 경우
 - 품질 평가 및 개선 활동을 수행할 목적
 - 정확한 지급액 확인 및 과다 지급한 혜택의 환수 목적
 - 한 사람이 두 가구 이상에서 혜택을 받는 일이 없도록 확인할 목적

난민 현금 지원에는 사회 보장 번호가 필요하지 않습니다.

¹SNAP 클라이언트들은 정치적 신념 차별로부터 보호를 받습니다.

²오리건 주에서는 성적 성향을 보호하지만 연방 법은 그렇지 않습니다.

귀하의 권리와 책임에 관한 정보

아래에 서명함으로써 본인은 다음에 동의합니다.

- 본인은 본인이 난민 케이스 서비스 프로젝트(RCSP)에 포함된 경우 "DHS"라는 용어에 DHS 계약자가 포함되어 있음을 이해합니다.
- 본인은 DHS에 진실되고 정확하며 완전한 정보를 제공했습니다.
- 본인은 허위 진술을 하거나 정보를 숨기는 것이 주정부 및 연방 정부의 벌금 부과를 의미할 뿐만 아니라 과다 지급된 액수를 상환해야 함을 의미할 수 있음을 이해합니다(여기에는 현금 혜택을 위한 위임 대리인이 포함됨).
- DHS가 본인의 케이스를 검토할 수 있습니다. 여기에는 본인의 자택 방문이 포함될 수 있습니다.
- 본인은 오리건 주민임을 선언합니다.
- 본인은 DHS에서 요청 시, 본인이 DHS에 제공한 정보의 변경 사항을 보고할 것입니다.
- 본인은 본인과 본인이 대리 신청하는 다른 사람과 관련해 사실의 시민권 정보를 제공했습니다.
- 본인은 DHS에서 신청하거나 혜택을 받는 사람들의 체류 신분을 확인할 것임을 알고 있습니다. 본인은 미국 이민국(United States Citizenship and Immigration Service, USCIS)으로부터 DHS가 받은 정보가 혜택을 받는 사람에게 영향을 줄 수 있음을 알고 있습니다. **DHS는 혜택을 원하지 않는 사람에 대해 USCIS에 문의하지 않습니다.**
- 본인은 사법부(DOJ), 아동지원국(DCS)에서 본인의 자녀 양육 기록을 DHS에 공개하도록 허가합니다.
- 식료품 혜택(SNAP)을 신청하는 이 양식에 기재된 60세 미만 성인은 주정부의 고용 프로그램에 등록되게 됩니다. 본인이 향후 사람들을 프로그램에 추가할 경우, 해당인들 역시 등록됩니다.
- 본인이 혜택을 원하는 다른 사람의 사회보장번호를 DHS에 제공하지 않으면 해당인은 혜택을 받지 못할 수도 있습니다.
- 본인이 보호소 이용비, 의료비, 보육비 및 법원 명령의 자녀 양육비를 신고하지 않는 경우 DHS는 본인의 혜택 계산 시 해당 비용을 사용하지 않을 것입니다.
- DHS는 소득 및 자격 검증 시스템(Income and Eligibility Verification System, IEVS) 데이터를 요청하고 사용할 것이며, 이 정보는 자격 및 혜택 수준에 영향을 줄 수 있습니다. 여기에는 정보상의 불일치가 발견될 때 제3자 연락을 통한 검증이 포함됩니다. 제3자 연락이란 은행, 소득 및 실업-수당 기록과의 일치 여부가 포함될 수 있습니다.
- 본인은 DHS가 13페이지에 명시된 목적으로 본인의 SSN과 본인이 신청한 각 개인의 SSN을 사용하거나 공개할 수 있음을 이해합니다.
- DHS는 이 신청서상의 정보를 다음에 제공할 수 있습니다.
 - 심사를 수행하는 연방 및 주정부 기관
 - 법 집행관(법망을 피해 도망다니는 사람의 체포 목적)
 - 연방 및 주정부 기관 및 개인 미수금 처리 대행사(본인이 DHS에 혜택을 상환해야 하는 경우)
- DHS는 이 정보를 사용하여 본인이 DHS로부터 받는 기타 공공 지원 프로그램을 관리할 수 있습니다.
- 본인은 DHS에서 본인의 오리건 트레일 카드를 통해 TANF 현금 혜택 사용처나 오리건 트레일 카드를 사용하여 TANF 현금 혜택의 인출처를 추적할 수 있음을 이해합니다. 본인은 또한 다음 장소에서 오리건 트레일 카드를 사용하여 TANF 현금 혜택을 사용하거나 TANF 현금 혜택을 인출할 수 없음을 이해합니다.
 - 주류점. 여기에는 오직 또는 대부분 맥주 또는 와인만 판매하는 소매업체가 포함됩니다.
 - 카지노, 도박 카지노 또는 게임 시설.
 - 공연자가 옷을 벗거나 옷을 입지 않은 상태에서 공연하는 성인 엔터테인먼트를 제공하는 소매업체. 여기에는 오직 또는 대부분 성인용 비디오나 영화를 판매하거나 제공하는 성인용 비디오 상점이 포함됩니다.
 - 마리화나 판매점.

다음에 이러한 제한 사항이 적용됩니다.

- 오리건 내
- 오리건 외
- 부족 영토

이러한 제한 사항은 개인 은행 계좌의 현금 혜택에도 적용됩니다.

- 본인은 이 양식에 서명한 해당인이 본인의 케이스에 과다 지급액이 있을 때 DHS에 혜택을 상환해야 함을 이해합니다. 본인과 함께 신청해야 하는 다른 개인 및 위임 대리인 또한 과다 지급액에 대한 책임이 있습니다.
- 본인은 신청서 사본을 종이 또는 전자 양식으로 요청할 수 있음을 이해합니다.
- **현금 혜택 신청자** — 본인은 10~11페이지에 명시된 바와 같이 주정부에 지원금 지급액을 유지할 권리를 부여하고 있습니다. 본인은 본인 또는 자녀에게 위험을 초래할 경우, 자녀 양육비 프로그램과 협력할 필요가 없음을 이해합니다.
- **현금 및 식료품 혜택 신청자** — 본인은 부족 식료품 분배(Tribal Food Distribution) 프로그램과 SNAP 프로그램에서 동시에 식료품 혜택을 받을 수 없음을 이해합니다. 본인은 또한 부족에서 나오는 부족 TANF와 DHS에서 나오는 TANF 현금 혜택을 동시에 받을 수 없습니다.
 - 본인은 허위 진술에 대한 처벌에 따라 시민권, 소득, 자원, 재산에 관한 진술 및 본인이 DHS와 계약자에게 제공한 기타 모든 정보를 포함해 본인의 가구 구성원에 대한 진술이 사실이며 정확함을 명시합니다.
 - 본인은 DHS에 제공한 정보에 대한 증빙 서류를 제시할 것입니다. 본인은 또한 DHS에서 증빙 서류를 얻기 위해 다른 사람 및 기관에 연락할 수 있게 할 것입니다.
- **고용 관련 데이케어 신청자** — 본인은 본인이 받는 모든 보육 혜택이 오리건 국세청(Department of Revenue)에 신고되어 세금 부채 및/또는 잠재적 수익에 영향을 줄 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 부모로서 보육 서비스 제공자가 돌봄 제공을 위해 본인의 거주지를 방문하도록 선택할 수 있음을 이해합니다. 서비스 제공자가 본인의 거주지에서 돌봄을 제공하는 경우, 본인은 연방법에 따라 해당 제공자의 고용주로 간주될 수 있습니다. 고용주로서 본인은 연방 최저 임금 및 초과 근무 수당을 이행해야 합니다.

고용주 프로그램에 대한 BOLI 기술 지원(BOLI Technical Assistance for Employers Program)을 다음에서 구하실 수 있습니다.

- **웹페이지:** <https://www.oregon.gov/boli/ta/Pages/index.aspx>
- **이메일:** bolita@boli.state.or.us
- **전화번호:** 971-673-0824

연방 최저 임금 규정은 공정근로기준법(Fair Labor Standards Act, FLSA)에 포함되어 있습니다. 공정근로법에 대한 자세한 사항 및 귀하의 고용주 여부를 판단하려면 다음을 수행하시기 바랍니다.

- **웹페이지 방문:** <https://www.dol.gov/compliance/guide/minwage.htm>
- **수신자 부담 무료 정보 및 전화 상담 서비스로 전화:** 1-866-4USWAGE(1-866-487-9243)

16페이지로 계속 진행하여 관련 내용 검토 후 서명하십시오.

선언 및 서명

본인은 상기 및 DHS 0415R 양식에 설명된 본인의 권리와 책임을 읽고 이해하였으며, 이 양식의 사본을 가지고 있습니다.

신청자/위임 대리인의 전체 법적 서명 _____

날짜 _____

다른 부모, 배우자 또는 다른 성인의 전체 법적 서명 _____

날짜 _____

직원 증인 서명 _____

날짜 _____

귀하에게 연락하는 가장 좋은 방법은 무엇입니까?

전화번호: _____

이메일: _____

기타: _____

귀하에게 연락하는 가장 좋은 요일과 시간은 언제입니까? _____

투표자 등록

지금 사는 곳에 투표자 등록을 하지 않았다면, 오늘 투표 등록을 신청하시겠습니까?

예 아니요

투표 등록 신청 또는 등록 거부하는 이 기관에서 귀하에게 제공하게 될 지원금에 영향을 미치지 않습니다.