

# 조부모 사실 진술서

(SAWS 2 보조 양식)

케이스 이름
케이스 번호

규정에 따르면, 미성년자 부모(18세까지)가 현금 보조금을 신청하는 경우 본 기관은 반드시 한 집에 같이 살고 있는 조부모의 소득을 감안해야 합니다. 이 소득 중 어느 정보를 감안할지는 기관이 결정합니다.

**작성 방법 안내:**

- 본 양식을 작성해 SAWS 2와 함께 제출하십시오. 귀하와 함께 살고 있는 부모에 대해 모든 질문에 답해 주십시오.
- 작성된 양식을 제출하지 않을 경우 귀하의 현금 보조금과 현금 형태의 Medi-Cal은 **금액이 변동되거나 지급 중지될** 수 있습니다.
- 궁금한 점이 있으면 담당자에게 물어 보거나 카운티로 전화해 주십시오.

1. 귀하의 부모는 다음과 같은 소득이 있거나 돈 또는 수당을 받고 있습니까? 근로 소득, 사회 복지 수당, 실업/장애 수당(UIB/DIB), 보조적 소득 보장/주정부 보조 지급금(SSI/SSP), 산재 보상금과 같은 정부 수당, 철도 근로자 퇴직금, 재향 군인 또는 기타 민간 또는 정부 장애 퇴직 수당, 이자 또는 주식 배당금, 채권, 보통예금, 가정 내 지원 서비스(IHSS), 자녀 양육비/배우자 부양비, 훈련 지급금, 파업 수당, 현금, 선물, 용자금, 보조금, 장학금, 세금 환급금, 근로 소득 세금 공제(EITC), 도박에서 딴 돈/복권 상금, 임대 소득, 임대 지원금, 무료 주택/유틸리티/의복 또는 식료품, 보험금 또는 법적 합의금 등.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
이름	자산	수령 금액	얼마나 자주		
		\$			
이름	자산	수령 금액	얼마나 자주		
		\$			
2. 앞으로 6개월 사이에 이 소득에 변동 사항이 발생할 것으로 예상합니까? “예”인 경우, 아래에 예상 변동 사항을 적어 주십시오. 부모님이 고용주의 편지, 수당 지급 서한 등과 같은 증빙을 갖고 있는 경우 모두 첨부해 주십시오.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
누구의 소득이 변경될 예정입니까?		어떤 소득이 변경될 예정입니까?		언제, 어떻게 변경될 예정입니까?	
3. 부모님이 현재 한 집에 함께 살고 있는 다른 사람들을 부양하고 있고 그 사람들을 연방 세금 목적 상 부양 가족으로 신고하고 있습니까? “예”인 경우, 해당 개인(들)의 이름과 관계를 적어 주십시오.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
이름	관계	이름	관계		
4. 부모님이 현재 한 집에 함께 살고 있지 않은 다른 사람들을 부양하고 있고 그 사람들을 연방 세금 목적 상 부양 가족으로 신고하고 있거나 신고할 수 있습니까? “예”인 경우, 해당 개인(들)의 이름과 지급 액수를 적고 증빙을 첨부해 주십시오.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
이름	지급 금액	이름	지급 금액		
	\$		\$		

**증명**

- 본인은 보조금을 받기 위해 고의로 모든 사실을 신고하지 않거나 허위 정보를 신고하는 경우 법적으로 기소당할 수 있음을 이해합니다. 본인이 수령 자격을 갖추지 않은 보조금의 수령 금액이 \$950를 초과할 경우 심각한 범죄를 저지른 혐의로 기소될 수 있습니다. 또한 본인의 현금 보조금이 일정 기간 동안 지급 중지될 수 있습니다. 최대 \$10,000의 벌금형 및/또는 최대 3년간의 유치장 또는 교도소 징역형이 선고될 수 있습니다.
- 본인은 정보 또는 진실된 사실을 신고하지 않을 경우 법적 기소로 이어져 벌금형 및/또는 징역형을 받을 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 본인의 현금 보조금 수령 자격 또는 수령 금액에 영향을 미칠 수 있는 예상치 않은 변동 사항이 발생하는 경우, 해당 변동 사항 발생일로부터 5일 이내에 담당자에게 연락해 해당 변동 사실을 신고해야 한다는 사실을 이해합니다. 일체의 변동 사항에 대해 신고해야 하는지 여부가 불확실한 경우 담당자에게 연락해 확인해야 합니다.
- 본인은 본인이 신고하는 사실로 인해 본인이 받는 수당이 지급 거부, 감액 또는 지급 중지될 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 카운티 복지부에서 제안하는 일체의 조치에 대해 주 정부 청문회를 요청할 수 있는 권리를 가지고 있음을 이해합니다. 본인은 본 신고서에 기재한 내용이 진실이고 정확하며 완전하다는 사실을 선서하며, 그렇지 않을 경우 미국 및 캘리포니아 주 법규에 따라 위증죄로 처벌 받을 것입니다.

**귀하는 반드시 본 신고서에 서명하고 날짜를 기입해야 하며, 그렇지 않을 경우 작성 미완료로 간주됩니다.**

현금 보조금 수령 미성년 부모의 서명

서명 날짜



카운티 전용란