



## CalFresh 수혜 자격 갱신

장애가 있거나 본 자격 갱신 신청서 작성에 도움이 필요한 분은 카운티 복지부(이하 "카운티")에 연락하면 도움을 받을 수 있습니다.

영어가 아닌 다른 언어로 말하거나, 읽거나, 쓰는 게 더 편한 분들의 경우에는 카운티에서 무료로 도와드릴 사람을 배정해 드립니다.

### CalFresh 혜택을 계속 받으려면 어떻게 해야 하나요?

CalFresh 혜택을 계속 받으려면 귀하의 수혜자격 인증 기간이 끝나기 전에 본 자격 갱신 신청서를 작성해서 카운티로 보내고 담당자와 면담을 해야 합니다. 대부분의 카운티에서는 온라인으로 자격 갱신 신청서를 작성할 수 있습니다. <http://www.benefitscal.org>를 방문하면 귀하가 거주하는 카운티에서도 온라인 신청서 작성이 가능한지 확인할 수 있습니다.

**주의:** 현재 건강보험 혜택을 받지 못하는 분들 가운데, 본인이 작성한 CalFresh 신청서 정보를 이용해서 카운티가 귀하의 Medi-Cal 수혜 자격을 확인할 수 있도록 허락하실 분들은 자격 갱신 신청서 3페이지 12번 질문 네모 칸에 체크하십시오

### 자격 갱신 신청서는 어떻게 작성해야 하나요?

가능하면 자격 갱신 신청서의 모든 항목을 빠짐없이 기재하십시오. 자격 갱신 절차를 시작하려면 최소한 본인의 이름과 주소, 서명을 반드시 기재해야 합니다. 본 신청서에 서명하기 전에 귀하의 권리와 책임에 대해 읽어보십시오. 서명한 신청서는 직접 방문, 우편, 팩스, 온라인 등을 통해 제출할 수 있습니다.

### 그 다음에는 무엇을 해야 하나요?

카운티는 본 신청서 내용에 대해 논의하기 위해 귀하에게 면담 일정이 적힌 서신을 보낼 것입니다. 대부분의 면담은 전화로 진행되지만, 카운티와 의논해서 카운티 사무실이나 그 밖의 다른 장소에서 직접 만나 면담을 실시할 수도 있습니다. 장애 때문에 다른 면담 방법을 이용해야 하는 경우에는 카운티에 알려주십시오. 신청서에 기재하지 않은 항목이 있거나 변경할 부분이 있으면 담당 사회 복지사가 면담이 진행되는 동안 신청서를 마저 작성할 수 있게 도와드립니다.

### 자격 갱신 면담에서는 어떤 얘기를 하나요?

면담이 진행되는 동안 카운티는 신청서에 기재된 정보를 확인하고 귀하의 CalFresh 수혜자격 갱신 여부와 혜택 금액을 결정하기 위한 질문을 합니다. 자격 갱신이 지연되는 걸 피하려면 면담 시 소득 변화, 함께 식료품을 구입하거나 식사하는 구성원의 변화, 주거비 변화 등 변경된 상황에 대한 증빙 자료를 제출해야 합니다. 증빙 자료를 준비하지 못했더라도 면담에는 참석하십시오. 카운티가 자격 갱신에 필요한 증빙 자료 확보를 도와드릴 수도 있습니다.

### 본 자격 갱신 신청서 보내는 걸 잊으면 어떻게 됩니까?

CalFresh 자격을 갱신하려면 귀하의 수혜자격 인증 기간이 끝나기 전에 본 신청서를 제출해야 합니다. 제출이 늦어지면 혜택 지급이 중단될 수 있습니다. 귀하의 수혜자격 인증 기한이 끝난 날로부터 30일이 경과한 뒤에 본 신청서를 제출할 경우, 종합 신청서를 이용해서 재신청해야 합니다.

CalFresh 프로그램 규정 1페이지 – 받아서 잘 보관하십시오.

## 자격 갱신이 승인된 뒤에는 어떻게 됩니까?

제때 재신청을 해서 수혜자격 인증 기간이 끝나기 전에 자격이 갱신되면 귀하의 전자 혜택 이체(EBT, Electronic Benefit Transfer) 카드로 혜택을 계속 받을 수 있게 됩니다. 본인의 EBT 카드와 기존과 동일한 PIN(Personal Identification Number)을 이용해 식료품을 구입하십시오. EBT 카드를 분실하거나 도난 당하거나 카드가 파손된 경우에는 그 즉시 (877) 328-9677 또는 카운티로 연락하십시오. 본인 거주지 부근에서 EBT를 받는 상점의 목록은 <https://www.ebt.ca.gov> 혹은 <https://www.snapfresh.org>를 참조하십시오.

## 권리 및 책임

귀하에게는 다음과 같은 책임이 있습니다.

- 귀하의 수혜자격 여부를 판단하는 데 필요한 모든 정보를 카운티에 제공해야 할 책임
- 필요한 경우, 귀하가 제공한 정보를 증빙할 수 있는 자료를 카운티에 제출해야 할 책임
- 규정에 따라 변경 사항을 신고해야 할 책임. 카운티는 무엇을, 언제, 어떻게 신고해야 하는지 알려줄 것입니다. 본인 가정의 신고 요건을 충족하지 못하면 CalFresh 혜택이 줄어들거나 지급 중지될 수 있습니다.
- 카운티가 귀하의 사례에 필요하다고 요구하는 경우, 일자리를 찾거나 구하거나 유지하거나 다른 구직 관련 활동에 참여해야 할 책임
- 귀하의 사례가 검토 또는 조사 대상으로 선정되는 경우 카운티, 주 또는 연방정부 담당자에게 전적으로 협조하여 본인의 자격 및 혜택 수준이 정확하게 산정되었는지 확인해야 할 책임. 이런 검토 과정에 협조하지 않으면 혜택을 상실하게 될 수도 있습니다.
- 수령 자격이 없는 상태에서 받은 혜택은 모두 상환해야 할 책임

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 본인의 이름, 주소, 서명만 기재한 신청서를 CalFresh에 제출할 권리
- 통역사가 필요한 경우 카운티가 무료로 통역사를 제공받을 권리
- 카운티 프로그램 시행과 직접적으로 관련된 경우가 아니면, 카운티에 제공한 정보는 기밀이 유지될 권리
- 카운티가 수혜자격 여부를 판단하기 전에는 언제든지 신청을 철회할 권리
- CalFresh 신청서 작성 시 도움을 요청하거나 규칙에 대한 설명을 들을 권리
- 필요한 증빙 자료를 얻기 위해 도움을 요청할 권리
- 친절하고 사려 깊고 정중한 대우를 받으며, 차별 받지 않을 권리
- 신청 후 합리적으로 타당한 시간 내에 카운티와 면담을 하게 되고, 면담 후 30일 이내에 수혜자격 여부를 결정받을 권리
- 급행 서비스(Expedited Service)를 받을 자격이 있는 경우, 3일 이내에 CalFresh 혜택을 받을 수 있는 권리
- 카운티가 귀하의 수혜 자격 판단에 필요하다고 요구한 증빙 자료를 제출할 때까지 최소 10일 이상의 여유를 가질 권리
- 카운티가 귀하의 CalFresh 혜택을 줄이거나 지급 중단하는 경우, 최소 10일 전에 사전 서면 통지를 받을 권리
- 귀하가 요청할 경우, 귀하의 사례를 카운티 담당자와 함께 논의하고 검토할 수 있는 권리
- 본인의 CalFresh 사례에 대한 카운티의 결정에 동의하지 않는 경우 90일 이내에 주 정부 심의회를 신청할 수 있는 권리
- 본인의 CalFresh 사례에 대한 조치가 취해지기 전에 심의회를 요청하는 경우, 심의회 개최일과 수혜자격 인증 기간 만료일 중 더 빠른 날까지 본인의 CalFresh 혜택이 동일하게 유지될 권리

CalFresh 프로그램 규정 2페이지 – 받아서 잘 보관하십시오.

- 본인의 심의회 신청 권리나 법률 지원 소개에 대한 문의는 수신자 부담 전화인 1-800-952-5253을 이용하고, 청각 장애나 언어 장애가 있는 분은 TDD, 1-800-952-8349를 이용할 권리. 가까운 법률 구조 협회나 복지 권리 사무국에서 무료로 법률 지원을 받을 수 있습니다.
- 심의회에 혼자 참가하기 싫은 분은 친구나 다른 사람을 동반할 수 있는 권리
- 카운티에서 유권자 등록에 필요한 도움을 받을 수 있는 권리
- CalFresh 혜택이 늘어날 수 있는 변경 사항이 발생한 경우에는, 신고 의무에 해당되지 않는 변경 사항이라도 보고할 수 있는 권리
- CalFresh 혜택을 더 받기 위해 본인 가정의 비용 지출 증빙 자료를 제출할 수 있는 권리. 카운티에 증빙 자료를 제출하지 않는 것은 그런 비용을 지출을 하지 않았다고 말하는 것과 같으므로, 결과적으로 CalFresh 혜택을 더 받을 수도 없습니다.
- 다른 사람이 귀하의 가정을 위해 귀하의 CalFresh 혜택을 이용하거나 귀하의 CalFresh 사례(지정 대리인)를 도와주게 하고 싶다면 그 사실을 카운티에 말할 수 있는 권리

**프로그램 규정 및 처벌**

본인이 수령할 자격이 없는 CalFresh 혜택을 받기 위해, 혹은 수혜 자격이 없는 사람이 혜택을 받도록 돕기 위해 허위 정보 혹은 잘못된 정보를 제공하거나 의도적으로 정보를 제공하지 않는 것은 범죄 행위에 해당됩니다. 본인이 수령할 자격이 없는 혜택은 모두 상환해야 합니다.

본인은 본인이...	다음과 같은 처벌을 받을 수 있다는 사실을 이해합니다...
<p><b>다음과 같은 행위를 저질러 의도적으로 프로그램 규정을 위반하는 경우:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 정보를 숨기거나 거짓 진술을 하는 행위</li> <li>● 다른 사람 소유의 EBT 카드를 사용하거나 본인의 카드를 다른 사람이 사용하게 하는 행위</li> <li>● CalFresh 혜택을 술 또는 담배 구입에 사용하는 행위</li> <li>● CalFresh 혜택 또는 EBT 카드를 교환, 판매 또는 무상으로 양도하는 행위</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 첫 번째 위반 시 12개월간 CalFresh 혜택 지급이 정지되며, 초과 지급된 CalFresh 혜택을 모두 상환해야 함</li> <li>● 두 번째 위반 시 24개월간 CalFresh 혜택 지급이 정지되며, 초과 지급된 CalFresh 혜택을 모두 상환해야 함</li> <li>● 세 번째 위반 시 영구적으로 CalFresh 혜택 지급이 정지되며, 초과 지급된 CalFresh 혜택을 모두 상환해야 함</li> <li>● 최대 \$250,000의 벌금형, 또는 최대 20년의 징역형, 또는 양쪽 모두</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 마약 같은 규제 약물과 CalFresh 혜택을 교환하는 행위</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 첫 번째 위반 시 24개월간 CalFresh 혜택 지급 정지</li> <li>● 두 번째 위반 시 영구적으로 CalFresh 혜택 지급 정지</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● CalFresh 혜택을 추가로 받기 위해 본인의 신분과 거주지 정보를 허위로 제공하는 행위</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 각 위반 행위에 대해 10년간 CalFresh 혜택 지급 정지</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● \$500 이상의 CalFresh 혜택을 교환 또는 매매하거나 CalFresh 혜택을 무기류, 탄약류, 폭약류와 교환한 혐의로 유죄 판결을 받은 경우</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 영구적으로 CalFresh 혜택 지급 정지</li> </ul>

CalFresh 프로그램 규정 3페이지 – 받아서 잘 보관하십시오.

**비시민권자를 위한 중요한 정보:** 가족 구성원 중에 자격을 충족하지 못하는 사람이 있더라도, 자격을 충족하는 구성원에 대한 CalFresh 혜택을 신청해서 받을 수 있습니다. 식품 혜택을 받는 것이 가족의 이민자 신분에 영향을 미치지 않습니다. 이민 관련 정보는 개인 정보이며 기밀이 유지됩니다. 혜택 수령 자격을 충족해서 혜택을 신청하는 비시민권자의 경우, 미국 시민권 및 이민국(USCIS)에 이민자 신분을 확인하게 됩니다. 연방법에 따라 USCIS는 사기 사건이 발생한 경우 외에는 해당 정보를 다른 용도로 사용할 수 없습니다.

**웁트 아웃:** CalFresh 혜택을 신청하지 않는 모든 비시민권자 가족 구성원에 대해서는 이민 관련 정보나 사회보장번호, 기타 관련 서류를 제출할 필요가 없습니다. 하지만 카운티가 귀 가정이 받을 혜택을 정확하게 산정하기 위해서는 그들의 소득 및 재원 정보를 알아야만 합니다. 카운티는 CalFresh 혜택 신청을 하지 않는 사람들의 정보는 USCIS에 문의하지 않습니다.

**사회보장번호(SSN) 사용:** CalFresh 혜택을 신청하는 사람은 SSN이 있는 경우 SSN을 제출해야 하고, 없는 경우에는 SSN 발급 신청을 했다는 증빙 자료(사회보장국에서 받은 편지 등)를 제출해야 합니다. 귀하나 귀하의 가구 구성원이 SSN을 제출하지 않을 경우 카운티는 해당 인물에 대한 CalFresh 혜택 지급을 거부할 수 있습니다. 가정 폭력 피해자나 범죄 기소 증인, 불법 매매 피해자 등의 경우에는 SSN을 제출하지 않아도 혜택을 받을 수 있습니다.

**초과 지급:** 초과 지급이란 본인이 원래 받아야 하는 액수보다 많은 CalFresh 혜택을 받은 것을 말합니다. 카운티가 실수를 했거나 고의로 벌어진 일이 아니라 하더라도 초과 지급액을 상환해야 합니다. 귀하의 혜택이 감액되거나 지급 정지될 수 있습니다. 법원이나 기타 징수 기관, 연방 정부의 징수 조치 등을 통해 귀하가 상환해야 하는 혜택을 징수할 때 귀하의 SSN을 사용할 수도 있습니다.

**신고:** 귀 가정은 카운티가 신고하도록 요구한 변경 사항을 지속적으로 신고해야 합니다. 변경 사항을 신고하지 않을 경우 귀하의 혜택이 줄거나 지급 정지될 수 있습니다. 또 소득이 줄어드는 등, 혜택을 늘릴 수 있는 상황이 발생한 경우에도 신고할 수 있습니다.

**주 정부 심의회:** 본인이 현재 수령 중인 혜택 자격 갱신과 관련해 취해진 조치에 이의가 있는 경우 주정부 심의회를 요청할 권리가 있습니다. 카운티의 조치 시행일로부터 90일 이내에 주정부 심의회를 요청할 수 있는데, 이때 심의회를 원하는 이유를 반드시 설명해야 합니다. 카운티가 발송한 승인 또는 거부 통지서를 보면 주정부 심의회 신청 방법에 대한 설명이 나와 있습니다.

**비차별:** 모든 사람을 평등하게 대우하고 품위 있게 존중하는 것이 캘리포니아 주와 카운티의 방침입니다. 연방 법률 및 미국 농무부(USDA) 정책에 따라, 인종, 피부색, 출신 국가, 성별, 나이, 종교, 정치적 신념 또는 장애에 근거한 차별은 엄격하게 금지되어 있습니다. 차별에 관한 민원을 제기하려면 본인이 거주하는 카운티의 시민권 전담관에게 연락하거나 아래 USDA 또는 캘리포니아 사회보장국(CDSS)으로 연락하십시오.

USDA Director, Office of Civil Rights Room  
326-W, Whitten Building  
1400 Independence Ave., S.W.  
Washington, D.C. 20250-9410  
1-202-720-5964 (voice and TDD)

CDSS Civil Rights Bureau  
P.O.BOX 944243, M.S. 8-16-70  
Sacramento, CA 94244-2430  
1-866-741-6241 (무료 전화)

USDA는 평등 기회 고용 기관입니다.

CalFresh 프로그램 규정 4페이지 – 받아서 잘 보관하십시오.

**개인정보 보호법과 공개:** 귀하는 신청서에 개인 정보를 기재하게 됩니다. 카운티는 이 정보를 이용해서 혜택 수령 자격 여부를 판단합니다. 필요한 정보를 제출하지 않을 경우 카운티는 귀하의 신청을 거부할 수 있습니다. 귀하에게는 본인이 카운티에 제출한 모든 정보를 검토, 변경 또는 수정할 수 있는 권리가 있습니다. 카운티는 귀하가 동의하거나 연방 및 주 법률이 허용하는 경우 외에는 외부인에게 귀하의 정보를 보여주거나 제공하지 않습니다. 카운티는 소득 및 수입 확인 시스템(IEVS) 등의 컴퓨터 매칭 프로그램을 통해 이런 개인 정보의 진위 여부를 확인합니다. 이 정보는 프로그램 규정 준수 여부를 모니터링하거나 프로그램을 관리하는 데 사용됩니다. 카운티는 이러한 정보를 공식적인 검토를 위해 다른 연방 및 주 당국 기관과 공유하거나, 범람을 피해 도주 중인 범인을 체포하기 위해 법 집행 당국과 공유하거나, 채권 추심 조치를 위해 사설 채권 추심 기관과 공유할 수 있습니다. 카운티가 이들 기관에서 얻는 정보가 귀하의 수혜자격 여부 및 혜택 액수에 영향을 미칠 수 있습니다.

**사례 파일 검토:** 귀하의 사례가 수혜자격 여부가 제대로 판단되었는지 확인하기 위한 추가 검토 대상으로 선정될 수 있습니다. 귀하는 품질 관리 검토를 비롯한 일체의 조사 또는 검토와 관련해 카운티, 주 정부 또는 연방 정부 담당자들에게 전적으로 협조해야 합니다. 이런 검토 과정에 협조하지 않으면 혜택을 상실하게 될 수도 있습니다.

**CalFresh 근로 규정:** 카운티는 귀하를 의무적인 근로 프로그램에 참여시킬 수 있습니다. 카운티가 요구한 근로 활동에 참가하지 않을 경우 수령하는 혜택이 줄거나 지급 정지될 수 있습니다. 또한 최근에 직장을 그만둔 경우에는 CalFresh 수혜 자격이 없을 수도 있습니다.

**EBT 사용:** 귀하 본인과 가족 구성원, 귀하의 지정 대리인, 또는 귀하가 자발적으로 본인의 EBT 카드와 PIN을 제공한 사람이 귀하의 EBT 카드를 사용하는 경우 이는 귀하의 동의에 따른 것으로 간주되며 귀하의 계좌에서 인출된 혜택은 재지급되지 않습니다.

CalFresh 프로그램 규정 5페이지 – 받아서 잘 보관하십시오.

## 참고



## 수혜자격 갱신 신청서 - CalFresh 혜택만 수령하는 가구

귀하의 혜택을 중단 없이 제때 수령하려면 인증 기간이 끝나기 전에 본 양식을 작성해 서명과 날짜를 적어 카운티에 보내고 귀하의 상황을 증명할 증빙 자료를 제출하십시오. 이 날짜까지 정보를 입수해야만 귀하와 면담을 하고 귀하의 수혜자격 갱신 절차를 마무리할 수 있습니다. 저희는 귀하가 마지막으로 카운티에 정보를 제공한 이후 귀 가정에 발생한 **변경** 사항에 **대해서만** 알고자 합니다. CalFresh 자격 갱신 절차를 시작하려면 **최소한** 귀하의 이름과 서명, 주소, 날짜가 적힌 양식이 필요합니다.

사례명: \_\_\_\_\_ 사례 번호: \_\_\_\_\_

1. 귀하의 자택에 이사를 들어 왔거나 나간 사람이 있습니까(출생한 아기가 있으면 아기를 포함할 것)?  예  아니오 ('예'일 경우, 아래 항목을 기재하십시오.)

이사한 날짜 (월/일/년)	성명 (이름, 중간이름, 성)	생년월일	귀하와의 관계	식품을 정기적으로 함께 구매하고 요리합니까?
<input type="checkbox"/> 들어옴 <input type="checkbox"/> 나감 / /		/ /		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<input type="checkbox"/> 들어옴 <input type="checkbox"/> 나감 / /		/ /		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<input type="checkbox"/> 들어옴 <input type="checkbox"/> 나감 / /		/ /		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

2. CalFresh 수혜 가족에게 도움을 제공할 수 있는 18세 이상의 성인을 승인할 수도 있습니다. 이 성인은 면담 때 귀하의 대변인 역할을 할 수도 있으며, 귀하 대신 양식 작성, 쇼핑 및 변경사항을 보고할 수 있습니다. 귀하는 이 성인이 카운티에 제공하는 정보로 인해 해당 혜택을 잘못 수혜한 경우 이를 상환해야만 하며, 지출하기를 원치 않는 혜택을 이 성인이 지출한 경우 대체받을 수 없습니다. 귀하가 승인받은 대리인인 경우, 귀하와 신청인의 신분 증빙서류를 본 카운티에 제공해야만 합니다.

CalFresh 사례를 도와 줄 사람을 원하십니까?  예  아니오  
'예'일 경우 다음을 작성해 주십시오.

승인한 대리인 이름	승인한 대리인 전화번호
------------	--------------

귀 가족을 위해 CalFresh 혜택을 수령하고 지출할 사람을 원하십니까?  예  아니오  
'예'일 경우 다음을 작성해 주십시오.

이름	전화번호
주소	시 주 우편번호

3. 주소가 변경되었습니까?  예  아니오 ('예'일 경우, 아래 항목을 기재하십시오.)

새 주소: \_\_\_\_\_ 이사한 날짜: \_\_\_\_\_  
우편 주소 (상기 주소와 다른 경우) \_\_\_\_\_

4. 이사를 했거나 새로운/변경된 주거비가 발생한 경우, 아래에 해당 정보를 기재해 주십시오.

현재 다달이 내는 집세 또는 모기지는 얼마입니까? \$ \_\_\_\_\_  
집세 또는 모기지와 별도로 내는 경우, 현재 귀하가 다달이 내는 재산세 및 주택 보험료는 얼마입니까? \$ \_\_\_\_\_

4a. 주거비에 포함되지 않는 공과금이 있습니까? 만약 있다면, 다음 중 어떤 것인지 체크하십시오.

전화비  쓰레기 수거비  수도세  전기세/가스비  기타 난방비 또는 냉방비

5. 노숙자(홈리스)입니까?  예  아니오 '예'일 경우 임시 보호소 거주 비용을 냈습니까?  예  아니오

사례명: \_\_\_\_\_ 사례 번호: \_\_\_\_\_

**6. 학생: 귀하를 포함해 혜택 신청을 한 사람 가운데 대학이나 직업 훈련 학교에 재학 중인 사람이 있습니까?**  예  아니오

'예'일 경우, 아래에 관련 정보를 적어 주십시오. '아니오'일 경우, 다음 질문으로 가십시오.

해당인의 이름	학교/교육 기관 이름	등교 유형 (✓ 하나만 체크)	근로 여부
		<input type="checkbox"/> 반나절 이상 <input type="checkbox"/> 반나절 이하 <input type="checkbox"/> 강좌 수: _____	<input type="checkbox"/> <b>아니오</b> <input type="checkbox"/> 예, 주당 평균 근로 시간 : _____
		<input type="checkbox"/> 반나절 이상 <input type="checkbox"/> 반나절 이하 <input type="checkbox"/> 강좌 수: _____	<input type="checkbox"/> <b>아니오</b> <input type="checkbox"/> 예, 주당 평균 근로 시간 : _____

**7. 현재 직장 소득(근로 소득)이 있는 사람이 있습니까?**  예  아니오

'예'일 경우, 아래 항목을 기재하고 증빙 자료를 첨부하십시오. 일을 하고 있는 사람의 각자 직업을 기재하십시오. 공간이 모자라는 경우, 별도의 종이에 내용을 적어서 첨부하고 그것이 어떤 질문에 대한 내용인지 명시하십시오. 예를 들면 베이비시팅, 급여, 자영업, 병가 중 급여, 팁 등

	직업 #1	직업 #2	직업 #3
소득이 있는 당사자의 이름:			
고용주 이름:	자영업의 경우 체크할 것 <input type="checkbox"/>	자영업의 경우 체크할 것 <input type="checkbox"/>	자영업의 경우 체크할 것 <input type="checkbox"/>
소득 수령 빈도수:	<input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 2주마다 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 월 2회	<input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 2주마다 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 월 2회	<input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 2주마다 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 월 2회
월 소득 총액:	\$	\$	\$
월 근로 시간:			
이 소득이 계속 유지될 것으로 예상하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

**7a. 가까운 시일 내에 누군가의 직업이나 소득에 변화가 생길 예정입니까?**  예  아니오

예: 소득 중단, 소득 개시, 소득 인상 또는 인하, 근로 시간 변동, 퇴직, 파업, 급여 지급 빈도 변화.

'예'일 경우, 여기에 그 내용을 설명하고 증빙 자료를 첨부하십시오. \_\_\_\_\_

**8. 현재 가족 구성원 중에 다른 소득원에서 수입을 얻는 사람이 있습니까?**  예  아니오

'예'일 경우, 아래 항목을 기재하고 증빙 자료를 첨부하십시오. 예: 사회보장금, 실업 수당, 재향 군인 연금, 주 정부 장애 보험(SDI), 자녀/배우자 부양비, 산재 보상금, 대출/증여, 집세, 공공요금, 식료품비 등의 근로/불로 소득

성명	소득 출처	일시적 소득 또는 지속적 소득	수령 금액/수령 빈도수

**8a. 가까운 시일 내에 이 소득에 변화가 생길 예정입니까?**  예  아니오

'예'일 경우 여기에 그 내용을 설명하십시오. \_\_\_\_\_

사례명: \_\_\_\_\_ 사례 번호: \_\_\_\_\_

**9. 의료비 지출: CalFresh 혜택을 받는 60세 이상 고령자나 장애인 가운데 의료비 지출이 늘거나 새롭게 지출이 시작된 사람이 있습니까?**

예  아니오 ('예'일 경우, 아래 항목을 기재하십시오. 이 지출비가 새로 발생한 비용이거나 \$25 이상 변경된 경우)

의료비를 지출하는 사람은? \_\_\_\_\_ 의료비 유형 \_\_\_\_\_

의료비 지출액? \_\_\_\_\_ 지출 빈도? \_\_\_\_\_

**10. 자녀 부양비: CalFresh 혜택을 받는 사람 중에 자녀 양육비를 내야 하는 사람이 있습니까?  예  아니오**

('예'인 경우 아래 항목을 작성해 주십시오. 이 비용이 새로 지불할 의무가 있는 아동양육비 또는 법적으로 지불해야 할 아동양육비 변경 또는 인상된 아동양육비 지불금인 경우 그에 대한 증빙 서류를 첨부하십시오.)

자녀 이름 \_\_\_\_\_

현재 내야 하는 액수는? \$ \_\_\_\_\_ 양육비를 내는 사람은? \_\_\_\_\_

**11. 피부양자 또는 자녀 돌봄 비용: 귀하나 다른 사람이 출근, 등교 또는 구직 활동을 할 수 있도록 자녀나 장애가 있는 성인 또는 기타 피부양자를 돌보는 비용을 지불하는 사람이 있습니까?  예  아니오**

('예'경우, 귀하나 가족 구성원이 자비로 지불하는 액수가 얼마인지 적어주십시오. 서비스 제공자 또는 귀하가 부담하는 금액이 변경된 경우 그에 대한 증빙 서류를 첨부하십시오.)

금액: \$ \_\_\_\_\_ 지불하는 사람: \_\_\_\_\_ 피부양자/자녀 이름: \_\_\_\_\_

**12. Medi-Cal 신청에 관심이 있습니까?  예  아니오**

'예'라고 답한 경우, 카운티는 귀하가 기재한 정보를 이용해 귀하가 Medi-Cal 혜택을 받을 수 있는지 알아볼 것입니다.

**13. 이중 혜택**

귀하 또는 귀하의 가족 구성원 중 1996년 9월 22일 이후에 어떤 주에서든 부정한 방법으로 이중 SNAP(연방 식품 지원 프로그램 이름, 캘리포니아 주에서는 CalFresh라고 부름) 혜택을 수령한 죄로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까?  예  아니오

'예'일 경우, 누구입니까? \_\_\_\_\_

**14. 혜택 불법 거래**

귀하 또는 귀하의 가족 구성원 중 1996년 9월 22일 이후에 \$500 이상의 SNAP 혜택을 불법 거래(EBT 카드를 타인이 사용하도록 허락하거나 판매하는 행위)한 죄로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까?  예  아니오

'예'일 경우, 누구입니까? \_\_\_\_\_

**15. 혜택을 이용한 마약 거래**

귀하 또는 귀하의 가족 구성원 중 1996년 9월 22일 이후에 SNAP 수당을 마약류와 교환한 죄로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까?

예  아니오 '예'일 경우, 누구입니까? \_\_\_\_\_

**16. 혜택을 이용한 무기류 또는 폭약류 거래**

귀하 또는 귀하의 가족 구성원 중 1996년 9월 22일 이후에 SNAP 수당을 총기류, 화약류 또는 폭약류와 교환한 죄로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까?

예  아니오

'예'일 경우, 누구입니까? \_\_\_\_\_

**17. 도주 중인 중죄인**

귀하 또는 귀하의 가족 구성원 중에 중범죄 또는 중범죄 미수에 대한 기소, 구금 또는 징역 처벌을 피하기 위해 숨어 있거나 도주 중인 사람이 있습니까?

예  아니오

'예'일 경우, 누구입니까? \_\_\_\_\_

**18. 보호 관찰/가석방 위반**

귀하 또는 귀하의 가족 구성원 중에 보호 관찰 또는 가석방을 위반한 혐의로 법원 판결을 받은 사람이 있습니까?  예  아니오

'예'일 경우, 누구입니까? \_\_\_\_\_

사례명: \_\_\_\_\_ 사례 번호: \_\_\_\_\_

## 책임 사항

**주의해서 읽고 서명과 날짜를 기입하십시오. 이 양식에 서명하는 것은 다음을 의미합니다.**

본인은 본 자격 갱신 신청서에 서명할 경우 위증죄 처벌 규정에 따라(거짓 진술을 할 경우) 다음과 같은 사실을 인정하는 것임을 인지하고 있습니다.

- 본인은 본 자격 갱신 신청서의 내용과 본 신청서의 질문에 대한 본인의 답변 내용을 직접 읽었거나 다른 사람이 읽어주는 것을 들었습니다.
- 본인이 기재한 답변 내용은 본인이 아는 범위 내에서 진실이며 완전한 사실입니다.
- 본인의 자격 갱신 과정에서 제공하게 될 모든 답변은 본인이 아는 범위 내에서 진실이며 완전한 사실일 것입니다.
- 본인은 CalFresh 프로그램의 권리 및 책임(프로그램 규정 1페이지)과 CalFresh 프로그램 규정 및 처벌(프로그램 규정 2~3페이지)에 관한 내용을 직접 읽었거나 다른 사람이 읽어주는 것을 들었습니다.
- 본인은 CalFresh 자격을 충족하기 위해 거짓 진술 또는 오해의 소지가 있는 진술을 하거나, 사실을 허위로 얘기하거나, 정보를 감추거나 제공하지 않는 행위는 사기에 해당된다는 사실을 알고 있습니다. 사기를 저지를 경우 형사 기소되거나 일정 기간 동안(또는 평생) CalFresh 혜택 수령을 금지 당할 수 있다는 걸 압니다.
- 본인은 혜택을 신청하는 가구 구성원들의 사회보장번호 또는 이민자 신분 정보가 연방법에 정해진 바에 따라 적절한 정부 기관과 공유될 수 있다는 사실을 이해합니다.

**혜택을 계속 수령하려면 귀하의 인증 기간이 만료되기 전에 본 신청서를 작성해 서명 및 날짜를 기재하고 담당자와 면담을 해야 합니다.**

**아래에 서명해야 하는 사람:** 성인 가족 구성원/지정 대리인/후견인

\_\_\_\_\_  
신청인 서명 또는 표식

\_\_\_\_\_  
날짜

\_\_\_\_\_  
이메일/전화번호