

이 보고서를 반송할 때 이
보고서 **뒷면의 구역 주소**를
반송 봉투 주소란에 표시되도록
하십시오.

LDSS-4310-KO (Rev. 3/18)

정기 보고서

혜택을 지속적으로 받으려면 이 보고서를 작성한 후 뒷면에 열거된 주소로 []까지 보내주시기 바랍니다.

이 "정기 보고서"는 귀하가 적격 심사 담당자와 마지막으로 연락한 후 있을 수 있는 변경사항에 대한 정보를 수집하는데 도움이 됩니다. 이 "정기 보고서"를 작성하기 전에 모든 지침을 읽고 따라 주시기 바랍니다. 이 "정기 보고서"를 작성하고 서명한 후 아래 열거된 마감 날짜까지 보내주셔야 합니다. 그렇지 않을 경우 보육비 및/또는 SNAP 혜택이 중단될 수 있습니다.

사례명	케이스 번호	
사무실	부서	담당자
이 보고서 작성에 대해 질문이 있으실 경우 다음 번호로 연락하십시오: () []	작성한 보고서는 []까지 도착해야 합니다. 작성한 보고서가 이 날짜까지 도착하지 않을 경우 보육비 및/또는 SNAP 혜택이 중단됩니다. 이 보고서를 반송하지 않을 경우에도 Medicaid 혜택에 영향을 주지 않습니다.	

일반 지침

- 이 보고서의 모든 질문에 **답변해야** 합니다. 보육비 및/또는 SNAP 혜택을 현재 받고 있거나 또는 혜택을 받는 사람에 대해 법적으로 책임이 있는 모든 사람은 이 보고서의 모든 질문에 답변해 주십시오.
- 이 보고서를 작성하고 서명한 후 뒷면에 있는 주소로 []까지 보내주어야 하며 그렇지 않을 경우 보육비 또는 SNAP 혜택이 줄어들거나 중단될 수 있습니다.

참고: 임시 지원 및 Medicaid 혜택을 받고 있는 경우, 10일 이내에 변경사항을 담당자에게 보고해야 합니다. SNAP의 경우, 총 월간 수입이 귀하에게 정해진 한도를 130% 초과하는 경우, 월말이 경과하고 10일 이내에 이를 보고해야 합니다. SNAP 가족 구성원 중 어느 하나가 부양자가 없는 건강한 성인("ABAWD")이고 해당자의 근무 시간이 월 기준 80시간 미만인 경우 해당 월이 지난 후 10일 이내에 당국에 보고해야 합니다. ABAWD는 자신의 ABAWD 연방 요건을 충족시키기 위해 자격이 되는 근로 활동을 당국에 요청할 수 있습니다. 귀하의 SNAP 가족 구성원 중 어느 하나가 ABAWD인 경우, 귀하의 가족이 연방 정부가 승인한 ABAWD 면제 지역으로 이사를 했거나 ABAWD가 자신이 ABAWD 요건에서 면제되어야 한다고 믿는다면 해당인은 반드시 보고해야 합니다. 그렇지 않을 경우, 이 정기 보고서 또는 재인증에 대한 변경사항이 아닌 다른 변경사항은 보고하지 않아도 됩니다. 귀하의 보육비에 영향을 주는 변경사항이 있을 경우 즉시 담당자에게 연락해야 합니다.

뉴욕시의 경우 - 신규 정보! 이제 정기 보고서를 (우편으로 보내는 대신) **온라인**으로 빠르고 쉽게 제출할 수 있습니다.
www.nyc.gov/accesshra를 방문하시기 바랍니다.

섹션 1: 각 가족 구성원의 모든 수입을 열거해 주십시오. SNAP 혜택만 받고 있는 경우, 일하고 있는 각 가족 구성원의 수입을 여기에 열거해야 합니다.

(수입의 예에는 직업, 실업 보험, 사회보장 수당, 보충보장소득[SSI] 등이 포함됨)

담당자	직장 이름 또는 기타 수입원	빈도 (매일, 매주, 2주마다, 매월)	주당 총 근로 시간

가족 구성원이 월에 얻은 모든 수입의 증빙 서류를 보내주십시오.

섹션 2: 귀하가 마지막으로 보고서를 제출한 후 다른 변경사항(아래 상자를 읽으십시오)이 있었거나 변경될 것으로 예상됩니까?

아니요 또는 예 **예일 경우, 아래 상자 중 하나 이상에 체크(✓) 표시를 해야 합니다.**

- 귀하의 건강한 성인이 매일 80 시간 이상 일하지 않거나 열심히 업무에 참여하지 않았으며 SNAP 가족에 18 세 미만의 미성년자가 포함되어 있지 않음. (아래 요건에 부합하지 않는 사람과 월을 적어 주십시오.)
- 가족이 이사함(새로운 주소를 아래에 기입하십시오.)
- 가족 중 전입하거나 전출한 사람이 있음(전입한 사람과 날짜, 새로운 임대료를 기입하십시오.)
- 임대료가 인상 또는 인하(새로운 임대료를 기입하십시오.)
- 임대료에서 현재 다음과 같은 비용을 따로 지불 난방비 냉방비 기타 시설 (전기, 주방 가스, 수도, 하수구, 쓰레기)
- 일을 시작했거나 그만둔 사람이 있음(취업하거나 실업한 사람, 날짜, 장소를 기입하십시오.)
- 불로소득 금액에 변화가 있는 사람이 있음.
- 귀하의 보육비(보육 보조금을 제외한 본인이 부담하는 비용)가 새로운 비용이거나 변경되었거나 보육 서비스 제공자가 변경됨(새로운 금액과 보육 서비스 제공자를 기입하십시오.)
- 가족 구성원 중 한 사람의 사망 또는 출생(해당된 사람과 날짜를 기입하십시오.)
- 가족 구성원이 지불하는 법적 의무가 있는 자녀 양육비의 변화(가족 중 보육비를 지급하는 사람을 기입하십시오.)
- 일할 수 있는 가족 구성원의 능력이나 수행할 수 있는 일의 유형을 제한하는 건강 상태의 변화. (건강 상태에 문제가 발생한 사람과 시기를 적어주십시오.)
- 혜택에 영향을 줄 수 있는 기타 변경사항(변경이 있는 사람, 변경 사항, 날짜를 적고 가능한 경우 증빙 자료를 제공하십시오.)

변경사항에 대한 상세 정보를 적고 증빙 자료가 있을 경우 보내 주십시오.

인증서: 이 보고서에 제공한 정보로 본인의 임시 지원 혜택, SNAP 혜택, 보육비 지원금을 포함한 본인의 보조금에 변화를 주거나 본인의 케이스를 종료하게 할 수 있음을 이해합니다. 본인의 총소득이 130 퍼센트를 초과하는 경우, 본인은 수령일이 포함된 해당월이 지난 후 10 일 이내에 반드시 신고해야 합니다. 연방 및 주 법률은 자격이 없는 사람이 임시 지원, Medicaid, 보육비 또는 SNAP 혜택을 받으려고 하거나 허위로 받고 있는 사람은 벌금 및/또는 구금형에 처하고 있습니다. 이 양식에 보고된 정보는 본인의 Medicaid 가입 자격에 영향을 줄 수 있습니다.

본인은 본인의 임시 지원 및 Medicaid 케이스에 변경사항이 있을 경우 10 일 이내에 담당자에게 보고해야 함을 이해합니다.

본인의 보육비에 영향을 줄 변경사항이 발생한 경우 즉시 담당자에게 연락해야 함을 이해합니다. 본인은 면허를 받지 않거나 등록하지 않은 보육 서비스 제공자를 이용할 경우, 서비스 제공자가 비용을 지급 받으려면 특정 요건에 부합해야 함을 이해합니다.

본인의 SNAP 케이스를 위해 정기 보고서와 재인증 중에서 먼저 도래하는 변경사항을 보고해야 합니다. 다음에 변경사항을 보고할 수도 없습니다.

SNAP 가족 구성원 중 어느 하나가 ABAWD 이고 해당자의 근무 시간이 80 시간 미만인 경우 본인은 해당 월이 끝난 후 10 일 이내에 보고해야 합니다.

중요: 이 양식에 서명한 후 반송해야 합니다. 섹션 2 에서 변경사항에 “예”를 선택한 경우, 상자에 체크(✓) 표시를 하고 자세한 정보를 제공하십시오. 이 보고서를 작성하지 않을 경우, 혜택 중지 통지서를 보내 드립니다.

서명:	일자	전화번호(낮시간)
-----	----	-----------

작성 후 제공된 봉투로 반송

이 보고서를 반송할 때
반송 봉투 주소란 주소가
에 표시되도록 하십시오. ➔