



**메사추세츠주
노인 SNAP 혜택 신청서**
(60세 이상 개인 또는 커플)



SNAP 혜택을 어떻게 신청하면 됩니까?

- 업로드: [DTA Connect](#)
- 팩스: **617-887-8765**번:
- 우편으로 보낼 주소: **DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420**
- 스캔: 현지 **DTA** 사무실:

성:	이름:	중간 이름:
집 주소:	시, 주, 우편번호:	
우편주소(다를 경우):	시, 주, 우편번호:	
전화 번호:	노숙자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
현재 살고 있는 곳은 어떤 주거 유형입니까? <input type="checkbox"/> 민간 주택 <input type="checkbox"/> 주거 시설 <input type="checkbox"/> 보호소 <input type="checkbox"/> 전환 주택 <input type="checkbox"/> 이주자 캠프장 <input type="checkbox"/> 임시 주거지 <input type="checkbox"/> 공공 주택 <input type="checkbox"/> 상업용 하숙집 <input type="checkbox"/> 기타		
본인은 아래 조항에 동의하여 서명합니다. <ul style="list-style-type: none"> • 본인은 권리와 책임에 관한 섹션을 포함한 양식서 전체를 읽었으며(또는 본인이 이해하는 언어로 누군가 읽어 주었으며) 해당 규칙을 준수해야 함을 이해했습니다. • 본인이 아는 이상, 본인이 제공하는 정보는 참되며 완전합니다. • 고의로 틀린 정보나 불완전한 정보를 제공할 경우 감옥에 가거나 벌금을 물어야 할 수도 있다는 것을 이해합니다. • DTA 및 기타 연방, 주 및 지역 공무원은 본인이 제공하는 모든 정보를 검증(확인)할 수도 있다는 것을 이해합니다. 		
서명:	일자:	

- 저희는 귀하의 성함, (해당하는 경우) 주소와 서명이 있으면 신청서를 수락할 것입니다.
- 승인이 날 경우 SNAP 혜택이 DTA가 귀하로부터 신청서를 받은 날짜로부터 발행될 것입니다.
- 귀하가 월요일에서 금요일까지, 오전 8시 15분에서 오후 4시 45분 사이에 1-833-712-8027로 전화해서 인터뷰를 마치십시오.

다음 사항에 해당될 경우 7일 이내에 SNAP 혜택을 받을 수 있습니다.

- 귀하의 총소득과 은행 예금을 합친 금액이 매월 주택 비용보다 적은 경우, 또는
- 월 총소득이 150불 미만이며 은행구좌에 있는 돈이 100불 미만인 경우, 또는
- 계절 근로자이며 은행구좌에 있는 돈이 100불 미만인 경우.

메사추세츠주 전자이체(EBT) 카드를 소지하고 계십니까?

예 아니요

케이스가 마감되었다가 다시 시작된다 하더라도 EBT 카드는 계속 유효할 수 있습니다. EBT 카드가 없는 경우, 저희 측에서 카드를 우편으로 발송하거나 현지 사무소에서 발행할 수 있습니다. 이는 귀하의 자격 조건이 충족되는 경우 저희가 자격여부를 결정하기 전에 가능한 한 빠른 시일 내에 혜택을 이용할 수 있도록 하기 위한 것입니다. EBT 카드를 받으면 사용 방법에 대한 추가 정보도 받게 됩니다.



장애로 인해 도움이 필요한 경우 저희와 함께 보다 쉽게 일을 진행할 수 있도록 숙박 시설을 제공받을 수 있습니다.

숙박 시설을 요청하거나 신청에 대한 도움이 필요할 경우 1-877-382-2363으로 전화하십시오.



장애가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
장애가 있을 경우 어떤 소통 방식을 선호합니까?	<input type="checkbox"/> 대면 방식	<input type="checkbox"/> 수화 - 대면 방식
	<input type="checkbox"/> 전화 통화	<input type="checkbox"/> 수화 - VRS(비디오 통역 서비스) 귀하의 VRS 폰 #: _____
MassHealth에서 장애가 있음을 인증했습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요

DTA에서 귀하에게 마감일, 케이스 정보, 사무소 휴무일 및 기타 중요한 정보에 대한 문자 메시지를 보낼 수도 있습니다. 문자 메시지와 데이터 요금이 부과될 수 있습니다.

DTA에서 발송하는 문자 메시지 수신을 **원하지 않을 경우** DTA Connect를 옵트아웃하면 되며, 문자를 받았을 때 1-877-382-2363으로 전화하거나 옵트아웃이라고 문자를 보내면 됩니다.

본인 정보		
사회 보장 번호:	생년월일:	성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성
미국 시민입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		어떤 언어로 소통하기를 원하십니까? _____
참고: SNAP를 신청하지 않는 비시민권자는 사회 보장 번호나 시민 신분을 통보하지 않아도 됩니다.		
다음 중 어떤 인종에 속합니까?*		
<input type="checkbox"/> 흑인 또는 미국 흑인	<input type="checkbox"/> 미국 인디언 또는 알래스카 원주민	<input type="checkbox"/> 백인
<input type="checkbox"/> 아시아인	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 태평양계인	
다음 중 어떤 민족에 속합니까?*		
<input type="checkbox"/> 히스패닉계 또는 라틴 계임 <input type="checkbox"/> 히스패닉계 또는 라틴계가 아님		
* 귀하의 답변이 자격여부에 영향을 미치지 않는 것입니다. 저희는 모든 사람이 인종이나 피부색 또는 출생 국가에 상관 없이 공정하게 대우받을 수 있도록 하기 위해 이러한 질문을 드리는 것입니다. 답변하기를 원하지 않을 경우 해당 칸을 비워두십시오.		

가족 구성원 수

다른 사람들과 함께 살고 있습니까? 예 아니요

예일 경우 아래 칸을 작성해 주십시오. 22 세 미만의 자녀, 귀하의 배우자 및/또는 귀하와 함께 대부분의 식품을 구입하거나 음식을 조리하는 다른 가족 구성원을 열거해 주십시오.

이름	생년월일	사회 보장 번호	귀하와는 무슨 관계입니까?	해당 가족 구성원이 미국 시민입니까?	해당 구성원이 SNAP 혜택을 신청합니까?
				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

소득

고용, 실업 수당, 자녀 양육비, 사회보장연금, SSI, 산재 보상, 재향군인 수당, 연금 또는 임대 소득과 소득이 있는 사람이 있습니까? 예 아니요

예일 경우 아래 칸을 작성해 주십시오.

소득이 있는 가족 구성원	소득 유형	주기	총액
		<input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 매달 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 기타:	
		<input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 매달 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 기타:	
		<input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 매달 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 기타:	

주거 비용

주거 비용 지불을 책임지는 가족 구성원이 있습니까?

예일 경우 아래 칸을 작성해 주십시오.

유형:

금액:

주기:

집세

\$ _____

매달

분기별

매년

기타:

모기지

\$ _____

매달

분기별

매년

기타:

재산세*

\$ _____

매달

분기별

매년

기타:

주택 보험료*

\$ _____

매달

분기별

매년

기타:

콘도 관리비

\$ _____

매달

분기별

매년

기타:

기타

\$ _____

매달

분기별

매년

기타:

* 재산세와 주택 보험료가 담보 대출금에 포함되어 있는 경우 해당 칸을 비워 두십시오.

전기/수도/가스 공과금 요금

주거 비용과 **별도로** 전기/수도/가스 공과금 요금 지불을 책임지는 가족 구성원이 있습니까?

예 아니요

예일 경우, 해당되는 모든 전기/수도/가스 공과금 요금에 체크 표시하십시오.

난방비(오일, 가스, 전기 또는 프로판 가스 등)

전기비 및/또는 가스비(난방용이 아닌);
수도세; 오수 처리비; 쓰레기 처리비

하절기 에어컨 전기비

하절기 에어컨 사용료

전화 또는 휴대폰 사용료(선불 전화 포함)

부양가족 보호 비용

성인 부양가족을 위해 지출되는 비용을 책임질 사람이 있습니까? 예 아니요

예일 경우 아래 칸을 작성해 주십시오.

<u>부양가족 이름</u>	<u>지출 금액</u>	<u>주기</u>		
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 매주	<input type="checkbox"/> 격주	<input type="checkbox"/> 매달
		<input type="checkbox"/> 기타:		
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> 매주	<input type="checkbox"/> 격주	<input type="checkbox"/> 매달
		<input type="checkbox"/> 기타:		

부양가족 의료 제공자에 내원하십니까? 예 아니요

예일 경우 아래 칸을 작성해 주십시오.

<u>부양가족 이름</u>	<u>의료 제공자의 주소</u>	<u>주당 자동차 이용 횟수</u>		<u>자동차를 이용하지 않는 경우: 대중 교통비, 택시비, 셔틀 버스비 등</u>
		목적지	출발지	

의료비

본인 부담 의료비를 지불해야 하는 60세 이상 부양가족
 및/또는 장애가 있는 부양가족이 있습니까?

예 아니요

예일 경우 아래 칸을 작성해 주십시오.

이름

지불 유형

월간 비용 합계

- | | |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 병원 치료 | <input type="checkbox"/> 치과 치료 |
| <input type="checkbox"/> 건강 보험 | <input type="checkbox"/> 의약품 |
| <input type="checkbox"/> 기타(비처방 의약품, 의료 용품 등) | |

- | | |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 병원 치료 | <input type="checkbox"/> 치과 치료 |
| <input type="checkbox"/> 건강 보험 | <input type="checkbox"/> 의약품 |
| <input type="checkbox"/> 기타(비처방 의약품, 의료 용품 등) | |

참고: 미납 상태이거나 지불할 수 없는 경우에도 지불해야 할 비용을 인정받을 수 있습니다.
 의료 비용에는 공동 지불금, 처방약, 비처방약, 건강 보험료, 의료비, 교통비 등이 포함됩니다.

의료 기관(예: 약국, 병원, 치료 기관 등)을 왕래하는 사람이
 있습니까?

예 아니요

예일 경우 아래 칸을 작성해 주십시오.

이름	의료 제공자의 주소	주당 자동차 이용 횟수		주차비, 대중 교통비, 택시비, 셔틀 버스비 등
		목적지	출발지	

다른 주의 SNAP

지난 30일 이내에 메사추세츠 이외의 주에서 SNAP 혜택을 받은 사람이 있습니까?

예 아니요

예일 경우 대상자가 누구입니까?

신청 시 지원받기

전화로 연락할 수 없을 경우 타인이나 기관에 연락하는 것을 허락하시겠습니까?*

예 아니요

예일 경우 아래 칸을 작성해 주십시오.

타인이나 기관 이름: _____

전화 번호: _____

주소: _____

* 이를 지원 제공자/기관이라 부릅니다. 이 역할은 신청 기간 동안에만 유효합니다.

정보 공개 승인

이러한 사람이나 기관에게 DTA와 얘기할 수 있는 권한을 부여하여 귀하의 케이스와 관련된 기밀 정보를 받기를 원하십니까?*

예 아니요

예일 경우 아래 칸을 작성해 주십시오.

타인이나 기관 이름: _____

전화 번호: _____

주소: _____

* 이 역할은 변경사항을 보고하거나 인터뷰를 마칠 수 없습니다. 이 권한은 일 년 후에 만료됩니다.

인증을 위해 승인 받은 대표

양식서에 서명하거나 변경사항을 보고하거나 인터뷰를 완료하거나
귀하의 케이스에 대해 저희와 소통할 수 있는 권한을 기관이나
타인에게 부여하기를 원하십니까?*

예 아니요

예일 경우 아래 칸을 작성해 주십시오.

타인이나 기관 이름: _____

전화 번호: _____

연방 고용주 식별 번호(기관만 해당): _____

* 이 권한은 취소될 때까지 유효합니다.

EBT 거래를 위해 승인 받은 대표

SNAP 혜택을 사용하여 식료품점에 EBT 카드를 받을 권한을 귀하가
믿을 수 있는 사람에게 부여하기를 원하십니까?*

예 아니요

예일 경우 아래 칸을 작성해 주십시오.

타인이나 기관 이름: _____

전화 번호: _____

주소: _____

* 카드가 발급되기 전에 신원이 확인되어야 합니다. 이 권한은 취소될 때까지 유효합니다.

- 승인 받은 대표용으로 발급된 EBT 카드를 취소하려는 경우 1-800-997-2555로 전화하십시오.
- 위의 사람이 해당 역할을 담당하는 것을 취소하려는 경우 1-877-382-2363으로 전화하십시오.

다음은 어떻게 해야 합니까?

귀하의 기록용으로 아래 페이지를 보관해 두십시오.



24/7
ACCESS

전화 걸기

저희 측에서 인터뷰를 위한 전화를 드릴 것입니다. 연락이 안되면 예약된 전화 인터뷰를 위한 서신을 우편으로 보내드립니다. 귀하가 월요일에서 금요일까지, 오전 8시 15분에서 오후 4시 45분 사이에 1-833-712-8027로 전화해서 인터뷰를 해도 됩니다.

증명서 제출하기

필요한 경우, 서류 목록을 보내서 귀하의 자격여부를 확인할 것입니다. 신청일로부터 30일 이내에 서류를 보내주십시오. 도움이 필요하면 저희에게 알려주십시오!

SNAP 혜택 받기

30일 이내에 결정 서신을 우송해 드립니다. 승인이 날 경우에는 EBT 카드로 보조금을 지급해 드릴 것입니다. 탈락된 경우에는 해당 이유를 알려드릴 것입니다.

연락 대기

케이스 상태를 확인하거나 케이스 정보를 업데이트하거나 서류를 업로드하려면 DTAConnect.com을 방문하거나 DTA Connect 모바일 앱을 사용하거나 1-877-382-2363으로 전화하십시오.

추가 정보를 원하거나 도움이 필요하면 **1-833-712-8027**로 전화하거나 웹사이트 Mass.gov/DTA를 방문하십시오.

추가 자원

SNAP 근로로 가는 경로:

SNAPpathtowork.org로 들어가서 SNAP 취업 및 훈련 프로그램을 찾으십시오.

참고: 이것은 SNAP 전용 고객용입니다.

메사추세츠주 2-1-1:

해당 지역의 건강 프로그램이나 복지 프로그램을 알고 싶다면 211번으로 전화하십시오.

SNAP-Ed:

건강한 레시피, 조리 팁 및 가족의 활력을 유지하는 방법을 알아 보려면 SNAP 영양 교육 웹 사이트 MAhealthyfoodsinasnap.org를 방문하십시오!

Project Bread:

현지 식량 자원을 알아 보려면 Project Bread의 식량 자원 핫라인 1-800-645-8333으로 전화하십시오.

검증 옵션

- 이 체크리스트를 사용하여 이 신청서와 함께 확인서를 제출하면 됩니다. 이렇게 하면 신청을 보다 빨리 완료할 수 있습니다!
- 모든 증빙 자료가 없더라도 신청서 제출을 미루지 마십시오! 증빙 자료는 나중에 제출해도 됩니다.
- 자세한 내용은 [Mass.gov/SNAPverifications](https://www.mass.gov/SNAPverifications)를 참조하십시오.

- 소득이 있는 가족 구성원이 있을 경우** 다음과 같은 지난 4주 동안의 총소득(세전) 증명서를 저희에게 보내 주십시오.
- 급여 명세서 또는 지불 기록
 - 수령한 급여 및 근무한 시간에 대한 증명서
 - 자영업자인 경우 다음과 같은 소득 및 사업비가 기재된 업무 서류,
 - Schedule C (1040 IRS 양식)
 - 1099 IRS 양식 또는 기타 납세 기록부
 - 소득 및/또는 사업비가 나와 있는 계산서, 청구서 또는 영수증 등의 기타 기록

- 블로소득이 있는 가족 구성원이 있을 경우** 다음과 같은 월별 액수 증명서를 보내 주십시오.
- 혜택 또는 승인 서신
 - 지불 기관의 입출금 내역서

참고: 저희는 일반적으로 사회보장연금, SSI, DOR 자녀 양육비 또는 MA 실업 수당 혜택 금액을 스스로 확인할 수 있습니다. 이 중에서 확인해야 할 항목이 있을 경우 알려 드리겠습니다.

- 메사추세츠주 거주자임을 입증하려면** 다음 서류 중 하나를 제출해야 합니다.
- 집세 영수증, 임대 또는 집주인 확인 양식
 - 주택 담보 증서 또는 모기지 명세서, 전기/수도/가스 공과금 청구서 또는 선거인 등록 확인서
 - 공유 주택 확인 양식서 또는 동거인의 진술서

- 가족 구성원 중에 자녀 양육비를 지불하는 사람이 있을 경우,** 아래 서류를 보내주십시오.
- 자녀 양육비를 지불해야 하는 법적 의무에 대한 증빙 서류(법원 명령서 등) 및
 - 최근 지불 증명 서류

가족 구성원 중 비시민권자가 혜택을 신청하는 경우, 아래와 같은 비시민권자 신분 증명서를 제출하십시오.

- 영주권 카드("그린 카드")
- 고용 허가서
- 임시 거주증
- 미국 입출국 기록(I-94)
- 여권 도장
- 현재 또는 보류 중인 이민 신분이 기재된 기타 문서
- 현재 상태나 보류 중인 상태에 대한 이민 전문 변호사의 진술

노령이거나 장애가 있거나 의료비가 지출되는 가족 구성원이 있는 경우 지출 증명서 (계산서, 청구서 또는 영수증)를 제출해 주십시오. 질병과 관련하여 지출된 일부 교통비는 자진 신고할 수 있습니다.

참고: 가족 구성원의 의료비 지출 총액은 매월 35불 이상으로 계산되어야 합니다.

권리, 책임 및 처벌에 대한 과도기 지원 부서(DTA) 고지

- 이 고지는 모든 DTA 프로그램에 대한 권리와 책임을 명시합니다. 신청하는 프로그램의 규칙을 따라야 합니다.
- 이 페이지를 읽고 기록을 위해 보관하십시오.
- 질문이 있으면 DTA에 문의하십시오.

저는 위증시 처벌을 받을 것을 선서합니다.

- 저는 이 양식의 정보를 읽었거나 다른 사람이 저에게 읽어 주었습니다.
- 이 양식에 대한 저의 답변은 제가 아는 한 사실이며 완전합니다.
- 저는 인터뷰 도중 및 향후 제가 아는 한 사실이며 완전한 DTA 정보를 제공할 것입니다.

저는 다음 사항을 이해합니다.

- 허위 또는 오해의 소지가 있는 정보를 제공하는 것은 사기입니다.
- DTA 혜택을 받기 위해 사실을 허위 진술하거나 은폐하는 것은 사기입니다.
- 사기는 의도적인 프로그램 위반 (IPV)으로 간주됩니다.
- DTA는 제가 사기를 저질렀다고 생각할 경우 저에 대해 민사 및 형사 처벌을 제기할 수 있습니다.

저는 또한 다음 사항도 이해합니다.

- DTA는 제가 신청서와 함께 제공한 정보를 확인할 것입니다. 잘못된 정보가 있는 경우 DTA는 저의 혜택을 거부할 수 있습니다.
- 저는 허위 정보를 제공할 경우 형사 기소를 당할 수도 있습니다.
- DTA가 신뢰할 수 있는 출처로부터 저의 가구 변경에 대한 정보를 획득하는 경우 저의 혜택 금액이 변경될 수 있습니다.
- 이 양식에 서명함으로써 저는 DTA에게 다음과 같이 저의 혜택 자격을 확인할 수 있는 권한을 부여합니다.
 - 다른 주 또는 연방 기관, 지역 주택 당국, 타주 복지 부서, 금융 기관 및 Equifax Workforce Solutions(Work Number)로부터 정보를 취득합니다. 저는 또한 DTA 혜택에 대한 저의 가구의 자격에 대한 정보를 공유할 수 있는 권한을 이러한 기관에 부여합니다.
 - DTA가 저의 가구 근로 소득에 대한 Equifax 정보를 사용하는 경우 제가 DTA 결정 후 60일 이내에 요청하면 저는 Equifax 보고서를 무료로 받을 권리가 있습니다. 저는 보고서의 정보에 대해 질문할 권리가 있습니다. 저는 다음 주소나 전화로 Equifax에 문의할 수 있습니다: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566번(수신자 부담 전화).
- 저는 DTA가 저의 가구의 자격 및 혜택 금액을 결정하는 데 사용하는 정보를 포함하여 저의 신청서 사본을 받을 권리가 있습니다. 저는 작성된 신청서의 전자 사본을 DTA에 요청할 수 있습니다.

DTA는 저의 정보를 어떻게 사용합니까?

아래에 서명함으로써, 저는 DTA가 저와 저의 가족 구성원으로부터 정보를 얻고 해당 정보를 다음 기관과 공유할 수 있는 권한을 부여합니다.

- 혜택에 대한 저의 자격 유무를 확인하기 위해 은행, 학교, 정부, 고용주, 임대주, 유틸리티 회사 및 기타 기관과 해당 정보를 공유합니다.
- 제가 유틸리티 요금 할인을 받을 수 있도록 전기, 가스 및 전화 회사와 해당 정보를 공유합니다. 회사는 그 외 다른 목적으로 저의 정보를 공유하거나 사용할 수 없습니다.

귀하의 기록을 보관해 두십시오.

- 저를 Heat & Eat 프로그램에 등록시키기 위해 주택 및 지역 사회 개발부와 해당 정보를 공유합니다. 사람들은 이 프로그램을 통해 최대한의 SNAP 혜택을 받을 수 있도록 도움을 받습니다.
- 저의 자녀들이 무료 학교 급식을 받을 수 있도록 초등 및 중등 교육 부서와 해당 정보를 공유합니다.
- 저의 가구의 5세 미만 아동 또는 임산부가 여성, 영유아 및 아동(WIC) 혜택을 받을 수 있도록 WIC 프로그램과 해당 정보를 공유합니다.
- 저의 이민 신분을 확인하기 위해 미국 이민국(USCIS)과 해당 정보를 공유합니다. USCIS의 정보는 저의 가구의 자격 및 DTA 혜택 금액에 영향을 미칠 수 있습니다.
참고: 귀하가 이민 신분으로 인해 혜택을 받을 자격이 없을 경우에도 귀하가 DTA에서 최종 추방 명령을 제시하지 않는 한 DTA는 이민 당국에 귀하를 보고하지 않습니다.
- 세무국(DOR)은 근로 소득 및 제한 소득과 같은 소득 기반 세액 공제 자격을 확인하고 “세금 면제 상태” 또는 빈곤 상태에 대한 자격이 있는지 확인합니다.
- DTA와 DCF가 공동으로 제공하는 서비스를 조율하기 위해 해당 정보를 아동 및 가족 부서(DCF)와 공유합니다.

DTA는 사회 보장 번호(SSN)를 어떻게 사용합니까?

DTA는 SNAP과 관련하여 2008년 제정 식품 및 영양법(7 U.S.C. 2011-2036)에 준해 그리고 TAFDC 및 EAEDC와 관련하여 M.G.L. c. 18 섹션 33에 준해 SSN을 요청할 수 있습니다. DTA는 다음을 수행하기 위해 SSN을 사용합니다.

- 제가 신청한 각 가구 구성원의 신원과 자격을 데이터 매칭 프로그램을 통해 확인합니다.
- 프로그램 규칙 준수 여부를 모니터링합니다.
- DTA는 부적격 혜택을 제가 받았다고 청구하는 경우 금액을 회수합니다.
- 법 집행 기관이 범망을 피해 숨은 사람들을 잡는 데 도움을 줍니다.

저는 저를 포함하여 혜택을 원하지 않는 제 가구의 비 시민권자의 SSN을 DTA에 제공할 필요가 없음을 이해합니다. 비 시민권자가 혜택을 받지 못하더라도 비 시민권 자의 소득이 계산될 수 있습니다.

통역사에 대한 권리

저는 다음 사항을 이해합니다.

- 제가 영어 이외의 언어로 의사 소통하는 것을 선호하는 경우 DTA에서 제공하는 무료 전문 통역사를 이용할 권리가 있습니다.
- 저는 DTA 심리가 있는 경우 DTA에 무료 전문 통역사를 제공해 주도록 요청할 수 있으며, 혹은 제가 원하는 경우 통역할 사람을 데려올 수 있습니다. 제가 심리를 위해 DTA에게 통역사를 요청할 경우 심리일 최소 1주일 전에 심리 부서에 전화해야 합니다.

투표에 대한 권리

저는 다음 사항을 이해합니다.

- 저는 DTA를 통해 투표 등록을 할 권리가 있습니다.
- 제가 도움이 필요하면 DTA가 유권자 등록 신청서 작성을 도와줍니다.
- 저는 유권자 등록 신청서를 비공개로 작성할 수 있습니다.
- 등록을 신청하거나 유권자 등록을 거부해도 저의 DTA 혜택에 영향을 미치지 않습니다.

취업 기회

저는 DTA가 제 이름과 연락처 정보를 다음을 포함한 취업 및 교육 제공자와 공유할 수 있다는 데 동의합니다.

- SNAP Path Work 제공자 또는 SNAP 고객을 위한 DTA 스페셜리스트
- 계약을 맺은 취업 및 훈련 제공자 또는 TAFDC 고객을 위한 고용 담당자(Full Engagement Workers)

SNAP 고객은 SNAP Path to Work 프로그램을 통해 교육 및 취업 교육 서비스에 자발적으로 참여할 수 있습니다.

시민권 상태

저는 DTA 혜택을 신청하는 저의 가족 구성원 모두가 미국 시민이거나 합법적으로 거주하는 비 시민권자임을 선서합니다.

영양 보충 지원 프로그램(SNAP)

저는 다음 사항을 이해합니다.

- DTA는 매사추세츠주에서 SNAP 프로그램을 관리합니다.
- DTA에 신청서를 제출하면(전화, 온라인, 대면, 우편 또는 팩스를 통해) DTA는 신청서를 받은 날로부터 30일 이내에 적격 여부를 결정합니다.
 - 제가 신속(긴급) SNAP을 받을 자격이 있는 경우, DTA는 저의 신청서를 접수한 날로부터 7일 이내에 SNAP을 제공하고 제가 전자 혜택 이체(EBT) 카드를 발급 받았는지 확인해야 합니다.
 - 저는 다음과 같은 경우 DTA 수퍼바이저를 상담할 권리가 있습니다.
 - DTA는 제가 긴급 SNAP 혜택을 받을 자격이 없다고 주장하지만 저는 이에 동의하지 않습니다.
 - 저는 긴급 SNAP 혜택을 받을 자격이 있지만 SNAP를 신청 한 후 7일이 지날 때까지 혜택을 받지 못했습니다.
 - 저는 긴급 SNAP 혜택을 받을 자격이 있지만 SNAP를 신청 한 후 7일이 지날 때까지 EBT 카드를 받지 못했습니다.
- 저는 SNAP를 받으면 특정 규칙을 준수해야 합니다. 제가 SNAP 승인을 받으면 DTA는 “알아야 할 권리” 브로셔 및 SNAP 프로그램 브로셔 사본을 제공합니다. 제가 브로셔를 읽거나 다른 사람이 저에게 브로셔를 읽어 줄 것입니다. 질문이 있거나 이 정보를 읽거나 이해하는 데 도움이 필요하다면 1-877-382-2363번으로 DTA에 전화할 수 있습니다.
- **가구 변화에 대해 DTA에 알리기:**
 - SNAP 보고 간소화(Simplified Reporting) 가구인 경우 임시 보고서 또는 재인증 기한까지 대부분의 변경 사항을 DTA에 보고할 필요가 없습니다. 기한 전에 보고해야 할 특이 사항은 다음과 같습니다.
 - 가구의 소득이 총 소득 하한선을 초과하는 경우(승인 통지에 기재됨).
 - 소득이 하한선을 초과한 달의 다음 달 10일까지 이를 보고해야 합니다.
 - 부양 가족이 없는 저소득 근로 성인(ABAWD) 근로 규정을 충족해야 하는데 근로 시간이 주당 20시간 미만으로 떨어지는 경우.

- 가구 구성원 모두가 60세 이상이거나 장애인 또는 18세 미만이고 근로 소득이 없는 경우 보고해야 하는 유일한 사항은 다음과 같습니다.
 - 가구 구성원 중 누군가가 일을 시작하는 경우
 - 가구에 합류하거나 떠나는 가구 구성원이 있는 경우
 - 이러한 변경 사항은 변경이 발생한 달의 다음 달 10일까지 보고해야 합니다.
- TAFDC가 중단되어 과도기 혜택 대안(TBA)를 통해 SNAP을 받는 경우 TBA를 받은 5개월 동안 DTA에 변경 사항을 보고 할 필요가 없습니다.
- Bay State CAP를 통해 SNAP을 받으면 DTA에 변경 사항을 보고할 필요가 없습니다.

저와 저의 가구 모두가 현금 보조금(TAFDC 또는 EAEDC)을 받는 경우 변경 후 10일 이내에 특정 변경 사항을 DTA에 보고해야 합니다. 아래의 **부양 자녀가 있는 가족을 위한 과도기 지원(TAFDC) 및 노인, 장애인 및 아동을 위한 긴급 지원(EAEDC)** 밑에 있는 **가구의 변경 사항에 대해 DTA에 언제 알려야 하나?**를 참조하십시오.

언제든지 다음 사항에 대해 DTA에게 보고하고 증명을 제공하면 더 많은 SNAP 혜택을 받을 수 있습니다.

- 자녀 또는 기타 부양 가족 돌봄 비용, 주거비 및/또는 유틸리티 비용
- 제(또는 저의 가구 구성원)가 비 가구 구성원에게 법적으로 지불해야 하는 자녀 양육비
- 저를 포함하여 60세 이상이거나 장애인 가족 구성원의 의료비

SNAP 고객의 근로 규정: SNAP 혜택을 받고 16세에서 59세 사이인 경우 일반 SNAP 근로 규정 또는 ABAWD 근로 규정에 부합해야 할 수 있습니다. 단, 면제 대상은 예외입니다. DTA는 저 및 저의 가구 구성원이 근로 규정에 부합해야 하는 경우, 면제 사항이 무엇인지, 규정에 부합하지 않을 경우 어떻게 되는지 알려줄 것입니다.

SNAP 작업 규칙이 적용되는 경우:

- SNAP 신청 및 재인증 시 취업 등록을 해야 합니다. SNAP 신청서 또는 재인증 양식에 서명할 때 등록하십시오.
- DTA가 요청할 때 DTA에 귀하의 취업 상태에 대한 정보를 제공해야 합니다.
- DTA가 추천하는 경우 고용주에게 보고해야 합니다.
- 일자리 제안을 수락해야 합니다(수락하지 않을 타당한 이유가 있는 경우는 예외임).
- 타당한 이유없이 주당 30시간 이상 일을 중단해서는 안 됩니다.
- 타당한 이유없이 근무 시간을 주당 30시간 미만으로 줄여서는 안 됩니다.

SNAP 규정

- SNAP 혜택을 받으려고 허위 정보를 제공하거나 정보를 숨기지 마십시오.
- SNAP 혜택을 거래하거나 판매하지 마십시오.
- 부적격 SNAP 혜택을 받기 위해 EBT 카드를 변경하지 마십시오.
- 알코올 음료 및 담배와 같은 부적격 품목을 구매하기 위해 SNAP 혜택을 사용하지 마십시오.
- 다른 사람의 SNAP 혜택 또는 EBT 카드를 사용하지 마십시오. 단, 귀하가 권한을 위임 받은 대리인이거나 해당 수혜자가 귀하에게 자신의 카드 사용을 허가한 경우는 예외입니다.

SNAP 관련 처벌 경고

저 또는 저의 SNAP 가구 구성원 중 누군가가 위에 명시된 규정을 의도적으로 위반하는 경우, 해당 개인은 첫 번째 위반 후 1년, 두 번째 위반 후 2년 동안, 그리고 세 번째 위반 후 영원히 SNAP 수혜 자격을 상실함을 이해합니다. 해당 개인은 또한 최대 \$250,000의 벌금형이나 최대 20년 징역형 또는 두 가지 모두에 처해질 수 있습니다. 또한 연방법 및 주법에 따라 기소될 수 있습니다.

저는 또한 다음 처벌 사항도 이해합니다. 저 또는 저의 SNAP 가족 구성원이

- 현금 프로그램에 대해 의도적 프로그램 위반(IPV)을 자행할 경우 SNAP 자격을 상실하고 동일한 기간 동안 현금 지원을 받을 자격을 상실합니다.
- 자신의 신원 또는 거주지에 대해 허위 진술을 하여 복수의 SNAP 혜택을 동시에 받을 경우 10년 동안 SNAP 자격을 상실하게 됩니다.
- 규제 물질/불법 약물 구입을 위해 SNAP 혜택을 거래(구매 또는 판매)하는 경우 첫 번째 발견에 대해서는 2년 동안, 두 번째 발견에 대해서는 영원히 SNAP 자격을 상실하게 됩니다.
- 총기, 탄약 또는 폭발물 구입을 위해 SNAP 혜택을 거래(구매 또는 판매)하는 경우 영원히 SNAP 자격을 상실하게 됩니다.
- SNAP 혜택 또는 EBT 카드에 대해 온라인 또는 대면 판매를 제안하는 경우 주정부는 이들에 대해 의도적 프로그램 위반(IPV)을 제기할 수 있습니다.

크레딧으로 구매한 식품에 대해 지불하는 경우 SNAP 자격을 상실하게 됩니다.

- SNAP 혜택으로 제품을 구매하여 그 내용물을 폐기하고 용기를 반납하여 현금을 받으려고 의도하는 경우 SNAP 자격을 상실하게 됩니다.
- 중범죄로 유죄 판결을 받은 후 기소, 구금 또는 감금을 피하기 위해 도주하는 경우 SNAP 자격을 상실하게 됩니다.
- 보호 관찰 또는 가석방을 위반하여 법 집행 기관이 적극적으로 체포하려는 경우 SNAP 자격을 상실하게 됩니다.

7 CFR § 273.11 (n)에 따라 2014년 2월 7일 이후 중범죄로 유죄 판결을 받은 사람은 도주 중인 중범죄자이거나 보호 관찰 또는 가석방을 위반하고 **그리고** 성인으로서 다음과 같은 유죄 판결을 받은 경우 SNAP 혜택 수혜 자격이 상실됩니다.

1. U.S.C. Title 18, 섹션 2241에 준한 가중 성적 학대
2. U.S.C. Title 18, 섹션 1111에 준한 살인
3. U.S.C. Title 18, 110장에 준한 모든 범죄
4. 1994년 제정 VAWA(42 U.S.C. 13925a)의 섹션 40002(a)에 명시된 성폭력과 관련된 연방 또는 주 범죄, 또는
5. 이 목록에 설명된 위반과 실질적으로 유사하다고 법무 장관이 결정한 주법에 준한 범죄

차별 금지 성명

연방 민권법과 미국 농무부(USDA) 규정 및 정책에 따라 USDA, 해당 기관, 사무실 및 직원, USDA 프로그램에 참여하거나 이를 관리하는 기관은 인종, 피부색, 출신 국가, 성별, 종교적 신념, 장애, 연령, 정치적 신념 또는 USDA가 수행하거나 자금을 지원하는 모든 프로그램 또는 활동에서 이전의 시민권 활동에 대한 보복 또는 앙갚음에 따라 차별하는 것을 금지합니다.

프로그램 정보(예: 점자, 큰 활자, 오디오 테이프, 미국 수화 등)에 대한 대체 통신 수단이 필요한 장애인은 혜택을 신청한 기관(주 또는 지역)에 문의해야 합니다. 청각 장애가 있거나 언어 장애가 있는 개인은 연방 릴레이 서비스(1-800-877-8339번)를 통해 USDA에 문의할 수 있습니다. 또한 프로그램 정보는 영어 이외의 언어로 제공될 수 있습니다.

프로그램 차별 불만을 제기하려면

- 온라인 <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> 및 모든 USDA 사무실에서 찾을 수 있는 USDA 프로그램 차별 불만 양식(AD-3027)을 작성하십시오. 1-866-632-9992번으로 전화하여 불만 양식 사본을 요청할 수 있습니다. 또는
- USDA로 보내는 편지를 작성하고 양식에 요청된 모든 정보를 편지에 기재하십시오.

작성한 양식 또는 편지를 다음 방법으로 USDA에 제출하십시오.

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

이 기관은 평등한 기회를 제공합니다.

부양 자녀가 있는 가족을 위한 과도기 지원(TAFDC) 및 노인, 장애인 및 아동을 위한 긴급 지원(EAEDC)

TAFDC 및 EAEDC는 현금 지원 프로그램입니다. 자세한 내용을 알아보고 신청하려면 DTAConnect.com을 방문하거나 해당 지역 DTA 사무실로 전화하십시오. 이 정보는 TAFDC 또는 EAEDC를 신청하거나 수령하는 가구에만 적용됩니다.

가구의 변경 사항에 대해 DTA에 언제 알려야 합니까?

10일 이내에 TAFDC 또는 EAEDC(현금 혜택)에 영향을 미칠 수 있는 변경 사항에 대해 DTA에 알려야 합니다. 단, 월 수입이 \$100 미만인 경우 변경 사항에 대해 DTA에 알려줄 필요가 없습니다. 여기에는 소득, 주소, 함께 사는 사람, 가족 규모, 직장 및 건강 보험의 변경 사항이 포함됩니다.

건강 보험은 어떻게 받습니까?

- TAFDC 또는 EAEDC를 받을 경우 MassHealth도 받게 됩니다.
- TAFDC 또는 EAEDC가 거부될 경우 MassHealth는 해당 정보를 사용하여 건강 보험 자격이 있는지 여부를 확인합니다.
- EAEDC가 중단되면 MassHealth를 별도로 신청해야 합니다. 신청서를 요청하려면 1-800-841-2900 번으로 전화하십시오.

저는 MassHealth를 받을 경우 MassHealth가 다음 정보를 수집할 수 있다는 데 동의합니다.

- 다른 출처에서 제가 갚아야 할 의료비
- MassHealth 혜택을 받는 19세 미만 아동의 부재 부모로부터의 의료비 지원.

사고나 부상에 한해 자격이 되는 경우 특별한 규정이 있습니까?

저의 가족이 사고나 부상으로 인해 MassHealth 또는 DTA로부터 혜택을 받는 경우, 저는 해당 사고나 부상으로 보상 받은 자금으로 해당 혜택을 환급해야 합니다. 자금은 보험, 합의 또는 기타 출처에서 보상될 수 있습니다. 이는 자금의 가능한 출처에 대해 아직 모르는 경우에도 적용됩니다.

저는 MassHealth 및 DTA와 다음과 같이 협력하는 데 동의합니다.

- 다른 출처로부터의 자금에 대해 청구하는 경우.
- 보험 청구, 소송 또는 돈을 받기 위한 기타 절차에 대해 MassHealth 및 DTA에 즉시 알림.
- MassHealth 및 DTA에 저의 새로운 정보를 제공함.

제가 협조하지 않을 경우 MassHealth 및 DTA는 저의 혜택을 중단하거나 거부할 수 있습니다. 저는 MassHealth 및 DTA가 다음을 수행할 수 있음에 동의합니다.

- 저의 혜택에 대한 정보를 공유하여 해당 혜택을 상환하기 위한 자금을 모금합니다.
- 산업재해 부서의 기록과 같이 제가 사고나 부상으로 인해 보상 받을 수 있는 자금에 대한 모든 기록을 확인합니다.

장애가 있거나 65세 이상으로 EAEDC를 받고 있는 경우 연방 생활 보조금(SSI) 혜택을 신청해야 합니다. 제가 EAEDC를 받은 것과 동일한 기간에 적용되는 SSI 혜택에 대한 승인을 받은 경우, 사회 보장국은 EAEDC를 상환하기 위해 저의 SSI 일부를 소급하여 DTA로 보낼 것입니다.

법률 및 혜택에 대한 중요 공지

의도적 프로그램 위반(IPV)은 TAFDC 또는 EAEDC 혜택에 대한 적격성을 설정 또는 유지하거나 부적격한 혜택을 취득하기 위해 의도적으로 거짓 또는 오해의 소지가 있는 진술을 제공하거나 사실을 허위 진술하거나 은폐하거나 보류하는 것입니다.

법원, 행정적 실격 심의회 또는 면제 서명을 통해 IPV 유죄 판결을 받은 경우 다음 기간 동안 TAFDC 또는 EAEDC 혜택을 받을 자격이 박탈됩니다.

- 첫 번째 위반 시 6개월
- 두 번째 위반 시 12개월
- 세 번째 위반 시 영원히

또한 다른 법률이 적용될 수 있습니다.

EBT 카드 구매 금지

저는 전자 특혜 이체(EBT) 카드에 입금된 TAFDC 또는 EAEDC 자금을 사용하여 알코올성 음료, 담배 제품, 복권, 성인용 자료 또는 공연, 도박, 총기 및 탄약, 휴가 서비스, 문신, 바디 피어싱, 보석류, 텔레비전, 스테레오, 대여점의 비디오 게임 또는 콘솔, 여가용 마리화나를 구입하기 위한 비용이나, 법원 명령 수수료, 벌금, 보석 또는 보석금을 지불하는 것이 불법임을 이해합니다.

EBT 카드 사용 장소에 대한 금지 사항

저는 전자 특혜 이체(EBT) 카드를 성인용 서점, 성인 용품점 또는 성인용 공연 시설, 탄약 딜러, 카지노, 도박 카지노 또는 게임 시설, 유람선, 총기 딜러, 보석상, 주류 판매점, 매니큐어 매장 또는 미용실, 해외로의 현금 송금 기관, 여가용 마리화나 매장 또는 문신 시술소에서 사용하는 것이 불법임을 이해합니다.

금지된 EBT 카드 현금 구매에 대한 처벌

- **첫 번째 위반:** 지출한 금액을 DTA에 상환해야 합니다.
- **두 번째 위반:** 지출한 금액을 DTA에 상환해야 하며 **2개월** 동안 현금 혜택을 상실합니다.
- **세 번째 위반:** 지출한 금액을 DTA에 상환해야 하며 **영원히** 현금 혜택을 상실합니다.

서명:

저는 이 신청서에 서명함으로써 “권리, 책임 및 처벌”에 대해 이해하고 이에 동의함을 확인합니다.

신청인 서명: _____

날짜: _____