



본 신청서는 SNAP 신청에 한해 사용할 수 있습니다

귀하가 눈이 안 보이거나, 시력이 심각하게 손상되어서, 신청서 또는 이 설명서를 대체 형식으로 요구할 경우, 귀하는 해당 사회보장서비스 지역사무소(SSD)에 대체 형식 자료를 요청할 수 있습니다. 다음의 대체 형식들을 사용할 수 있습니다:

- 큰 활자체;
- 데이터 형식 (화면 판독기로 읽을 수 있는 전자 파일);
- 오디오 형식 (지시 또는 신청서 질문 사항등의 오디오 복사본); 그리고
- 점자, 위의 대체 형식들이 귀하에게 동일하게 효과가 없다고 주장할 경우.

신청서 및 설명서는 또한 www.otda.ny.gov 에서 큰 활자체, 데이터 형식, 오디오 형식으로 다운로드 받을 수 있습니다. 신청서는 오직 정보 제공 목적으로만 오디오 형식 및 점자 제공이 가능하다는 점을 유의하시기 바랍니다. 신청하기 위해서 귀하는 반드시 대체 형식이 아닌 서면 신청서를 제출해야만 합니다.

본 양식의 작성 및/또는 인터뷰를 대기하는 데 문제가 되는 장애가 있다면 귀하의 해당 SSD 에 이 사실을 알리십시오. SSD 는 귀하의 요구사항을 해결하기 위한 합리적인 편의를 제공하기 위해 최선의 노력을 기울일 것입니다.

귀하가 이 신청서 작성을 완료함에 있어서 또 다른 편의를 필요로 하거나, 도움이 필요한 경우, 귀하의 해당 SSD 에 연락하십시오. 우리는 전문적이고 정중한 방법으로 귀하를 지원하기 위해서 최선을 다하고 있습니다.



뉴욕주 임시 및 장애 지원국

보충 영양 지원 프로그램(SNAP) 신청서/재인증서 작성 방법 및 신청자/수급자의 권리와 SNAP 을 위한 책임

본 신청서는 SNAP 신청에 한해 사용할 수 있습니다



SNAP 만 신청하는 경우 더 간단한 본 신청서를 사용할 수 있습니다. 임시 지원, 아동 양육 지원, 가정 에너지 지원 또는 Medicaid 같은 기타 수당을 신청하려면 다른 신청서를 요청하십시오.

SNAP 을 신청하는 때

- 신청서를 받은 당일에 신청서를 제출할 수 있습니다. 신청서에 최소한 귀하의 이름, 주소(있을 경우), 서명이 기재된 경우, 우리는 귀하의 신청서를 받아야 합니다. 이 정보는 귀하의 신청서 제출 날짜를 확립할 것입니다.
- 귀하가 SNAP 수급 가능자인지를 확인하려면 인터뷰 하기 및 신청서/재인증 8 페이지에 있는 인증 내역에 서명하는 것을 포함해 신청 프로세스를 완료해야 합니다. 수급 가능자로 판명되는 경우 신청한 날로 거슬러 올라가 수당이 지급됩니다.
- 귀하 또는 귀하 가구의 다른 구성원이 비자 상태 때문에 수당을 받을 자격이 없는 경우에도 귀하는 자격을 갖춘 가구 구성원을 위해 SNAP 을 신청하고 받을 수 있습니다. 예를 들어, 무자격 외국인 부모이더라도 자녀를 위해 SNAP 를 신청할 수 있으며 적격 자녀에 대한 수당을 받을 수 있습니다.
- 본인의 임시 지원 시한에 도달한 경우에도 SNAP 을 신청할 수 있으며 자격이 있을 수 있습니다.

SNAP 급여가 당장 필요합니까? 귀하는 SNAP 신청서 신속 처리를 받을 자격이 있을 수 있습니다.

귀하의 가구에 소득이나 현금성 재산이 전혀 또는 거의 없는 경우, 또는 귀하의 임차료와 유틸리티 경비가 귀하의 소득 및 현금성 재산보다 많은 경우, 또는 귀하가 신청할 때 소득이나 재산이 전혀 또는 거의 없는 이주 또는 계절 농장근로자인 경우, 귀하는 신청일로부터 5 일 이내 영양보충지원 프로그램 (SNAP)을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 기관 거주자가 기관을 떠나기 전 SSI 및 SNAP 를 공동으로 신청할 경우, 해당 신청서의 기록 출원일은 신청자가 기관에서 떠나는 날짜가 됩니다.

SNAP 을 신청할 수 있는 곳

뉴욕시 외곽 에 거주하는 경우 myBenefits.ny.gov 에서 신청할 수 있으며, 또는 현재 거주하는 카운티의 사회복지사무소로 전화하거나 방문하셔서 신청 패키지를 요청하시면 됩니다. 이 신청 패키지는 우편 발송이 가능하고 해당 사무소에서 수령할 수 있습니다. 거주 카운티 사회복지사무소 주소와 전화번호는 수신자 부담 전화 1-800-342-3009 로 전화하면 얻을 수 있습니다.

뉴욕시 에 거주하면서 임시 지원 신청도 하지 않은 경우에는 myBenefits.ny.gov 에서 온라인으로 신청하거나, 아무 SNAP 사무소에 전화하거나 방문하여 신청서 패키지를 요청할 수 있습니다. 주소와 전화번호는 1-718-557-1399 로 전화하거나 또는 수신자 부담 전화 1-800-342-3009 로 전화하면 얻을 수 있습니다.

SNAP 신청 약속을 위해 우리에게 오시는 데 문제가 있습니까?

귀하가 영양보충지원 프로그램 (SNAP) 인터뷰 약속을 위해 방문하기 어려울 경우 (사유에는 직장, 건강 문제, 교통 또는 육아 문제가 포함될 수 있음), 어떤 상황에서는 저희가 귀하를 전화로 면접할 수 있으며 아니면 귀하가 다른 사람에게 신청해 달라고 부탁할 수도 있습니다. 문의사항이 생기거나 귀하가 전화 인터뷰 대상자인지 알아 보기 위해서 또는 인터뷰 일정을 재조정해야 할 필요가 있다면 귀하의 사회보장서비스 지역사무소 (social services district)로 문의하십시오.

SNAP 신청서/재인증서 작성 방법 안내

파란색 또는 검정색 잉크로 깔끔하게 인쇄체를 사용하여 각 칸을 기입하십시오.

음영 부분에 기입하지 **마십시오**.

타인의 대리인으로서 신청하는 경우, 귀하가 아닌 그 타인에 대한 정보를 인쇄체로 기입하십시오.

대체 형식: 귀하의 눈이 안 보이거나, 시력이 심각하게 손상되어 대체 형식으로 서면 고지서를 받기를 원하는지 여부를 확인하기 위하여 “예” 또는 “아니오”를 표시하십시오. '예'일 경우, 귀하가 원하는 종류의 형식을 선택하십시오. 큰 활자체, 데이터 CD, 오디오 CD 또는 다른 대체 형식들이 귀하에게 동일하게 효과가 없다고 주장할 경우, 점자가 대체 형식으로 가능합니다. 귀하가 이 신청서 작성을 완료함에 있어서 또 다른 편의를 필요로 하거나, 도움이 필요한 경우, 귀하의 해당 SSD에 연락하십시오.

섹션 1: 신청자 정보

성명: 귀하의 이름, 중간이름, 성을 포함하는 법적 이름을 **인쇄체로** 기입하십시오.

전화번호: 귀하의 자택 전화번호를 **인쇄체로** 기입하십시오.

기타 전화번호: 연락 받을 수 있는 다른 전화번호가 있다면 **인쇄체로** 기입하십시오.

거주지 주소: 거주지 주소와 도로명 등을 **인쇄체로** 기입하십시오. 거주하고 있는 시를 인쇄체로 기입하십시오. 우편번호를 인쇄체로 기입하십시오.

우편물 주소: 주거 주소와 다른 경우 귀하의 우편 주소를 **인쇄체로** 기입하십시오.

기타 이름: 결혼전 성, 이전 결혼으로 인한 성, 또는 기재된 사람을 부르는데 사용해 온 다른 이름이나 현재 사용하는 다른 이름을 **인쇄체로** 기입하십시오.

영양보충지원 프로그램 (SNAP)을 신청하는지 또는 재인증하는지를 체크 (✓) 하십시오.

통지서를 스페인어 및 영어로 또는 영어 전용으로 받기 원하는지의 여부를 체크 (✓) 하십시오.

섹션 2: 귀하의 이름을 서명하시고 날짜를 기입하시고 그리고 신청서 접수 날짜를 설정하기 위해 이번에 다음 페이지를 작성하지 않고 신청서를 제출하려면 귀하의 주소 (있을 경우)만 알려주십시오. 귀하의 적격성 여부를 판단할 수 있도록 반드시 인터뷰를 포함한 신청 절차를 완료한 후 8 페이지에 서명을 하시기 바랍니다.

섹션 3: 가구원 정보:

함께 거주하는 사람이 있는 경우 같이 신청하지 않더라도 모두 기입하십시오.

먼저 귀하의 성명을 **인쇄체로** 기입하십시오. 그런 다음 함께 살고 있는 사람들의 성명을 **인쇄체로** 기입하십시오:

각 신청자의 사회보장번호 (Social Security Number, SSN) (신청자가 사회보장번호 (SSN)가 없는 경우에는 “none”이라고 기입하십시오), 생년월일, 혼인 여부, 성별을 **인쇄체로** 기재하십시오.

누가 신청하고 있는지를 우리에게 알려주기 위해 예 또는 아니오를 체크 (✓) 하십시오.

가구내 각 구성원에 대해 귀하와의 관계 (예를 들어: 부인, 아들, 친구 등)를 **인쇄체로** 기입하십시오.

그 사람이 귀하와 함께 식품을 구입 및/또는 조리하는 경우 예 또는 아니오를 체크 (✓) 하십시오.

각 신청자가 히스패닉계 또는 라틴계인지 여부를 예 또는 아니오로 체크 (✓) 하십시오.

각 인종에 대해 Y(예) 또는 N(아니오)을 기입하십시오*.

인종/민족 코드: **I**-아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민, **A**-아시아인, **B**-흑인 또는 아프리카계 미국인, **P**-하와이 원주민 또는 태평양 섬 출신, **W**-백인본 정보 제공은 자발적인 사항으로, 신청자의 적격 여부나 수혜를 받는 수준에 아무런 영향을 미치지 않습니다. 본 정보는 본 프로그램 수당이 인종, 피부색 또는 출신국과 상관 없이 제공되도록 하기 위해서 요구하는 것입니다.

섹션 4: 섹션 4에 있는 모든 질문에 답하십시오. 미국 시민권자가 아닌 사람의 이름을 반드시 기입하십시오.

섹션 5: 소득: 귀하의 소득 및 함께 사는 모든 사람의 소득을 모두 기입하십시오. 소득이 있는 사람의 성명, 소득원 및 받는 빈도를 정자로 기입하십시오. 소득에는 다음 사항이 포함될 수 있습니다: 통상적인 직업(임금), 파업 전 소득, 현장 현수, 예비역 지원금, 주방위군, 체험 학습비, 이혼 수당, 자녀 양육비, 교육지원비(보조금, 장학금 등), 친구 또는 친척에게서 받는 돈(대부 외), 임시지원, 연금 또는 퇴직금, 보조적소득보장(SSI), 사회복지수당, 퇴역군인수당, 실업수당, 산재보상, 베이비시팅, 택시운전, 집 또는 기타 건물 청소, 농장일/목장일, 셋방살이 하는 사람에게서 받은 소득, 기숙사 생활하는 사람 또는 예술 공예품 판매로 벌어들인 소득.

참고: 수양 아이 양육비 지급 및 SNAP - SNAP 가구에 수양 아이나 수양 성인이 있으면 포함시킬 수도 있습니다. 포함할 경우에는 관련 가정 위탁 지급금은 소득으로 계수됩니다. 가정 위탁 아동의 기타 모든 소득 또는 재산도 계수될 것입니다. 이에 대한 질문이 있는 경우에는 담당자에게 질문하십시오.

섹션 5의 다른 모든 질문에 반드시 답하십시오.

섹션 6: 재산: 재산은 SNAP 을 신청하는 대부분 가구의 적격성에 영향을 미치지 않습니다. 단, 어떤 재산 정보는 귀하가 신청서 신속 처리를 받을 자격이 있는지를 판단하는 데 이용됩니다.

섹션 6에서 본인과 SNAP 을 신청하는 모든 사람에 대해 모든 질문에 답하십시오. 재산의 달러(\$) 액수 또는 가치와 소유자의 성명을 기입하십시오. **비가구원과 보유하고 있는 공동 재산이 있을 경우 반드시 기입하십시오.** 가능한 재산의 타입: 보유 현금, 타인 보유 현금, 당좌 또는 저축 계좌, 저축 채권, 퇴직 예금 계좌, 연금 보험, 재형저축, 주식/채권, 뮤추얼 펀드, 신탁기금, 시장 금리 연동제 예금, 건물, 토지, 임대 부동산, 휴가 또는 휴양 부동산 또는 자택 이외의 주택.

섹션 7: 교육/훈련 및 언: 16 세 이상의 가구 구성원 중 자신을 포함하여 신청인 각자의 이름을 기입하십시오. 신청인 각자, 영양보충지원 프로그램(SNAP) 신청서 (LDSS-4826)에 나와있는 교육 및 훈련 코드를 이용하여 "최종 학력" 기입란의 해당 상자에 "X"를 기입하십시오. 일인당 상자 하나에만 기입하십시오. 신청인의 "0" 열에 "X"를 기입할 경우 (고등학교 졸업장이나 고등학교 졸업과 동등한 학위를 가지고 있지 않음을 명시함), "수료한 최종 학년" 상자에 수료한 최종 학년을 기입하십시오. 고등학교에 재학 중이거나 고등학교 졸업장을 취득한 사람이 "0" 열에 기입하지 않은 경우 "수료한 최종 학년" 상자를 비워 두십시오. 영양보충지원 프로그램(SNAP) 가정에서 16 세 이상 각 개인의 기본 언어를 확인하십시오. 기본 언어는 개인이 말하는 데 가장 자주 사용하는 언어입니다.

주의 사항: 최종 학력, 최종 학년, 기본 언어에 관한 정보 제공은 자발적인 사항입니다. 신청자의 적격 여부나 수혜를 받는 수준에 아무런 영향을 미치지 않습니다. 이 정보는 연방보고 요구 사항을 충족시키기 위해 필요합니다.

섹션 8: 주거 형태 및 경비:

임차료, 모기지, 하숙 또는 기타 주거지를 위해 지불하는 액수를 인쇄체로 기입하십시오. 재산세 및 주택보유자 보험으로 내는 금액(\$)을 기입하십시오.

귀하의 난방비를 별도로 지불하는 경우, 난방 유형과 난방 회사 이름 및 계좌 번호를 체크 (✓) 하십시오.

또한 다음의 여부도 표시하십시오:

- 임차료/모기지와 별도로 다른 유틸리티 비용을 지불하고, 난방비를 낼 경우, 누가 별도 경비를 지불합니까?
- 법적으로 의무적인 아동 양육비를 지불하는 사람이 있을 경우, 누가, 얼마만큼, 얼마나 자주 지불하고, 양육비를 받고 있는 자녀 (들)의 이름은 무엇입니까?
- 신청하는 가정의 구성원, 장애인 또는 60 세 이상 노인의 경우 재택 간호 서비스, 의치, 보청기, 안경, 맹도견이나 서비스 동물, 건강 보험 및 의료비 지불, 병원 또는 간호, 의료 또는 치과 서비스, 처방약, 의료 수송 등과 같은 의료비 청구서를 가지고 있습니까?
- 가구원 중 누군가가 스펠드다운(spenddown)을 받는지의 여부 그리고 받는다면 누가 얼마나 받는가?
- 귀하 가구의 누군가가 학교에 또는 교육 프로그램에 등록되어 있는 경우, 그렇다면 누가, 어디서, 그리고 등록되어 있는 상태입니까?
- 귀하 또는 귀하와 같이 살고 있는 16 세 이상의 구성원이 임신 중인 경우, "예"를 선택하고 이 질문에 제공된 입력란에 귀하/그들의 이름을 인쇄체로 기입하십시오.
- 귀하 또는 귀하와 함께 살고 있는 16 세 이상의 구성원이 귀하/그/그녀가 일을 못하게 하거나 특정 종류의 일을하지 못하게 하는 조건을 가지고 있는 경우, "예"를 선택하고 질문 뒤에 주어진 입력란에 귀하의/그의/그녀의 성명을 인쇄체로 기입하십시오.

섹션 8의 다른 모든 질문에 반드시 답하십시오.

섹션 9: 법적 진술, 책임, 처벌: 본 섹션을 숙독하거나 다른 사람에게 읽어주도록 요청하십시오.

유의사항: 뉴욕주법은 사실을 숨기거나 진실을 이야기하지 않고 SNAP 를 수령하는 죄를 저지른 것으로 드러난 사람에 대해 벌금 또는 구금, 또는 두 가지 처벌을 모두 적용하고 있습니다.

본인은 뉴욕주가 본인의 사회보장번호를 사용하여 본인의 가정용 에너지 공급업체에게 HEAP 수령 여부에 대해 확인한다는 것을 이해합니다. 이러한 허가에는 또한 본인의 가정용 에너지 공급업체 (유틸리티 제공사 포함)가 소정의 통계 정보를 공개하는 것에 대한 허가도 포함되며, 여기에는 저소득 가정용 에너지 지원 프로그램(Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) 성과 측정을 목적으로, 임시 및 장애 지원국 (Office of Temporary and Disability Assistance), 사회보장서비스 지역사무소 (local Social Services District) 및 연방 보건복지부 (United States Department of Health and Human Services)에 본인의 연간 전력 사용, 전기료, 연료 소비, 연료 유형, 연간 연료비, 결제 이력을 제공하는 것이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.

차별 금지 고지문 - 연방 인권 법률과 미국 농무부(USDA) 인권 규정 및 정책에 따라, USDA, 그 소속 기관, 사무소, 직원 및 USDA 프로그램에 참여하거나 이를 관리하는 기관은 인종, 피부색, 출신국가, 성별, 종교적 신념, 장애여부, 연령, 정치적 신념을 이유로 차별할 수 없으며, 또는 USDA가 실시하거나 자금을 지원하는 프로그램이나 활동에서 이전에 인권 활동을 한 것을 이유로 하는 앙갚음이나 보복 행위를 하는 것이 금지됩니다.

장애인으로써 프로그램 정보를 전달할 대체 연락 수단(예, 점자책, 큰 인쇄물, 오디오 테이프, 미국 수화 등)을 필요로 하는 사람은 수당을 신청한 기관(주 또는 현지)으로 문의해야 합니다. 청각 장애인이나 언어 장애가 있는 사람은 Federal Relay Service((800) 877-8339)를 통해 USDA에 문의해야 합니다. 이 밖에도, 프로그램 정보는 영어 외에 다른 언어로도 제공됩니다.

차별 행위에 관한 불만사항을 제기하려면, USDA Program Discrimination Complaint Form (AD-3027)(온라인으로는 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html에서 제공되며, USDA 사무소 어디에서나 제공됨)을 작성하거나, 이 서식에서 요구하는 모든 정보를 기재한 서신을 USDA에 보내십시오. 민원 양식 사본을 요청하려면, (866) 632-9992로 문의하십시오. 작성이 완료된 양식이나 서한은 다음 방식으로 USDA에 보내주십시오:

(1) 우편: U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410

(2) 팩스: (202) 690-7442

(3) 이메일: program.intake@usda.gov.

본 기관은 평등한 기회를 제공하는 기관입니다.

섹션 10: SNAP 법적 대리인: 귀하가 가족 이외의 사람이 귀하를 대신해 SNAP 수당을 신청하거나 SNAP 수당을 받거나 귀하를 위해 식료품을 구입하게 하고 싶다면, 법적 대리인이 해당 가구에 의해 서면으로 달리 지정되어 있지 않는 한 그 사람의 이름, 주소, 전화번호를 인쇄체로 기입하십시오.

섹션 11: 서명: 귀하의 이름을 서명하십시오. 귀하가 법적 대리인 (Authorized Representative)인 경우, 귀하와 책임있는 성인 가구주 구성원은 양쪽 모두 신청서/재인증서 8페이지에 있는 서명란에 반드시 서명하고 일자를 기입해야 합니다.

법적 대리인이 시설에 거주하지 않는 영양보충지원 프로그램 (SNAP) 가구를 대신하여 신청하는 경우, 법적 대리인과 가구주 또는 가구의 책임 있는 다른 성인 구성원이 모두 신청서/재인증서 8페이지에 있는 서명란에 반드시 서명하고 일자를 기입해야 합니다.

섹션 12: 기타 정보 본 섹션을 이용하시면 본 기관이 알아두어야 한다고 생각되는 추가 정보를 알려줄 수 있습니다.

섹션 13: 사용 허가: 더 이상 SNAP 신청을 원치 않는다면 이름을 서명하고 날짜를 기입하십시오. 하지만 언제든지 다시 신청할 수 있습니다.

유의사항: 신청서의 마지막 페이지는 투표하기 위한 등록 신청서입니다. 유권자 등록 신청서를 작성하고 싶으시면 귀하의 담당자에게 문의하십시오. 유권자 등록 신청을 하거나 거부하더라도 이 기관에서 받게 될 지원의 적격성 또는 액수에는 영향을 주지 않습니다.

귀하의 신청서와 인터뷰에서 나오는 정보는 전주 컴퓨터 시스템인 복지 관리 시스템(Welfare Management System, WMS)에 입력되어 저장될 것입니다. 이 시스템은 사회복지 서비스 프로그램의 관리를 개선하고 사기를 막기 위해 이용됩니다.

아래의 중요 정보를 읽어보십시오
SNAP 신청자/수급자의 권리와 책임

귀하의 권리와 책임 관련 추가 정보가 의뢰인 정보 편람(LDSS-4148A; LDSS-4148B, LDSS-4148C)에 기재되어 있습니다. 이 책자는 귀하의 해당 지역 사회보장서비스 지역사무소 (social services district)와 온라인으로 얻을 수 있습니다.

귀하가 가지고 있는 권리:

- 귀하는 SNAP 신청자/수령자로서 수령 자격을 판단하고 신청서 접수 30일 이내에 수당을 받을 수 있도록 하려면 가급적 빠른 시일 내에 인터뷰를 받아야 합니다.
- 상황이 여의치 않다면 사무소내 인터뷰를 면제해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 상황이 여의치 않은 경우란 일반적으로 질병, 교통편 곤란, 가구 구성원 간호, 시골 지역 거주로 인한 곤란, 장기 악천후 또는 근무 또는 교육으로 인한 사회보장서비스 지역사무소의 근무 시간내 도착 곤란 등이 있습니다. **귀하 가구의 모든 성인 구성원이 소득이 없는 노령자이거나 장애인인 경우, 귀하의 요청으로 사무소내 인터뷰가 면제될 것입니다.** 기관은 사무소내 인터뷰를 면제하고 전화 인터뷰 또는 예약 가정 방문을 실시할 수 있습니다. 가구의 주거지를 포함하여 상호 받아들일 수 있는 장소에서 사전에 대면 인터뷰를 약속할 수 있습니다.
- 인터뷰에 통역할 사람과 동행할 수 있습니다. 통역사가 필요한 경우, 해당 기관이 무료로 마련할 것입니다. 영어가 유창하지 않거나 듣거나 말하는 데 장애가 있다고 해서 서비스가 거부될 수 없습니다. 지역 사회복지사무소는 TTY/TTD 릴레이 시스템을 활용하여 듣기 또는 말하기 장애가 있는 신청자/수령자를 위한 서비스를 제공할 수 있습니다. 귀하에게 특별 니즈가 있는 경우, 지역 사회복지사무소에 특별 편의를 요청할 수 있습니다.
- 귀하에게 장애가 있어도 귀하는 장애가 없는 사람과 동일하게 SNAP을 위한 인터뷰를 받을 권리가 있습니다.
- SNAP 수당 신청서를 제출해서 인터뷰한 날로부터 30일 이내에 귀하의 신청이 승인 또는 거부되었는지를 반드시 통보 받아야 합니다. 신속 처리 대상자라면 신청서를 제출한 날로부터 5일 이내에 SNAP 수령자 자격 여부를 통지를 받고 추가 서류가 필요할 경우 이를 통지 받아야 합니다.
- 귀하의 영양보충지원 프로그램 (SNAP) 신청이 승인 또는 거절되는지 여부를 알려주는 서면 통지서를 반드시 받아야 합니다.
 - 신청이 승인되면 이 통지서에는 귀하가 받을 SNAP 수당의 액수가 적혀 있을 것입니다.
 - 신청이 거부되면 이 통지서에는 그 이유와 귀하가 동의하지 않거나 그 결정을 이해하지 못하는 경우 무엇을 해야 하는지를 설명할 것입니다.

공정 심리란 무엇인가

공정 심리(Fair Hearing)란 귀하의 케이스에 대한 사회복지사무소 결정이 잘못되었다고 생각하는지에 대한 이유를 뉴욕주 임시장애인지원국(OTDA)의 행정법 판사에게 소명할 수 있는 기회입니다. 공정 심리가 끝나면 뉴욕주가 사회복지사무소의 판결이 옳았는지 또는 잘못되었는지를 담은 서면 결정문을 발부합니다. 결정문에서는 사회보장서비스 지역사무소에 귀하의 사안을 시정하도록 명령할 수 있습니다.

공정 심리요청 기한

SNAP에 대해 공정 심리를 요청하고자 할 경우 기한이 있으므로 **즉시** 요청하십시오. 너무 오래 기다리면 공정 심리 기회를 얻지 못할 수 있습니다. **귀하의 사안에 관한 통지를 받았고** 귀하가 공정 심리 (Fair Hearing)를 요청하고자 하는 경우, 통지서에서 귀하가 공정 심리 (Fair Hearing)를 요청할 수 있는 기한이 얼마나 남았는지 알려줄 것입니다. 통지서의 모든 내용을 잘 숙독하십시오. 통지서에 귀하의 SNAP 수당이 거부되었거나, 중단 또는 축소될 것이라고 적혀 있는 경우 통지일로부터 90일 이내에 공정 심리를 요청할 수 있습니다. 충분한 SNAP 수당을 받고 있지 않다고 생각되면 인증 기간 내에 언제든지 공정 심리를 요청할 수 있습니다.

아래의 중요 정보를 숙독하십시오 (계속)

공정 심리를 요청하는 방법

뉴욕주에 거주하고 있는 경우, 전화, 팩스, 온라인 또는 아래 주소로 편지를 보내 공정 심리를 요청할 수 있습니다.

전화: 뉴욕주 전역의 수신자 부담 전화 요청 번호는 800-342-3334 입니다. 통지서가 있으면 전화를 걸 때 준비하십시오.

팩스: 귀하의 공정 심리 요청서를 발송할 팩스 번호: 518-473-6735

온라인: 다음에서 온라인 요청서를 작성하십시오: <http://otda.ny.gov/hearings/>

서면 우송: 통지서를 받았다면 해당 란에 기입한 후 통지서 사본을 반송하거나, 또는 다음 기관으로 보내주십시오:

Fair Hearing Section

NYS Office of Temporary and Disability Assistance

Fair Hearings

P.O. Box 1930

Albany, New York 12201-1930 귀하의 통지서 사본은 보관하십시오

직접 방문: 뉴욕시에 거주하는 경우 **Office of Administrative Hearings, Office of Temporary & Disability Assistance, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York**에 내방하셔서 직접 요청을 할 수도 있습니다.

긴급 상황 시 - 귀하가 몹시 어려운 상황에 처해 있다면 뉴욕시 임시장애인지원국이 가급적 빠른 시일 안에 공정 심리 일정을 마련해드립니다. 공정 심리를 위해서 전화하거나 서신을 보낼 때, 귀하의 상황이 매우 심각함을 설명하십시오.

참고: 뉴욕시 긴급 공정 심리인 경우에만 800-205-0110 으로 연락하십시오. 이 전화번호는 긴급 상황인 경우를 제외하고 다른 목적으로 사용할 수 없습니다. 긴급 상황과 관련이 없는 요청은 이 전화번호에서 처리하지 않습니다.

통역관 - 영어가 모국어가 아닌 경우 또는 청각 또는 언어 장애가 있는 경우 통역 서비스를 무료로 받을 수 있습니다.

원조 지속 - 귀하의 수당이 중단 또는 축소 예정임을 알리는 통지를 받고 통지서의 **유효일** 이전에 공정 심리를 요청하는 경우 대부분의 경우 귀하의 SNAP 수령은 공정 심리 결정이 내려질 때까지 똑같이 지급됩니다(**“원조 지속”**). 귀하의 사안에 관한 통지를 받지 못한 상태에서 귀하의 수당이 중단 또는 축소되는 경우, 귀하는 공정 심리를 요청하는 것과 동시에, 공정 심리 결정이 내려질 때까지 귀하의 SNAP 수당이 원래 상태로 회복되게 해달라고 요청할 수 있습니다(**“계속 지원”**).

그러나 **“원조 지속”** 상태에서 공정 심리 기회를 얻지 못하는 경우 공정 심리 결정을 기다리는 동안 **“원조 지속”**으로 받은 수당을 반환해야 할 수 있습니다. 공정 심리 (Fair Hearing) 결정이 내려질 때까지 그 동안 받았던 SNAP 수당을 똑같이 받기를 원치 **않을 경우**, 귀하는 공정 심리 (Fair Hearing)를 요청하기 위해 전화를 하거나 서면을 보낼 때 뉴욕주 임시 및 장애 지원국 (New York State Office of Temporary and Disability Assistance)에 이를 반드시 알려야 합니다.

공정 심리 준비 방법:

뉴욕주 임시 및 장애 지원국은 공정 심리가 열릴 장소와 시간에 대해 안내하는 통지서를 발송할 것입니다. 공정 심리 준비를 할 때 귀하는 본인의 사건 기록을 검토하고 공정 심리에서 행정 판사에게 제공될 양식 및 서류의 무료 사본을 제공 받을 권리가 있습니다. 또한 공정 심리를 위해 필요하다고 생각하는 본인의 사건 기록의 사본을 무료로 받을 수도 있습니다. 일반적으로 이러한 서류는 공정 심리 이전에 또는 늦어도 공정 심리가 열리는 곳에서 받을 수 있습니다. 귀하의 공정 심리와 관련된 서류를 요청했지만, 사회보장서비스 지역사무소가 공정 심리 전이나 공정 심리 시 이를 귀하에게 주지 않을 경우 행정 판사에게 이를 알려야 합니다. 또한 공정 심리 시 귀하에게 도움을 줄 수 있는 증인을 동반하고 다음과 같은 정보를 제출해야 합니다: 사회보장서비스 지역사무소의 결정이 잘못되었다고 생각하는 이유를 전달하는 데 도움이 될 **급여명세서, 청구서, 영수증, 임대차계약서, 진료명세서.**

변호사, 친인척 또는 친구와 공정 심리에 동행해서, 귀하의 사건에 대한 사회보장서비스 지역사무소의 결정이 잘못되었다고 생각하는 이유를 알릴 수도 있습니다. 공정 심리에서 귀하를 도울 변호사가 필요하다고 생각되면 귀하 지역의 법률구조회 또는 법률서비스실에 전화하여 무료로 변호사를 구할 수 있습니다. 다른 변호사들의 이름을 알려면 귀하 지역의 변호사협회에 전화하십시오.

아래의 중요 정보를 숙독하십시오 (계속)

사회보장서비스 지역사무소 측 담당자도 공정 심리 장소에 나와 귀하의 사건에 대한 사회보장서비스 지역사무소의 결정에 대해 이야기할 수도 있습니다. 귀하 또는 귀하의 대리인은 이 사람과 사회복지사무소 측 증인에게 질문을 할 수 있습니다.

귀하가 공정 심리에 참석할 수 없는 경우, 대리인을 보낼 수 있습니다. 공정 심리에 변호사가 아닌 사람을 보낼 경우 이 사람에게 행정법 판사에게 전달할 서한을 주어야 합니다. 이 서한에는 이 사람이 공정 심리에서 귀하의 자리를 대신할 것임을 알려야 합니다. 행정법 판사가 귀하의 참석이 꼭 필요하다고 결정하고 귀하의 증언이 필요하다면 귀하가 참석할 수 있는 다른 날로 공정 심리일이 재조정될 수 있습니다. 새로운 심리일은 우편으로 통지됩니다.

참고: 귀하가 요청하는 경우, 공정 심리 참석을 위해 사용한 대중교통 요금, 아동 돌봄 비용, 기타 필요한 비용을 돌려받을 수 있습니다. 대중교통을 이용할 수 없을 경우, 다른 교통 수단을 위해 지불해야 했던 교통비를 환급 받을 수 있습니다. 의료상 문제로 대중교통을 이용할 수 없는 경우, 다른 교통수단을 위해 지불해야 했던 교통비를 환급 받을 수 있습니다. 단, 귀하는 의료 증빙서류를 제공하도록 요청 받을 수 있습니다.

귀하의 사건 및 컴퓨터 기록 조회:

SNAP 또는 기타 지원을 신청하면 이에 대한 케이스 기록 및 컴퓨터 기록이 보관됩니다. 일반적으로 신청자는 그러한 기록을 조회할 권리가 있습니다. 그러나 조회할 수 없는 기록도 있을 수 있습니다. 담당자가 이에 대한 규칙을 설명해 줄 수 있습니다.

귀하가 컴퓨터 기록의 사본을 요청하는 서신을 보내는 경우, 개인정보보호법 (Personal Privacy Protection Law)에 따라 뉴욕주 기관은 (i) 귀하에게 귀하의 기록을 발송하거나 또는, (ii) 귀하에게 그들이 귀하의 기록을 제공할 수 없는 이유를 설명하거나 또는, (iii) 그들이 요청서를 받았으며, 귀하의 요청 서신을 수령한 날로부터 근무일 기준으로 5일 이내에 귀하가 해당 기록을 제공받는 것이 허용되는지 여부를 결정할 것임을 귀하에게 통지해야 합니다.

SNAP의 신청자/수급자로서 귀하의 몇 가지 책임:

SNAP 신청자 및 수령자에 대한 고용 요건

개인이 SNAP 업무 요건(아래에 설명된 광고)에서 면제(참여는 필수 사항이 아님)된 사회 봉사 지구에 만족한다고 개인의 문서에 명시되지 않은 한, 개인은 반드시:

- 일자리를 수락하거나 구직 활동을 해야 합니다.
- 근무 능력 평가에 참가해야 합니다.
- 고용 상태 및 근무 가능성에 관한 정보를 제공해야 합니다.
- 사회보장서비스 지역사무소가 지정한 업무 활동에 참가해야 합니다.

개인이 다음과 같이 사회복지서비스 담당자를 만족시킬 수 있는 문서를 제공할 경우 개인은 SNAP 업무 요건에서 면제됩니다(참여는 필수 사항이 아님).

- 16 세 미만 또는 60 세 이상에 해당하는 자
- 정신적 또는 신체적으로 장애가 있고, 정상적인 생활이 불가능하거나 아프고, 일을 할 수 없는 사람
- 6 세 미만 피부양 자녀를 돌봐야 하는 사람. 연방에서 지원하는 임시지원 프로그램에 따라 업무 경험을 쌓고 있는 사람이라면 본 SNAP 근무 요건 면제가 적용되지 않습니다.
- 연방에서 지원하는 임시지원 프로그램에 따라 근무 요건 적용을 받아 이를 준수하는 사람. 업무 경험을 쌓도록 지정된 사람의 경우 본 SNAP 근무 요건 면제가 적용되지 않습니다.
- 정상적인 생활이 불가능한 사람을 하루 종일 돌봐야 하는 사람
- 실업보험 수당 신청자 또는 수령자
- 약물 또는 알코올 치료 프로그램에 정기적으로 참가하는 사람, 그리고 사회복지사무소 담당자가 귀하를 일을 할 수 없는 사람이거나 업무 활동을 지정할 수 없는 대상으로 결정하는 경우
- 인가 받은 학교, 교육 프로그램 또는 고등교육기관에서 최소 한나절 등록을 한 학생
- 주당 최소 30 시간 근무하거나, 또는 연방의 주당 최저 임금의 최소 30 배에 상당하는 돈을 버는 사람
- 공통 처리 조항에 따른 생활보조금(SSI) 및 SNAP 수당 신청자
- 가장이 아니거나, 또는 최소 한나절 동안 학교나 취업 프로그램에 참가하는 16 - 17 세의 사람

SNAP 근로 지정을 준수하지 못하거나 거부하거나 일을 그만두면 SNAP 수당을 못 받을 수 있습니다. 수당을 못 받게 되는 기간은 근무 요건을 준수하지 않아서 제재를 받은 시간에 달려 있습니다.

아래의 중요 정보를 숙독하십시오 (계속)

피부양자가 없는 신체 건강한 성인(Able-Bodied Adults without Dependents, ABAWD)에 해당되는 SNAP 수령자에 대한 추가 자격 요건

근무 등록자이고 SNAP 근무 요건 적용을 받는 사람이라면 반드시 다음에 해당하지 않는 한 추가 SNAP 수령 자격에도 부합해야 합니다:

- 18 세 미만 또는 50 세 이상에 해당할 것
- 18 세 이하 청소년이 포함된 SNAP 가정에 거주하는 사람
- 퇴역군인부 (Veteran's Affairs, VA) 장애 보상 급여 수령인;
- 사회보장 장애 보험 (Social Security Disability Insurance, SSDI) 또는 뉴욕주 장애 수당과 같은 공공 또는 사적 기금 장애 수당 수령인;
- 임신부
- 또는, 신체적 또는 정신적 한계로 인해 최소 월 80 시간 근무할 수 없는 사람

주의 사항: 위에 나열된 조건 중 하나 이상을 충족시키는 사람만 ABAWD 요건에서 면제됩니다. SNAP 가구의 다른 ABAWD 가 36 개월 동안 3 개월 이상 SNAP 수당을 계속 받으려면 ABAWD 요건을 준수해야 합니다.

위에 나열된 추가 자격 요건이 면제되지 않은 개인은 ABAWD 이며 다음에 해당하는 개인이 아닌 한 36 개월 중 3 개월 동안만 SNAP 수당을 받을 자격이 됩니다.

- 매월 최소 80 시간 근로 활동("현물 지급" 근로 및 자원봉사 업무 포함)
- 매월 최소 80 시간 사회보장서비스 지역사무소에서 인정하는 유자격 근로/훈련 프로그램에 참여
- 연방 또는 주 최저임금 중 더 높은 최저임금으로 나눈 귀하의 SNAP 수당에 해당하는 시간 동안 근로 경험 프로그램(Work Experience Program, WEP) 과제 준수
- 구직, 취업 준비, 직무 능력 훈련 및 교육 활동을 포함할 수 있는 근로자투자기회법(Workforce Investment Opportunity Act) 또는 매월 최소 80 시간 동안 1974 년 무역법(Trade Act of 1974)에 따른 프로그램에 참여하거나
- 또는, 매월 최소 80 시간 동안 여러 개의 근무 또는 자격이 되는 업무 프로그램에 참가

주의 사항: 위에 나열된 연방 ABAWD 요건은 SNAP 가구의 각 ABAWD 에 적용됩니다.

ABAWD 가 위에 열거된 요건 중 하나라도 충족시키지만 사회 복지국에 통지하지 않은 경우, 개인은 36 개월 중 3 개월 동안 SNAP 수당을 받은 후 SNAP 수당을 받을 수 없게 되는 것을 피하기 위해 즉시 사회 복지국에 연락하고 참여한 사람의 문서를 제공해야 합니다. ABAWD 가 월 80 시간 이상 근무 또는 자격있는 활동에 참여하지 않고 있으며 3 개월 한도를 초과하여 SNAP 수당을 받기를 원하고 적어도 한 달에 80 시간 이상의 유급 고용 상태를 확보할 수 없는 경우, ABAWD 가 연방 ABAWD 요건을 충족시킬 수 있도록 허용할 수 있는 업무 또는 업무 프로그램에 대해 상의하기 위해 즉시 사회 복지국에 즉시 연락해야 합니다.

이 밖에도, ABAWD 는 월 단위로 무급 근무 활동에 참가했다는 서류를 제출하고 근무 시간이 월 80 시간 이하인 경우 월말이 지난 후 10 일 이내에 사회보장서비스 지역사무소에 이를 알려야 합니다. 정당한 사유없이 이러한 요건을 준수하지 않으면 ABAWD 가 SNAP 수당을 받을 수 없게 됩니다.

정당한 사유

ABAWD 는 또한 해당 개인이 적어도 그 달에 80 시간 동안 일하거나 ABAWD 자격을 갖춘 활동에 참여하는 것을 방지할 수 있는 정당한 사유가 될 수 있습니다. 정당한 사유는 ABAWD 가 ABAWD 요건을 그 달에 충족시키는 것을 방해하는 개인의 통제를 벗어나는 사건이나 상황입니다. 정당한 사유의 사례에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다. 일시적인 질병 또는 가정 비상 사태. ABAWD 는 사회 복지국에서 요청할 경우 ABAWD 업무 규칙에 정당한 사유 또는 면제에 대한 증거를 제출해야 합니다. 정당한 사유 또는 면제의 증거에는 ABAWD 의 진료를 제공하는 의료 전문가의 진술이 포함될 수 있습니다.

ABAWD가 ABAWD 요건을 충족시키지 못한 정당한 사유가 있다고 생각하거나 승인된 ABAWD 면제 조항이 있는 지역에 있거나 위에 명시된 조건 중 하나를 충족하기 때문에 ABAWD 요구 사항에서 면제해야 한다고 생각하면, ABAWD는 즉시 사회 복지국에 연락하여 증빙 서류를 제공해야 합니다. ABAWD가 연방 정부의 ABAWD 요건을 충족시키지 못하고 결과적으로 SNAP 자격이 상실된 경우 SNAP을 다시받을 자격이 있을 수 있습니다. 그렇지 않으면 SNAP 수혜 자격을 회복하기 위해 해야 할 일을 논의하는 차원에서 사회 복지국에 즉시 연락해야 합니다.

사기가 의심되는 경우

귀하의 사건에 대해 진실하게 말하지 않는다고 담당자가 판단하여 귀하가 조사를 받는 경우, 변호사에게 이야기해야 합니다. 형사법원에서 귀하를 복지 사기 혐의로 기소할 경우, 귀하에게 자격이 있을 경우 이 법원에서 무료로 귀하를 대변할 변호사를 선임합니다.

아래의 중요 정보를 숙독하십시오 (계속)

농민 인터뷰를 재예약할 책임:

영양보충지원 프로그램 (SNAP)의 신청자/수급자로서 귀하는 영양보충지원 프로그램 (SNAP) 자격 상실을 피하기 위해 귀하가 신청한 날로부터 30 일 이내에 농민 인터뷰를 재예약할 책임이 있습니다.

증빙 제공 책임

SNAP 를 신청할 때에는 일부 사항의 증빙 서류를 제출하라는 요구를 받습니다. 귀하의 담당자가 필요한 사항을 알려줄 것입니다. 서류 요건은 여러 지원 프로그램마다 다를 수 있습니다. 사회보장서비스 지역사무소가 사회보장번호와 같이 변경되지 않는 일부 사항의 증거를 이미 갖고 있다면 이를 또 다시 증명할 필요가 없습니다.

처음 지원금을 신청할 때 신분증 및 기타 중요한 문서를 구비해두면 좀 더 빨리 도움을 받을 수 있습니다.

사회보장서비스 지역사무소에 서류를 제출하고 사무소 이름, 귀하의 이름, 날짜, 시간, 제출한 특정 서류 목록 및 귀하에게 수령증을 건넨 담당자 이름이 포함된 수령증을 요청하십시오.

담당자가 귀하의 SNAP 수령 자격 결정에 필요한 증빙 서류라고 알려준 사항을 제출해야 합니다. 요청 받은 증빙 서류를 확보하는 데 어려움이 있다면 담당자에게 알려주세요.

비시민권자 자격 구비 정보

많은 비시민권자가 SNAP을 받을 자격이 있는 유자격 외국인입니다. 귀하가 SNAP 자격이 없다고 해도 귀하의 자녀는 자격이 있을 수 있습니다. 영양보충지원 프로그램 (SNAP)은 귀하의 이민 문제와 관련된 USCIS 결정과 관련하여 귀하의 이민 상태에 영향을 주지 않습니다.

미국(U.S) 시민, 시민이 아닌 미국 국적자(미국령 사모아 또는 Swains Island 에서 태어난 사람), 또는 자격이 되는 외국인이라면 SNAP 를 신청할 수 있습니다. SNAP 수령 자격을 얻을 수 있는 유자격 외국인:

1. 이민국적법(INA) 제 289 조에 의거 아메리카 원주민 혈통이 50% 이상이며 캐나다에서 태어난 아메리카 원주민
2. 인디언 자결 및 교육 지원법(Indian Self-Determination and Education Assistance Act) 제 4(e)조에 따라 연방에서 인정한 인디언 부족원
3. 배우자(또는 재혼하지 않은 생존 배우자) 또는 결혼하지 않은 피부양 자녀를 포함해서, 흐몽(Hmong) 또는 하이랜드 라오티안(Highland Laotian)으로 인정 받은 외국인
4. INA 제 207 조에 따라 인정된 난민
5. INA 제 208 조에 따라 망명이 허용된 외국인
6. 1997년 4월 1일 이전에 유효한 INA 제 243(h)조에 따라 강제 추방이 보류되거나 INA 제 241(b)(3)조에 따라 이송이 보류된 외국인
7. 1980년 난민교육지원법(Refugee Education Assistance Act of 1980) 제 501(e)조에 따라 쿠바계 또는 아이티계 입국자로 인정 받은 외국인
8. 2000년 인신매매피해자보호법 제 103(8)조에 따른 인신매매 희생자에 해당되는 외국인
9. 미국 군대에 유효하게 근무하고 있거나, 군대, 이민자 지위 이외의 사유로 명예롭게 퇴역한 군인, 그 배우자, 미혼인 피부양 자녀, 또는 재혼하지 않은 생존 배우자, 또는
10. 아메리아시안으로서 인정된 외국인, 또는
11. INA 에 따라 합법적인 영주권자로 인정되고, 그 지위를 5년 동안 유지하고 있는 외국인
12. INA 제 212(d)(5)조에 의거 1년 이상 가석방되었으며 5년 체류 가능한 외국인
13. 8 USC 1641(c)에 따라 진정서가 제출 중이거나 승인이 된 매맞는 배우자 또는 자녀, 매맞는 자녀의 부모 또는 매맞는 부모의 자녀로서, 1996년 8월 22일 이전에 신청했거나 이 상태로 5년을 보낸 자
14. 다음과 같은 외국인도 SNAP 을 받을 자격이 있을 수 있습니다:
 - 합법적으로 영주권을 얻었으며 40 분기의 근로기간을 채웠거나 크레딧을 받을 수 있는 경우, 또는
 - 위에 명기된 유자격 상태에 있는 사람으로 일부 장애 또는 시각 장애 수당을 받는 자; 또는
 - 위에 명기된 유자격 상태에 있는 사람으로 18 세 이하인 자; 또는
 - 1996년 8월 22일에 미국에 합법적으로 와 있는 사람으로 시각장애인, 장애인 또는 60 세 이상인 자; 또는
 - INA 제101(a)(27)조에 따라 특별 이민 상태를 부여 받은 이라크 또는 아프간 국민, 또는 1980년 4월 1일 이전에 효력을 발생한 INA 제203(a)(7)조에 따라 조건부 입국 허가를 받은 자