

인적자원부  
가족투자행정부  
지원 요청서

가족투자행정부는 서비스, 프로그램, 활동, 교육 및 장애인 고용에 접근성과 합리적인 숙박 시설을 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 지원이 필요하시거나 합리적인 숙박 시설을 요청하셔야 하는 경우, 여러분의 케이스 관리자에게 문의하시거나 1-800-332-6347 로 전화하여 주십시오.

지원을 요청하기 위하여 모든 부분을 빠짐없이 작성하여 주시고 서명하여 주십시오.

이름: \_\_\_\_\_ (성 이름, 중간 이름 이니셜) 우편 주소: \_\_\_\_\_ (주소와 다른 경우 작성하여 주십시오)

주소: \_\_\_\_\_ (번호와 거리) \_\_\_\_\_ (도시 주 우편 번호)

\_\_\_\_\_ (집 전화번호) \_\_\_\_\_ (휴대전화 번호) \_\_\_\_\_ (이메일 주소)

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
아래의 부분을 기입하여 주십시오. 여러분과 여러분과 함께 사는 모든 분들을 기록하여 주십시오. 1 번에 여러분의 이름을 기록하여 주십시오.

A. 이름 성, 이름, 중간 이름, 결혼전 성	여러분과의 관계	결혼 여부	사회 보장 번호	생년월 일	성별	인종	신청자입 니까?	의뢰인 식별 번호 (사무실 전용)
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

B. 함께 살고 있지 않은 자녀의 부재중인 부모 또는 함께 살고 있지 않은 과거와 현재 배우자를 기입하여 주십시오.

부재중인 부모의 이름	생년월일	사회보장 번호	의뢰인 식별 번호 (사무실 전용)
1.			
2.			
3.			

-뒷면으로-

\*\*\*\*\*사무실 전용\*\*\*\*\*

Cat.	AU#'s	현재상황
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Cat.	AU#'s	현재상황
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

직업 조사

케이스 재지정이 필요함:
_____로부터
현재 담당자
_____에게로
새 담당자

임금 확인됨: \_\_\_\_\_

승인자의 이니셜: \_\_\_\_\_

지원 요청서

C. 가족 구성원 중 임신한 모든 분들을 적어 주십시오: 이름 \_\_\_\_\_ 예정일 \_\_\_\_\_ / 이름 \_\_\_\_\_ 예정일 \_\_\_\_\_

D. 가족 구성원 중 장애가 있는 모든 분들을 적어 주십시오: 이름 \_\_\_\_\_ 장애의 유형 \_\_\_\_\_ / 이름 \_\_\_\_\_ 장애의 유형 \_\_\_\_\_

E. 여러분 또는 여러분의 가족 구성원은 현재 어떤 종류의 지원을 받고 계십니까? 여러분 또는 여러분의 가족 구성원은 어떤 종류의 지원을 받으신 적이 있습니까?

어떤 이름으로: 지원의 종류: 어떤 이름으로: 지원의 종류:
1. \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

F. 이번 달 어떤 종류의 소득을 얻었거나 얻을 것으로 예상하십니까? \_\_\_\_\_ 종류 \$ \_\_\_\_\_ 금액
\_\_\_\_\_ 없음

G. 여러분이나 여러분 가족 구성원 중 일을 하고 계신 분이 있습니까? \_\_\_\_\_ 예 \_\_\_\_\_ 아니오

H. 현재 필요하신 지원의 종류는 무엇입니까? (필요한 모든 것에 체크하여 주십시오)
\_\_\_\_\_ 현금 지원
\_\_\_\_\_ 보육 서비스
\_\_\_\_\_ 의료 지원
\_\_\_\_\_ 최근 3 개월 동안 미납 요금 청구서가 있습니까? \_\_\_\_\_ 예 \_\_\_\_\_ 아니오
\_\_\_\_\_ 푸드 스탬프

I. 다음과 같은 문제를 겪고 계십니까?
\_\_\_\_\_ 공급 처리 시설 차단 \_\_\_\_\_ 난방이 없음
\_\_\_\_\_ 강제퇴거 떠는 차압 \_\_\_\_\_ 먹을 것이 없음
\_\_\_\_\_ 머물 곳이 없음 \_\_\_\_\_ 육아를 감당할 수 없음
\_\_\_\_\_ 기타: 자세히 설명하여 주십시오 \_\_\_\_\_

J. 여러분이나 여러분의 가족 중 메릴랜드 외 다른 주에서 지원을 받으셨던 분이 있습니까? \_\_\_\_\_ 예 \_\_\_\_\_ 아니오
“예” 인 경우: 장소 \_\_\_\_\_ 언제 \_\_\_\_\_

K. 메릴랜드 아동 건강 프로그램을 신청하는 분 중 직장을 통한 건강 보험을 가지고 계신 분이 있습니까? \_\_\_\_\_ 예 \_\_\_\_\_ 아니오

L. 메릴랜드 아동 건강 프로그램을 신청하는 분 중 최근 6 개월 내 직장을 통한 건강 보험을 취소하신 분이 있습니까? \_\_\_\_\_ 예 \_\_\_\_\_ 아니오

여러분은 곧바로 여러분의 이름, 주소를 제출하고, 지원 요청서 전면에서 서명함으로써 보충 영양 지원 프로그램 (SNAP) / 음식 보충 혜택 신청을 할 권리가 있습니다. 혜택은 저희가 이 양식을 받은 날짜로부터 제공합니다. 다음 조건 중 하나를 만족하는 경우 바로 푸드 스탬프를 받을 수도 있습니다;

- 가정의 월 임대료 또는 담보 대출금, 공급 처리 시설료는 가계의 소득과 자산보다 더 많을 수 없습니다.
• 가정의 총 월 소득이 \$ 150 이하이며, 당좌 예금 계좌 또는 저축 예금 계좌와 같은 자원은 \$ 100 나 그 이하이다.
• 여러분의 가정은 이주 또는 계절 농장 노동자 가정이다.

여러분이 바로 푸드 스탬프를 받을 자격이 있는 경우, 저희는 여러분이 양식에 서명한 날짜로부터 7 일 이내에 여러분의 지원서에 대한 조치를 취할 것입니다.

미 농무부는 고객, 직원, 취업 지원자에 대한 다음과 같은 차별을 금지하고 있습니다: 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애, 성별, 성 정체성, 종교, 보복. 그리고 해당되는 경우 정치적 신념, 결혼 여부, 가족이나 부모의 지위, 성적 취향, 개인 소득의 전부 또는 일부가 공공 지원 프로그램에서 파생된 것, 또는 고용시 보호된 유전적 정보나 본 부서가 실시 또는 투자한 프로그램이나 활동 등을 포함합니다. (금지된 사항들은 모든 프로그램 및 / 또는 취업 활동에 적용할 수 없습니다.)
만약 여러분이 민권 프로그램에 차별에 대한 불만을 제기하고자 하는 경우, http://www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html 에서 미 농무부 프로그램 불만 양식을 온라인으로 제출하시거나, 또는 미 농무부 사무실에서, 또는 전화 (866) 632-9992 로 양식을 요청하실 수 있습니다. 여러분의 완료된 신고 양식 또는 편지를 미 농무부 관할 사무소 이사 앞으로 우편 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C 20250-9410 이나, 팩스 (202)690-7442, 또는 이메일 program.intake@usda.gov 로 제출하여 주십시오.
청력 상실, 청력 손실 또는 음성 장애를 가지고 계신 분은 (800) 877-8339 에서 연방 중계 서비스를 통해 미 농무부로 연락하실 수 있습니다; 또는 (800) 845-6136 (스페인어).
보충 영양 지원 프로그램 (SNAP) 에 관련된 더 자세한 정보는 미 농무부 보충 영양 지원 프로그램 (SNAP) 상담전화 (800) 221-5689 나 메릴랜드 정보 번호 1-800-332-6347 를 이용하여 주십시오. 미 농무부 보충 영양 지원 프로그램 (SNAP) 상담전화는 스페인어도 가능합니다.
미 농무부는 균등 기회 제공자 및 고용주입니다.