

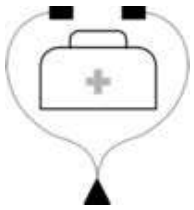
이 양식은 아래 나열된 처음 세 프로그램에 사용됩니다. 사례 담당자가 신청 방법을 알려줄 수 있습니다.

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)



SNAP는 저소득층이 건강에 필요한 음식을 살 수 있도록 도와줍니다.

의료 지원



의료 지원(MA)은 가족과 개인을 위한 종합적인 의료 보험 프로그램으로, 주 내 저소득 주민들에게 의료 서비스를 제공합니다. 개인은 소득 및 기타 요인에 따라 서비스를 받을 수 있습니다.

Maryland 어린이 건강 프로그램(MCHP)은 19세까지의 어린이와 소득 기준을 충족하는 모든 연령의 임산부에게 완전한 건강 혜택을 제공합니다. 사례 담당자가 소득 가이드라인에 대해 논의할 수 있습니다.

현금 지원



임시 현금 지원(TCA)은 가족의 수입과 자원이 그들의 필요를 충족시키지 못할 때 자녀가 있는 어려운 가정에 현금 지원을 제공합니다. TCA를 신청하고 받는 사람들은 업무 활동에 참여합니다.

자녀가 있는 가정에 대한 긴급지원 (EAFIC)은 퇴거 등 위기상황에 처한 가정에 현금 지원을 해줍니다.

임시 장애인 지원 프로그램 (TDAP)은 일할 수 없는 장애인 성인을 위해 현금 지원을 제공합니다.

보육 서비스



육아 구매 (POC) 프로그램은 자격이 있는 가족이 바우처를 통해 육아 비용을 지불할 수 있도록 도와줍니다. 바우처는 모든 면허를 소지한 어린이집 또는 가정에서 관리를 구입하는 데 사용될 수 있습니다. 바우처는 또한 육아를 제공하는 승인된 가족 구성원에게 지불하는 데 사용될 수 있습니다. 사례 관리자가 이 지원을 신청하는 방법을 알려줄 것입니다.

원기 지원



가정 에너지 프로그램 사무소 (OHEP)는 메릴랜드 에너지 지원 프로그램과 전기 범용 서비스 프로그램을 통해 가정이 공공 요금을 지불하고 난방 위기를 최소화하며 에너지 비용을 더 저렴하게 만들 수 있도록 지원합니다. 사례 관리자가 이 지원을 신청하는 방법을 알려줄 것입니다.

이 섹션은 사무실 전용입니다

범주	AU#	상황	WOMIS 화면	사례 재할당 필요	
				...에서:	크리어러:
				...으로:	스크리너:

일반 정보

SNAP 정보

귀하는 귀하의 이름, 주소를 기입하고 본 지원 요청 양식의 앞면에 서명함으로써 즉시 SNAP을 신청할 수 있습니다. 대상자인 경우 서명된 양식을 받은 날부터 혜택을 제공합니다.

귀하의 신원을 증명할 수 있는 증거를 제공하고 다음 중 하나가 귀하에게 적용되는 경우 즉시 SNAP을 받을 수 있습니다:

- 가구의 월세 또는 주택담보대출과 공공요금은 가구의 수입과 자원보다 많습니다.
- 당신의 가구의 월 총수입은 150\$달러 미만이고 수표나 저축 계좌와 같은 귀하의 자원은 100\$달러 이하.
- 귀하의 가구는 이주자 또는 계절별 농장 근로자 가구입니다.

즉시 SNAP을 받을 수 있는 자격이 있는 경우 본 양식에 서명한 날로부터 7일 이내에 지원서에 대해 조치를 취하겠습니다.

다음 질문에 답하지 마세요. 사무실 전용입니다.

신속한 SNAP

아래의 신속한 기준에 부합하는 신청자는 7일 이내에 SNAP 혜택을 받을 수 있습니다. 가구는 혜택을 승인하기 전에 지원 요청서를 작성하고 서명해야 하며 신분 증명을 제공해야 합니다.

1. 이번 달 총 가구 소득은 공제 전 150\$달러 미만이며 가구의 현금/저축 100\$달러 이하입니까? 예 아니요

- | | | |
|----------------------|----------|-----------|
| a. 가구월세 또는 주택담보대출 금액 | \$ _____ | |
| b. 적절한 유틸리티 표준 | \$ _____ | 총\$ _____ |
| c. 대략적인 월수입 | \$ _____ | |
| d. 모든 구성원의 가계 현금/저축 | \$ _____ | 총\$ _____ |

2. 총 대피소 비용이 월 수입과 자원을 초과합니까? 예 아니요

3. 가계 구성원들은 가난한 이주/계절 노동자들이에요? 그들의 현금과 저축이 있고 100달러 이상입니까, 아니면 그 이하예요? 예 아니요

4. 질문 1-3에 대한 대답이 예인 경우 신속하게 처리합니다. 신속한 지원 대상자? 예 아니요

저는 신속한 SNAP을 위해 이 신청자를 심사했고, 신청자의 신원을 확인했으며, 현재 해당 가구가 잠재적으로 신속한 발급 받을 자격이 있다고 없다고 판단했음을 증명합니다.

스크리너의 서명

날짜

1단계: 귀하에 대해 말씀해 주세요

지원을 요청하려면 이 섹션을 완료하고 서명하세요. 전체 양식을 작성해주시면 저희가 더 빠르게 도와드릴 수 있습니다.

전체 이름 (성, 이름, 중간 이니셜)

이메일

집 주소 (번호 및 거리)

도시

주

우편 번호

우편 주소 (번호 및 거리 또는 사서함 번호)

도시

주

우편 번호

집 전화 번호

일 전화 번호

핸드폰 전화 번호

서명

오늘의 날짜

공인 대리점:

귀하는 귀하를 대표할 사람을 선택할 수 있습니다. 도움을 줄 사용자를 선택한 경우, 해당 사용자에 대한 다음 정보를 제공하고 해당 사용자가 수행하기를 원하는 작업을 확인하세요.

이름 (성, 이름, 중간)	관계	집 전화 번호	
집 번호, 거리	도시	주	우편 번호

담당자가 수행할 작업을 확인합니다:

- 인터뷰를 귀하 위해 완료합니다
 독립 카드 사용 (현금)
 통지 수신
 신청서에 서명합니다
 SNAP의 이점 활용
 의료 지원 카드 받기

2단계: 어떻게 도와드릴까요?

1. 지금 어떤 도움이 필요하세요? (해당되는 항목 모두 확인)

- SNAP
 현금지원
 의료지원
 보육 서비스에 대한 소개
 에너지 지원에 대한 참조

2. 지난 3개월 동안 미납된 의료비가 있나요?

- 예 아니요

3. 다음 과 같은 문제가 있나요?

- 유틸리티종료
 퇴거 또는 압류
 음식없음
 열없음
 살수 있는 곳이 없음
 아이를 돌볼 여유가 없습니다
 다른 _____

4. 귀하나 귀하과 함께 사는 사람들은 지금 어떤 도움을 받으세요?

도움의 종류	지원을 받는 사람

5. 귀하나 귀하와 함께 사는 누군가가 Maryland가 아닌 다른 주에서 도움을 받은 적이 있으세요? (만약 그렇다면, 아래의 빈칸을 채워주세요) 예 아니요

지원 받은 주 _____ 언제 지원 받았어요? _____ 어떤 지원 _____

6. Maryland Children’s Health 프로그램에 지원하는 사람 중에 직원 기반 건강 보험 (직장에 다니는 보험)을 가지고 있는 사람이 있으세요? 예 아니요

7. Maryland Children’s Health 프로그램에 지원한 사람 중에 지난 6개월 동안 직원 기반 보험을 해지한 사람이 있으세요? 예 아니요

3단계: 귀하의 가정에 있는 사람들에게 대해 알려주세요

8. 귀하와 함께 사는 사람들에게 대해 말해주세요.
 귀하와 함께 사는 모든 사람들을 위해 빈칸을 채우세요. 먼저 자신의 이름을 적으세요. 사회 보장 번호와 시민권은 혜택을 신청하지 않은 회원에게는 선택 사항입니다.

자신		크라이언트 ID#	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 여자
전체 이름 (성, 이름, 중간 이니셜)	자기 귀하와의 관계	민족	
_____	_____	_____	
생일 (월,일,년)	주민등록 번호	결혼 여부	
_____	_____	_____	
신청 <input type="checkbox"/> 해요 <input type="checkbox"/> 아 해요	장애인? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	미국 국민 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	

추가 가구원		크라이언트 ID#	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 여자
전체 이름 (성, 이름, 중간 이니셜)	귀하와의 관계	민족	
_____	_____	_____	
생일 (월,일,년)	주민등록 번호	결혼 여부	
_____	_____	_____	
신청 <input type="checkbox"/> 해요 <input type="checkbox"/> 아 해요	장애인? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	미국 국민 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	

추가 가구원		크라이언트 ID#	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 여자
전체 이름 (성, 이름, 중간 이니셜)	귀하와의 관계	민족	
_____	_____	_____	
생일 (월,일,년)	주민등록 번호	결혼 여부	
_____	_____	_____	
신청 <input type="checkbox"/> 해요 <input type="checkbox"/> 아 해요	장애인? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	미국 국민 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	

4단계: 귀하의 수입에 대해 알려주세요

11. 이 섹션에서는 당신의 가구원들이 벌어들인 돈과 벌어들이지 않은 돈 모두에 대해 말해줍니다. 올바른 혜택을 제공할 수 있도록 이 정보가 필요합니다. 공제 전의 모든 소득을 쓰세요. 소득의 유형과 금액을 제시합니다. (소득의 유형에는 전체 또는 시간제 소득, 자영업, 베이비시터, 잡일, 일용직, 룸메이트/기숙인 지불, 사회 보장 혜택, 연금, 위자료, 양육비, 임시 현금 지원 및 기타 근로 또는 불로 소득이 포함됩니다.)

소득자명	소득 유형	고용주의 이름과 주소	소득 금액	수신 빈도?
			\$	
			\$	
			\$	

12. 만약 귀하가 지금 일을 하지 않는다면, 당신의 일은 언제 끝났습니까? _____
 고용주의 이름과 주소 _____
- 작업 종료 날짜 _____ 작업이 종료된 이유 _____ 마지막 급여 수령 날짜 _____

5단계: 귀하의 자산에 대해 알려 주세요

13. 귀하가 가지고 있는 돈과, 있는 것들을 과, 자산에 대해 말해주세요.
 자산의 예로는 은행 계좌, 예금 증서, 투자, 주식, 채권, 당신이 살고 있지 않은 부동산 등이 있습니다.

은행 계좌 또는 자산 유형	계좌 금액 또는 자산 가치	계정/자산을 가진 사람의 이름
	\$	
	\$	
	\$	

6단계: 귀하의 비용에 대해 말씀해 주세요

SNAP 혜택을 신청하는 경우에만 아래 질문에 답변하세요.

14. 이 섹션에서는 거주지에 대한 귀하의 비용과 기타 비용에 대해 설명하세요.

비용	비용 금액	얼마나 자주?	지불하는 사람의 이름
임대 또는 저당권	\$		
세금 및 보험	\$		
공동 또는 콘도 요금 또는지대	\$		
수도, 하수도, 쓰레기 요금	\$		
가스, 전기	\$		
전화	\$		
아동 또는 성인 양육비(아기돌보미)	\$		
노인이나 장애인의 의료비	\$		
법적 의무가 있는 자녀 양육비	\$		

15. 집세에 난방비가 포함되어 있습니까? 예 아니요
 만약 난방비가 집세에 포함되지 않는다면, 귀하는 어떻게 귀하의 집을 데웁니까?

집을 어떻게 데웁니까? _____

16. 에어컨 비용을 지불합니까? 예 아니요

유틸리티 회사 또는 지불하는 사람의 이름 _____

17. 누가 귀하의 쉼터 비용을 도와주나요? 예 아니요

도움을 주는 사용자의 전체 이름(성, 이름, 중간 이니셜) _____

18. 위에 나열된 대피소 비용을 공유하고 있으세요? 예 아니요

사용소 비용을 공유하는 사람의 전체 이름(성, 이름, 중간 이니셜) 사용자 몫 _____

19. 귀하는 공공 주택, 섹션 8 주택에 살고 있고, 아니면 팜스 홈 행정(FMHA) 섹션 515 주택에 살고 있으세요? 예 아니요

20. 지난 12개월 이내에 현재 주소로 에너지 지원(난방비 또는 전기료에 대한 국가 지원)을 받으셨어요? 예 아니요

가계 신고서 조회 - 임시 현금 지원 또는 영양 보조 프로그램을 신청하는 경우 작성해야됩니다

1. 다음과 같은 혐의로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까:
 - a. 1996년 8월 22일 이후 마약왕핀 중범죄?
 (드럭킹핀-통제된 위험 물질을 제조, 유통, 조제, 운송 또는 국가로 반입하기 위한 음모에 공모자로 활동하는 조직자, 감독자, 금융가 또는 관리자).
예 아니요, 만약 그렇다면, 누구예요? _____
 - b. 1996년 8월 22일 또는 그 이후에 대량 판매상의 마약 중범죄?
 (대량 딜러 - 통제된 위험 물질의 일정량을 제조, 유통, 분배 또는 소유하는 개인).
예 아니요, 만약 그렇다면, 누구예요? _____
2. 2014년 2월 7일 이후 가정에서 1994년 여성폭력법 또는 이와 유사한 주법에 정의된 아동에 대한 가중 성폭력, 살인, 성착취 및 기타 학대로 유죄 판결을 받은 사람이 있으세요?
예 아니요, 만약 그렇다면, 누구예요? _____
3. 당신의 가족 중에 현재 가석방이나 보호관찰을 위반하거나 경찰이나 법원에서 도망친 사람이 있으세요?
예 아니요, 만약 그렇다면, 누구예요? _____
4. 1996년 8월 22일 이후로 같은 달에 한 곳에 이상에서 SNAP 혜택이나 현금 지원을 받기 위해 자신이 어디에 사는지 또는 신원에 대해 진실을 말하지 않았다는 이유로 연방 또는 주 법원에서 유죄 판결을 받은 사람이 있어요?
예 아니요, 만약 그렇다면, 누구예요? _____
5. 법원에서 500\$달러 이상의 SNAP 혜택을 거래하거나 밀거래한 혐의로 유죄 판결을 받은 적이 있어요?
예 아니요, 만약 그렇다면, 누구예요? _____
6. 귀하의 가구에 다른 신분으로, 또는 다른 가구의 구성원으로서 또는 다른 주에서 혜택을 받고 있는 사람이 있어요?
예 아니요, 만약 그렇다면, 누구예요? _____

고객 권리

연방 민권법 및 미국 연방법에 따라 농무부(USDA) 시민권 규정 및 정책, USDA, USDA 기관, 사무실 및 직원, USDA 프로그램에 참여하거나 관리하는 기관은 인종, 피부색, 국적, 성별(성 정체성 및 성적 지향 포함), 종교적 신념, 장애, 연령, 정치적 신념, 또는 USDA에 의해 수행되거나 자금 지원을 받은 모든 프로그램 또는 활동에서 이전의 민권 활동에 대한 보복 또는 보복. 미국으로부터 연방 재정 지원을 받는 프로그램 보건복지부(HHS), 예를 들어 빈곤 가정을 위한 임시 지원 (TANF)와 같은, 직접 운영하는 프로그램들도 연방 민권법과 HHS 규정에 따라 차별이 금지되어 있습니다.

프로그램 정보(예: 점자, 대형 인쇄물, 오디오 테이프, 미국 수화)를 위한 대체 통신 수단이 필요한 장애인은 혜택을 신청한 기관(주 또는 지역)에 문의해야 합니다. 청각장애인, 청각장애인 또는 언어장애인은 연방 릴레이 서비스 (800) 877-8339로 USDA에 연락할 수 있습니다. 또한 영어 이외의 언어로 프로그램 정보를 제공할 수도 있습니다.

USDA는 추가 영양 지원 프로그램(SNAP), 인도 보호구역에 대한 식량 배급 프로그램(FDPIR) 등과 같은 많은 식량 안보 및 기아 감소 프로그램에 대한 연방 재정 지원을 제공합니다. 차별에 대한 프로그램 불만을 제기하려면, <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, 및 USDA 사무실에서 온라인으로 찾을 수 있는 프로그램 차별 불만 양식(AD-3027)을 작성하거나 USDA 앞으로 편지를 써서 양식에 요청된 모든 정보를 제공합니다. 불만 양식 사본을 요청하려면 (866) 632-9992로 전화하세요. 작성한 양식 또는 편지를 우편으로 USDA에 제출할 수 있습니다: Food and Nutrition Service (식품영양국), USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; 아님 팩스: (833) 256-1665 아님 (202) 690-7442; 아님 전화: (833) 620-1071; 아님 이메일: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

SNAP 문제와 관련된 기타 정보는 USDA SNAP 핫라인 번호(800) 221-5689로 (스페인어도 있음) 문의하거나 주 정보/핫라인 번호로 전화하세요 ([주별 핫라인 번호 목록은 링크 클릭](#)). 다음 위치에서 온라인으로 확인할 수 있습니다: [SNAP 핫라인](#).

HHS는 TANF, 헤드 스타트, 저소득 가정 에너지 지원 프로그램(LIHEAP) 등을 포함하여 건강과 웰빙을 향상시키기 위한 많은 프로그램에 대해 연방 재정 지원을 제공합니다. HHS가 직접 운영하거나 HHS가 연방정부의 재정 지원을 제공하는 프로그램이나 활동에서 인종, 피부색, 국적, 장애, 연령, 성별(임신, 성적

지향, 성 정체성 포함), 종교 등으로 인해 차별을 받았다고 판단되는 경우, 귀하는 귀하 자신 또는 다른 사람을 위해 시민권 사무소(OCR)에 불만을 제기할 수 있습니다

HHS를 통해 연방 재정 지원을 받는 프로그램과 관련하여 본인 또는 다른 사람에게 대한 차별에 대한 불만을 제기하려면 OCR의 불만 포털을 통해 온라인으로 양식을 작성하세요: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. 다음 주소로 OCR에 우편으로 연락할 수도 있습니다: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; 팩스: (202) 619-3818; 아님 이메일: OCRmail@hhs.gov. 시민권 불만 사항을 제기하는 데 도움이 필요한 사람은 OCR (OCRMail@hhs.gov)로 이메일을 보내거나 OCR (1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697)로 무료로 전화할 수 있습니다. 청각장애인, 청각장애인, 언어장애인의 경우 7-1-1 번으로 전화하여 통신중계서비스를 이용할 수 있습니다.

이 기관은 동등한 기회 제공자입니다.

저는 위증죄의 처벌 하에, 혜택을 신청하는 사람들의 시민권과 외국인 신분에 대한 정보를 포함하여, 제가 이 양식으로 제공한 모든 정보가 진실하고, 정확하며, 제 능력과 신념, 지식을 최대한 활용할 수 있음을 증명합니다. 저는 제 자격에 대한 사실을 알고 있는 모든 개인, 파트너십, 기업, 협회 또는 정부 기관에 해당 정보를 제공할 권한을 부여합니다. 저는 또한 제가 혜택을 받을 자격이 있다는 증거를 제시한 사람, 파트너십, 기업, 협회 또는 정부 기관에 연락할 수 있는 권한을 부여합니다.

서명 _____

오늘의 날짜 _____

공인 대리인의 서명 (있는 경우) _____

오늘의 날짜 _____

추가 정보

다른 페이지에 맞지 않는 정보를 쓸 공간이 필요한 경우, 여기에 정보를 추가합니다:

Horizontal lines for additional information input.