



보조 영양 지원 프로그램(SNAP) 혜택 신청

신청서 작성 안내

- 가능한 많은 질문에 답변합니다.
- 신청서 1페이지에 평일에 연락하거나 메시지를 남길 수 있는 전화번호를 기입합니다.
- 신청서를 제출하기 전에 반드시 서명합니다.
- 권리, 책임 및 처벌 통지서를 읽으십시오.
- 1페이지에 이름과 주소를 기입하고 6페이지에 서명한 뒤 나머지 부분은 추후에 작성하는 방법을 통해 미완료된 신청서를 제출할 수 있습니다. 이 최소한의 정보로 신청서 제출일을 맞춘 후 나머지는 DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton MA 02780-0420으로 우편으로 보내시거나 (617) 887-8765번으로 팩스를 보내주시기 바랍니다.
- SNAP 혜택은 귀하의 신청일부터 시행됩니다.

인터뷰를 해야 합니다. 신청서가 접수되면 DTA가 이를 검토하고 신청서에 기재된 정보에 대해 의논하기 위해 귀하에게 연락합니다.

참고: DTA가 귀하에게 연락할 수 없을 경우, 전화 인터뷰 일정을 서한으로 보내드립니다.

증빙 서류를 제출해야 합니다. 인터뷰 중 DTA는 SNAP 혜택을 받기 위해 필요한 증빙 서류와 정보에 대해 설명합니다. DTA는 기입할 항목이 포함된 검증 체크리스트를 보내드립니다. 신청서가 접수된 날짜로부터 30일 안에 필요한 증빙 서류를 당국에 제공해야 합니다. 이러한 증빙 서류를 확보하기 어려운 경우 DTA에게 도움을 요청하십시오. 증빙 서류는 DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton MA 02780-0420으로 우편으로 보내시거나, (617) 887-8765번으로 팩스를 보내주시기 바랍니다.

결정: 30일 이내에 신청에 대한 결정 사항을 전달받게 됩니다.

이 페이지를 자른 후 기록을 위해 보관해야 합니다.

어떤 증빙 서류가 필요한가?

다음 대부분의 증빙 서류는 SNAP 혜택을 신청할 때 필요합니다.

- **귀하의 이름과 주소가 기재된 신분증:**
주소가 없는 경우 거주하고 있는 곳을 본 부서에 알려야 합니다. .
- **소득 증빙 서류:**
이자 소득 금액 및 지급 빈도 등을 포함한 불로 소득의 수여 서신 또는 계좌 입금 내역서. 직장 이 있는 경우 지난 4회 급여 명세서, 계좌 입금 내역서 또는 수표 사본을 제출합니다.
- **전체 가입 신청자의 소셜 시큐리티 번호(SSN)**
- **비시민권자 신분 증빙 서류:**
시민권자가 아닌 경우 법적 비시민권자 신분 증빙 서류를 제출합니다.
- **특정 비용에 대한 증빙 서류:** 선택 사항이지만 다음 중 하나에 대한 증빙 서류를 제공할 경우 SNAP 혜택이 더 증가할 수 있습니다.
 - **의료 비용**
가구에 귀하나 다른 사람이 60세 이상이거나 증명된 장애를 가지고 있는 경우, 공동부담금 또는 건강보험 보험료 영수증, 틀니, 안경, 보청기, 보청기 배터리, 처방약, 의사가 처방한 진통제 또는 비처방 의약품, 그리고 의료 서비스를 받기 위해 이동한 왕복 교통에 대한 영수증과 함께 *본인 부담 의료비가 확인되어야 합니다.*
 - **자녀 양육비**
법원 서류 등 동거하고 있지 않은 사람에게 지불한 자녀 양육비 및 지급액에 대한 증빙 서류.

또한, 아래에 해당되는 비용이 있는 경우 알려주십시오(이 부분은 선택 사항이지만 이로 인해 귀하의 SNAP 혜택이 증가할 수 있습니다).
 1. **주택 비용:** 집세 또는 모기지 지불, 부동산세 또는 주택 소유자 종합보험
 2. **유틸리티:** 가정용 난방유, 가스, 전기, 전화(휴대전화 포함) 또는 쓰레기 처리, 나무 또는 석탄과 같은 기타 유틸리티 비용
 3. **보육 또는 성인 부양 가족 보호 비용** 가정 내 또는 가정 외 보호

SNAP 혜택을 받을 수 있는 방법에 대한 자세한 정보는 **SNAP** 핫라인 번호 **1-877-382-2363** 로 전화하십시오.



매사추세츠 주 전환지원부
(Massachusetts Department of Transitional Assistance)

간소화된 보조 영양 지원 프로그램(SNAP)

노인 신청자용 신청서

(60대 이상의 개인 및 부부)

신청자 정보

1. 다음 개인 정보를 기입해 주십시오.

이름(성, 이름, 중간이름 이니셜)		SSN:
전화번호	낮 시간에 이 번호로 연락할 수 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	생년월일:
주택 주소(거리, 아파트 호수)		<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
도시, 주, 우편번호		
우편 주소(다른 경우)		현재 노숙자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

2. **민족/인종:** 이 정보는 모두 사람들이 공정하게 대우 받도록 하기 위해 수집됩니다. 귀하의 답변은 자발적이며 귀하의 자격 또는 혜택 금액에 영향을 미치지 않습니다.

민족: 히스패닉 또는 라틴계 예 아니오

인종: (해당되는 곳에 모두 체크)

아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 아시아계 흑인 또는 아프리카계 미국인
 하와이 또는 기타 태평양섬 원주민 백인

구사 언어: 구사 언어를 알려주십시오 _____

3. 미국 시민권자입니까? 예 아니오

4. 매사추세츠주의 거주자입니까? 예 아니오

5. 특수한 상황을 가지고 있습니까? 해당하는 상자에 모두 체크하십시오.

신체/정신 장애 청각 장애 시각 장애
 통역사 필요 수화 필요 기타 _____

6. 이 정보를 작성하는 데 도움을 준 사람이 있습니까? 예 아니오
 도와준 사람의 이름 _____ 도와준 사람의 전화번호 _____

가구 구성 정보

- 7. 기혼입니까? 예 아니오
- 8. 예인 경우, 남편이나 부인과 함께 살고 있습니까? 예 아니오
- 9. 함께 살고 있는 22세 이하의 자녀가 있습니까? 예 아니오
- 10. 다른 사람과 함께 살고 그리고 식사를 함께 합니까? 예 아니오
- 11. 함께 살고 있는 사람을 기재해 주십시오.

이름	성	SSN	생년월일	성별	미국 시민권자	귀하와의 관계
					<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
					<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
					<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	

재정 정보

12. 귀하나 가족 구성원 중 다음 유형의 소득을 받는 사람이 있습니까?

소득 유형	소득 금액	소득 빈도 (주 1회, 주2회 또는 월 1회)	소득 수령인 이름
사회보장연금	\$	매월	
SSI	\$	매월	
연금	\$		
재향군인 혜택	\$		
산재 보상	\$		
고용 급여	\$		
기타(직접 기재) _____	\$		
기타(직접 기재) _____	\$		

13. 노인주간보호소 비용을 지불합니까? 예 아니오

14. 처방약, 비처방 의약품, 당뇨 용품, 안경, 치과 비용, 보청기 등 기타 의료 비용을 지불합니까?
 예 아니오

15. 매달 집세 또는 모기지로 얼마를 지불합니까? \$ _____

16. 다음 중 지불하는 것이 있습니까?

- 집의 난방비(난방유, 가스, 전기 또는 프로판 가스 등)를 지불하거나 다른 사람과 난방비를 분담합니다. 예 아니오
- 여름에 에어컨을 사용하고 전기세를 지불하거나 다른 사람과 전기세를 분담합니다. 예 아니오
- 여름에 에어컨을 사용하고 그 사용료를 지불합니다. 예 아니오
- 전기세 또는 가스비를 지불하거나 다른 사람과 이 비용을 분담합니다. 예 아니오
- 휴대전화 서비스(선불 전화 제외)를 포함한 전화 서비스 비용을 지불합니다. 예 아니오

수권 대리인

17. 귀하를 위해 식품을 구매할 수 있도록 다른 사람이 SNAP 카드를 신청하거나 받기를 원하십니까?

예 아니오

성:	이름:	중간이름 이니셜:	주소:	전화번호:

신속 처리 SNAP

다음 중 하나에 해당하는 경우 7일 이내에 SNAP 혜택을 받을 수 있습니다.

- 소득과 은행 예금을 합친 금액이 매월 주택 비용보다 적습니까? 예 아니오
- 월 소득이 \$150 이하이며 은행 예금이 \$100 이하입니까? 예 아니오
- 이주 노동자이며 은행 예금이 \$100 이하입니까? 예 아니오

권리, 책임 및 처벌 통지서(주의 깊게 읽어보시기 바랍니다)

본인은 위증 시 처벌을 받는 조건 하에 본 신청서에 있는 정보를 읽었으며 또는 본인에게 읽어 주었으며 본 신청서의 질문에 대한 답변 및 이러한 답변이 본인이 알고 있는 한도 내에서 진실이며 완전함을 증명합니다. 또한 본인은 위증 시 처벌을 받는 조건 하에 앞으로 작성할 수 있는 모든 추가 서류에 대한 본인의 답변이 본인이 알고 있는 한도 내에서 진실이며 완전할 것임을 증명합니다. 본인은 SNAP 자격을 확립하기 위해 구두 또는 서면으로 허위 또는 오해의 소지가 있는 진술을 제공하거나 사실을 왜곡하거나 은폐하거나 알리지 않는 것은 사기 행위로 고의적 프로그램 위반 (IPV) 행위이며 민사 및 형사 처벌을 받을 수 있음을 이해합니다.

본인은 신청서에 제공한 정보가 사실인지를 판단하기 위해 연방, 주 및 지방 담당자의 검증 대상이 될 수 있으며 제공된 정보가 거짓인 경우 SNAP 혜택이 거부될 수 있으며 의도적으로 허위 정보를 제공한 것에 대해 형사 처벌 대상이 될 수 있음을 이해합니다.

본인은 전환지원부(DTA)가 SNAP을 관리하며 DTA가 신청일로부터 신청서를 처리하는 데 30일의 기간이 소요됨을 이해합니다. 본인은 가구 소득, 자산, 주소, 거주 형태, 가족 규모, 직장 등의 변경 사항 또는 혜택 자격에 영향을 줄 수 있는 모든 기타 변경 사항에 대해 DTA에 보고해야 함을 이해합니다. 본인은 이러한 변경 사항이 SNAP 연간 신고 규정 또는 전환 혜택 대체(TBA) 규정에 따라 변경 사항을 신고하도록 DTA에서 허용하지 않는 한 **변경 발생 10일 이내**에 직접, 서면으로 또는 전화로 DTA에 보고해야 함을 이해합니다.

본인은 신속 처리 SNAP 혜택에 적격하지 않은 것으로 결정되고 본인이 이에 동의하지 않는 경우, 또는 신속 처리 서비스 자격이 있는 것으로 결정되었지만 SNAP을 신청한 날로부터 7일 이내에 SNAP 혜택을 수령하지 못한 경우 감독자와 이야기할 수 있는 권리가 있음을 이해합니다.

본인은 보육 또는 다른 부양 가족 보호 비용, 집세/모기지, 기타 주거 제반 또는 유틸리티 비용을 신고하기로 선택한 경우 더 높은 SNAP 혜택을 받을 수 있음을 이해합니다. 또한 본인은 가족 구성원이 아닌 사람에게 자녀 양육비를 지불할 경우 이를 신고하고 이 비용에 대해 DTA에 증빙 서류를 제공할 수 있음을 이해합니다. 위에 열거된 비용을 신고하지 않거나 증명하지 않을 경우 이는 매달 SNAP 혜택을 적게 받으며 그 가구가 신고하지 않은 또는 증명되지 않은 비용에 대해 공제를 받지 않길 원한다는 본인의 진술로 간주될 수 있습니다.

마찬가지로 본인은 60세 이상이거나 장애가 있고 의료 비용을 지불하는 경우 이러한 비용을 DTA에 신고하고 증명할 수 있음을 이해합니다. 이를 통해 소득 공제를 받을 수 있으며 SNAP 혜택이 인상될 수 있습니다.

본인은 아래 서명함으로써 16세와 59세 사이의 모든 가족 구성원이 자동으로 근로 등록이 되며 SNAP 취업 및 훈련 프로그램(SNAP/E&T)에 가입됨을 이해합니다. 자동 SNAP/E&T 등록은 가족 구성원이 쉽게 SNAP/E&T 서비스에 접근할 수 있도록 해 줍니다. 비면제 가구 구성원은 근로 요건을 통지받고 불이행 시 면제 및 처벌에 대한 설명을 듣고 적절한 경우 취업 활동을 소개받게 됩니다.

이 양식에 서명함으로써 본인은 DTA에 보조금에 대한 자격과 관련해 본인이 제공한 정보를 확인하고 조사할 수 있는 권한을 부여합니다. 본인은 DTA가 어떤 기록이나 데이터를 입수할 수 있으며 연방 및 주 정부 기관, 지방 주택국, 타 주 복지 부서, 금융 기관을 포함한 다른 기관 및 DTA에 급여 정보를 제공하는 Equifax Workforce Solutions로부터 이 신청서에 제공된 정보를 확인할 수 있는 권한을 부여합니다. 본인은 또한 이러한 기관에 본인의 SNAP 혜택과 관련된 본인의 가구에 대한 정보를 DTA에 제공할 수 있는 권한을 부여합니다.

본 부서는 소비자 보고 기관인 Equifax Workforce Solutions의 보고서에 있는 정보에 따라 귀하의 혜택을 거부, 정지 또는 인하시킬 수 있습니다. 본인은 DTA의 결정 60일 이내에 본인이 요청할 경우 Equifax로부터 무료로 본인의 보고서 사본을 받을 권리가 있습니다. 본인은 본인의 보고서에 있는 정보의 정확성이나 완전성에 대해 이의를 제기할 권리가 있습니다. 본인은 다음 주소로 Equifax에 연락할 수 있습니다: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566(수신자 부담).

혜택이 승인되기 전에 이전에 INS로 알려진 미국 시민권 및 이민 서비스(USCIS)를 통해 이민 상태를 확인할 수 있습니다. 본인은 DTA가 본인의 SNAP 신청서의 정보를 USCIS에 제출할 수 있고 USCIS에서 받은 모든 정보가 본인 가구의 자격 및 혜택 금액에 영향을 미칠 수 있음을 이해합니다.

본인은 아래에 서명함으로써 본인의 부양 가족이 자동으로 학교 아침 식사 및 점심 프로그램에 가입되도록 본인과 19세 미만의 부양 가족에 대한 정보를 초중등 교육부(DESE)와 공유할 수 있는 권한을 DTA에 부여함을 이해합니다. 또한 본인은 본인, 5세 미만의 부양 가족 및 가구 내 임산부가 영양 서비스를 위해 여성, 유아 및 아동(WIC) 프로그램에 의뢰될 수 있도록 이러한 개인들에 대한 정보를 보건부(DPH)와 공유할 수 권한을 DTA에 부여합니다.

본인은 아래에 서명함으로써 DTA와 매사추세츠주 보건복지 사무국(Massachusetts Executive Office of Health and Human Services)에 유틸리티 서비스 요금 할인에 대한 본인의 자격 입증 목적만을 위해 이들 회사와 실행한 기밀 유지 계약에 따라 전기 공급 회사, 가스 공급 회사 및 자격이 있는 통신 사업자와 공공 지원 혜택에 대한 본인의 자격에 대한 정보를 공유할 수 있는 권한을 부여함을 이해합니다. 또한 본인은 DTA에 본인의 Heat & Eat 프로그램 가입 목적을 위해 본인의 정보를 주택 및 지역사회 개발부(DHCD)와 공유할 수 있는 권한을 부여합니다.

본인은 “알아야 할 권리” 안내 책자 및 SNAP 프로그램 안내 책자 사본을 받아 이 책자를 반드시 직접 읽거나 본인에게 읽어주도록 해야 하며 그 내용 및 본인의 권리와 책임을 이해해야 함을 알고 있습니다. 안내 책자 또는 이 정보에 관한 궁금한 사항이 있거나 이 정보를 읽고 이해하는 데 어려움이 있는 경우 DTA에게 1-877-382-2363번으로 연락할 것입니다.

본인은 또한 SNAP 혜택을 요청하는 본인의 SNAP 가구 구성원 모두 미국 시민권자이거나 만족스러운 이민 상태의 비시민권자임을 맹세합니다.

유권자 등록 권리

본인은 DTA에서 유권자 등록을 할 수 있는 권리가 있음을 이해합니다. 본인은 도움을 원할 경우 DTA가 유권자 등록 신청서를 작성하는 데 도움을 줄 것이며, 본인이 개인적으로 유권자 등록 신청서를 작성할 수 있음을 이해합니다.

본인은 유권자 등록 신청 또는 등록 거부는 DTA로부터 받는 보조금 금액에 영향을 미치지 않음을 이해합니다.

SNAP 처벌 경고

본인은 본인 또는 SNAP 가구 구성원 중 누군가가 고의로 아래 열거된 규정을 위반한 경우, 그 사람은 처음 위반 후 1년 동안, 두 번째 위반 후에는 2년 동안, 세 번째 위반 후에는 영구적으로 SNAP이 금지될 수 있음을 이해합니다. 위반한 사람은 SNAP 수령이 금지되거나 \$250,000의 벌금, 최고 20년의 징역형 또는 두 가지 모두를 받을 수 있습니다. 그 사람은 또한 다른 해당되는 연방 및 주법에 따라 처벌 대상이 될 수 있습니다. 또한 그 사람은 법원 명령이 있는 경우 추가로 18개월 동안 SNAP의 수령이 금지될 수 있습니다. 규정은 다음과 같습니다.

- SNAP 혜택을 받기 위해 허위 정보를 제공하거나 정보를 은폐하지 않습니다.
- SNAP 혜택을 거래 또는 판매하지 않습니다.
- 수령 자격이 없는 SNAP 혜택을 받기 위해 EBT 카드를 변경하지 않습니다.
- SNAP 혜택을 이용하여 알코올 음료 및 담배와 같은 부적격 품목을 구입하지 않습니다.
- 수권 대리인이 아닌 경우 다른 사람의 SNAP 혜택이나 EBT 카드를 사용하지 않습니다.

본인은 또한 다음 처벌 사항을 이해합니다.

- 자격관리박탈 청문회(ADH)에서 확인한 현금 프로그램의 고의적 프로그램 위반(IPV) 행위를 저지른 개인은 그 개인이 현금 보조금에서 금지된 기간과 같은 기간 동안 SNAP에서 제외됩니다.
- 여러 SNAP 혜택을 동시/에 수령하기 위해 신원이나 거주지에 대해 허위 진술 또는 표현을 한 개인은 10년 동안 SNAP에서 제외됩니다.
- SNAP 혜택을 규제 물질/불법 약물을 위해 거래(구입 또는 판매)한 개인은 1차 위반 시 2년 기간 동안 그리고 2차 위반 시 영구적으로 SNAP에서 제외됩니다.
- SNAP 혜택을 총기, 탄약 또는 폭발물을 위해 거래(구입 또는 판매)한 개인은 영구적으로 SNAP에서 제외됩니다.
- \$500 이상의 가치가 있는 SNAP 혜택을 거래(구입 또는 판매)한 개인은 영구적으로 SNAP에서 제외됩니다.
- 주정부는 온라인 또는 직접적으로 SNAP 혜택 또는 EBT 카드의 판매를 제안한 개인에 대해 IPV 행위로 간주할 수 있습니다.
- 중범죄에 대한 유죄 판결 후 기소, 구금 또는 징역 처벌을 피하기 위해 도주중이거나 보호 관찰 또는 가석방 조건을 위반하는 개인은 SNAP에 참여할 수 있는 자격이 없습니다.
- 합당한 사유 없이 SNAP 근무 요건을 준수하지 못한 개인은 1차 위반 시 3개월 동안, 2차 위반 시 6개월 동안 그리고 3차 위반 시 12개월 동안 SNAP 자격이 박탈됩니다. SNAP 근무 요건을 세 번째로 준수하지 못한 것으로 밝혀진 개인이 SNAP 수령 가구의 세대주인 경우, 전체 가구가 6개월 동안 SNAP에 참여할 수 있는 자격이 없습니다.
- 신용으로 구입한 식품을 SNAP 혜택으로 지불하는 것은 허용되지 않으며 이로 인해 SNAP 자격이 박탈될 수 있습니다.
- 개인은 내용물을 폐기하고 용기를 현금으로 반환하려는 의도를 가지고 SNAP 혜택으로 제품을 구입할 수 없습니다.

통역사 서비스 권리

본인은 본인의 SNAP 수령 가구에 영어로 말하거나 이해할 수 있는 성인이 없는 경우 DTA에서 통역사를 제공받을 권리가 있음을 이해합니다. 또한 모든 DTA 공청회에 통역사를 제공받거나 자체적으로 데려올 수 있음을 이해합니다. 공청회에 통역사가 필요한 경우 공청회 날짜 최소 1주일 전에 심리부(Division of Hearings)에 연락해야 합니다.

차별 금지 규정

미국 농무부(U.S. Department of Agriculture)는 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 성별, 성 정체성, 종교, 보복 및 해당되는 경우, 정치적 신념, 혼인 여부, 가족이나 부모의 지위, 성적 취향 또는 공공 지원 프로그램에서 파생된 개인 소득의 전체 또는 일부, 고용에서 또는 농무부에서 실행하였거나 자금 지원한 모든 프로그램 또는 활동에서 보호된 유전 정보를 근거로 고객, 직원 및 고용 지원자에 대한 차별을 금지하고 있습니다. (금지된 모든 기준이 모든 프로그램 및/또는 고용 활동에 적용되는 것은 아닙니다.)

민권(Civil Rights) 프로그램 차별 진정서를 제출하고자 하는 경우, USDA 프로그램 차별 진정서 양식을 작성하십시오. 양식은 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html에서 온라인으로 또는 모든 USDA 사무소에서 구할 수 있으며 또는 (866) 632-9992번으로 전화하여 양식을 요청할 수 있습니다. 또한 양식에서 요청한 모든 정보가 포함된 편지를 쓸 수 있습니다. 작성한 진정서 양식 또는 편지를 우편으로 U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410으로 보내거나 팩스 (202) 690-7442 또는 이메일 program.intake@usda.gov로 보내십시오.

청각 장애인, 난청 또는 언어 장애가 있는 사람은 (800) 877-8339 또는 (800) 845-6136(스페인어)으로 연방중계서비스(Federal Relay Service)를 통해 USDA로 연락할 수 있습니다.

보조 영양 지원 프로그램(SNAP) 문제를 다루는 기타 정보의 경우에는 USDA SNAP 핫라인 번호 (800) 221-5689번으로 연락하거나(스페인어 이용 가능) http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm에서 온라인으로 찾을 수 있는 주정부 정보(State Information) 핫라인 번호(주별 핫라인 번호 목록은 링크를 클릭)로 연락하십시오.

미국 농무부(USDA)는 균등기회 제공자 및 고용주입니다.

매사추세츠주 법은 출신 성분에 따른 차별을 포함하여 차별을 금지하고 있습니다. 매사추세츠주에 진정서를 제출하려면 다음으로 연락하십시오. Massachusetts Commission Against Discrimination, One Ashburton Place, Sixth Floor, Room 601, Boston, MA 02108, 전화: (617) 994-6000, TTY: (617) 994-6196.



신청자 서명: 이 신청서에 서명함으로써 본인은 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 "권리 및 책임"을 읽었으며(또는 본인에게 읽어 주었으며) 이 부분을 이해하고 이에 동의하며 이 신청서에 있는 답변 및 본인이 앞으로 DTA에 제공하는 모든 추가 문서가 본인이 알고 있는 한 정확하며 완전함을 증명합니다. 본인은 SNAP 처벌 경고를 본인의 주 사용 언어로 읽었거나, 본인에게 읽어 주었거나 본인을 위해 통역되었습니다. 또한 SNAP 혜택을 요청하는 SNAP 수령 가구 구성원 모두 미국 시민이거나 만족스러운 이민 상태의 비시민권자임을 증명합니다.

신청자 서명: _____ 일자: _____