



서비스 신청서

본 양식 작성에 도움이 필요하시거나 궁금한 사항이 있는 경우 문의해 주시기 바랍니다.
저희가 도와드리겠습니다!

신청 방법

본 신청서를 사용하여 공공부조 프로그램을 신청하십시오. 본 신청서의 7페이지에 귀하의 법적 성명, 주소 및 서명만 기재하면 혜택 시작일을 확보할 수 있습니다.

SNAP의 경우 혜택 시작일은 작성된 7페이지가 접수된 날로부터 시작됩니다. Adult Public Assistance(성인 공공부조), Medicaid 및 기타 프로그램의 혜택은 다른 날에 시작될 수 있습니다.

온라인으로 더 빠르게 Medicaid 신청

- 온라인 신청은 www.healthcare.gov 또는 www.my.alaska.gov를 방문하십시오.

처리 기간

신청서 처리에는 최대 45일이 소요될 수 있습니다.

SNAP 신청자는 급행 서비스를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 다음 가구는 7일 이내에 SNAP 혜택을 받을 수 있습니다.

- 현금 또는 은행 예금이 \$100 미만인 가구
- 귀 가구의 월 총소득(공제 전)은 \$150 미만인 가구
- 임대료/모기지/공공요금의 월 총수입, 현금 및 은행 예금보다 더 많은 가구

건강보험 신청 시 필요한 항목

- 사회보장번호(또는 보험이 필요한 법적 이민자의 경우 문서 번호)
- 생년월일
- 가구 구성원 전원의 고용주 및 소득 정보(예: 급여 명세서, W-2 세금 양식, 임금 및 세금 명세서). 신청자의 소득과 가구 구성원 규모는 가입 자격이 있는 건강보험 종류를 결정하는 데 도움이 됩니다. 당국에서는 세금 신고서상에 기재된 모든 구성원에 대해 파악해야 합니다(의료 보장 또는 공공부조 서비스를 받기 위해 세금을 신고할 필요는 없음).
- 현 건강보험에 대한 보험증서 번호
- 가족이 이용할 수 있는 직업 관련 건강보험 정보

인터뷰를 받아야 하나요?

- 특정 공공부조 프로그램의 수혜 자격 여부를 결정하기 위해서 인터뷰가 필요합니다. 공공부조 사무소 또는 지역 수수료 에이전트(Fee Agent)와 인터뷰 일정을 잡으실 수 있습니다. 인터뷰를 완료하지 않을 경우, 해당 신청서는 거부됩니다.
- 언어 통역이 필요한 경우 1-800-478-7778로 전화하시면 무료로 제공받을 수 있습니다. 청각장애, 난청 또는 언어 장애가 있는 경우, 711로 전화하여 알래스카 중계 소통 어시스턴트(Alaska Relay Communications Assistant)에게 연락해 주시기 바랍니다.

정보 페이지 — 기록을 위해 이 페이지를 읽고 보관해 두십시오.

프로그램

연방정부 운영 마켓플레이스

개인 건강보험 플랜, 무료 또는 저비용 절감 플랜 및 보험료 납부 세금 공제.

Medicaid

저소득층, 65 세 이상 고령자, 장애인, 시각 장애인, 임신부 및 부양 자녀가 있는 가족에게 의료혜택 제공. Medicare Part A 및 B 보험료도 지원

Chronic & Acute Medical Assistance(만성 및 급성 의료지원)

Medicaid 수혜 대상이 아니며 소득이 거의 또는 전혀 없는 특정 질환자에게 지원 제공.

Supplemental Nutrition

Assistance Program (보충영양지원프로그램, SNAP)

식품구매에 도움.

Temporary Assistance

Program(임시 지원 프로그램)

자녀가 있는 유자격 가족에게 매월 현금 지급액 제공.

Adult Public Assistance(성인 공공부조)

유자격 고령자, 시각 장애인 및 장애인에게 매월 현금 지급액 및 의료 지원 제공.

General Relief Assistance(일반 구호 지원)

긴급 임대료 및 공공요금이 필요한 유자격 개인 및 가족 지원. 장례비용도 지원.

당국에 제출할 항목

<p>신원 확인:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 출생증명서 <input type="checkbox"/> 운전면허증 또는 주 신분증 <input type="checkbox"/> 카드 건강 혜택 신분증 <input type="checkbox"/> 학생증 또는 직장 신분증 <input type="checkbox"/> 여권 	<p>근로 소득:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 급여 명세서(지난 30일) <input type="checkbox"/> 고용주 총 임금 명세서 <input type="checkbox"/> 자영업 부기 기록 <input type="checkbox"/> 소득세 양식
<p>거주:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 전기, 가스 또는 수도 등 공공요금 <input type="checkbox"/> 주소가 명시된 임대 계약서 또는 담보대출명세서 	<p>불로 소득:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 사회보장(SSI), 재향군인수당(VA), 자녀 양육비, 위자료, 실업 수당 및 퇴직금 등으로 수령한 액수가 표시된 기관 서신
<p>체류 신분:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 이민 또는 귀화 서류(미국 시민권자 또는 미국 시민권자 자녀를 위해 SNAP을 신청하는 부적격자에게는 필요하지 않음) 	<p>자녀 양육비:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 친자 관계, 양육권 및 지원 <input type="checkbox"/> 이혼 명령 또는 파경 판결
<p>의료비 공제:</p> <p>고령자(60세 이상), 시각장애인, 또는 장애인 가족이 있는 가구에만 해당:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 청구서 <input type="checkbox"/> 처방약과 같은 항목별 의료 영수증 <input type="checkbox"/> Part B 보장을 보여주는 Medicare 카드 <input type="checkbox"/> 의사와의 상환 계약 	<p>그 밖의 필요 문서:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 보육 또는 피부양 성인 돌봄 관련 청구서 또는 영수증 <input type="checkbox"/> 생활보조금(SSP) 신청 증빙 <input type="checkbox"/> 퇴거 통지 또는 유틸리티 차단 통지 <input type="checkbox"/> 자녀 양육비 의무를 보여주는 법원 명령 사본 및 지불 증명

예약 정보:

날짜/요일 _____ 시간 _____ 전화 _____

장소/인터뷰 담당자 _____ 팩스 _____

정보 페이지 — 기록을 위해 이 페이지를 읽고 보관해 두십시오.

권리와 의무

결정에 동의하지 않을 경우 어떻게 하나요?

귀하는 신청서 또는 케이스에 취해진 조치에 대해 사회복지사 또는 감독자와 논의할 수 있는 권리가 있습니다. 공공부조과(Division of Public Assistance) 또는 연방정부 운영 마켓플레이스(Federally Facilitated Marketplace)에서 귀하의 건강보험 결정에 오류를 범했거나 공공부조과에서 귀하의 혜택 결정에 실수를 했다고 생각하시는 경우, 해당 결정에 이의제기를 할 수 있습니다. 이의제기란 공공부조과 또는 연방정부 운영 마켓플레이스의 담당자에게 그러한 조치가 잘못되었다고 생각한다고 말하고 해당 조치에 대한 공정 청문 심사를 요청하는 것을 의미합니다. Supplemental Nutrition Assistance Program(보충영양지원프로그램, SNAP) 및 Medicaid 관련 요청은 담당 부서 직원에게 대면, 전화 또는 서면으로 요청할 수 있습니다. 그 밖의 모든 프로그램 관련 요청은 서면으로 이루어져야 합니다. SNAP 공정 청문 요청은 조치 발효일로부터 90일 이내에 이루어져야 합니다. 그 밖의 모든 프로그램에 대한 공정 청문 요청은 통지일로부터 30일 이내에 이루어져야 합니다. 요청이 있는 경우, 소관 부서에서 청문 요청에 대해 귀하에게 안내해 드릴 것입니다. 의료 청구 또는 서비스와 관련해 의견이 일치하지 않는 경우 Medicaid 수혜자 정보 헬프라인(Medicaid Recipient Information Helpline)에 1-800-780-9972로 연락해 주십시오.

조치 발효일 이전에 공정 청문을 요청하는 경우, 청문 결정이 내려질 때까지 혜택을 계속 받으실 수 있습니다. 조치 발효일 이전에 공정 청문을 요청하지 않으실 경우, 계속해서 이의제기는 하실 수 있지만 혜택은 지속되지 않습니다. 청문을 기다리는 동안 항상 혜택을 다시 신청해 주시기 바랍니다. 청문에서 당사자는 직접 본인을 대변하거나 법적 대리인이 대변할 수 있습니다. 당사자는 (907) 272-9431 또는 1-888-478-2572로 알래스카 법률 서비스 공사(Alaska Legal Services Corporation)에 문의하여 무료 법률 자문 및 대리를 받을 수 있습니다.

이의제기 권리

본인은 공공부조과 또는 마켓플레이스에 1-800-318-2596으로 연락하여 이의제기 방식에 대한 안내를 받을 수 있음을 알고 있습니다. 절차를 진행하는 동안 본인 이외 다른 누군가가 본인을 대리할 수 있음을 알고 있습니다. 본인의 자격 여부 및 그 밖의 중요 정보에 대한 설명을 제공받을 것입니다.

변경 사항은 언제 신고해야 하나요?

변경 사항을 알게 된 날로부터 10일 이내에 가구 내 변경 사항을 신고해야 합니다. Alaska Temporary Assistance(알래스카 임시 지원) 혜택을 받고 있는 가정의 경우, 자녀가 집을 떠난다면 5일 이내에 이를 신고해야 합니다.

어떤 변경 사항을 신고해야 하나요?

연방정부 운영 마켓플레이스(Federally Facilitated Marketplace) 또는 공공부조 Medicaid에서 승인한 건강보험 혜택을 받는 경우, 귀하의 건강보험 변경 사항을 비롯하여 본 신청서에 제공된 정보에 대한 모든 변경 사항을 신고해야 합니다.

Supplemental Nutrition Assistance Program(보충영양지원프로그램)의 혜택을 받고 그 밖의 다른 프로그램에서 혜택을 받지 못하는 경우, 가구의 총 소득이 가구 규모에 대한 소득 한도를 초과하고 가구 구성원 중 단일 게임에서 \$3,500 이상의 복권 또는 도박 상금을 받은 경우 신고해야 합니다. 가구에 부양가족이 없는 신체 건강한 성인(ABAWD) 시간 제한의 적용을 받는 구성원이 있는 경우, 근무 시간이 주당 20시간 미만이면 신고해야 합니다.

귀하가 공공부조 서비스를 받는 경우, 신고해야 하는 변경 사항에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.

- 취직 또는 실직, 급여율 변동, 파트타임제에서 풀타임제로 또는 풀타임제에서 파트타임제로 변동
- 근로 이외 소득원에서 수령한 금액이 \$50 이상 변경된 경우
- 가구에 전입해 들어오거나 전출해 나가는 구성원이 있는 경우
- 이사한 경우 또는 새 우편 주소를 받은 경우
- 가구에 차량이 생긴 경우
- 가구에 총 \$2250 이상의 현금과 은행 잔고가 있는 경우
- 자녀 양육비 지급액 또는 의무에 변경이 생긴 경우
- 귀하 또는 가구 구성원이 Medicaid를 수령하는 경우 의료보험의 변경
- 임신으로 인한 변화

일을 해야 하나요?

Alaska Temporary Assistance(알래스카 임시 지원) 또는 Supplemental Nutrition Assistance Program(보충영양지원프로그램)을 받으시려면 근로활동에 참여해야 할 수도 있습니다. Alaska Temporary Assistance 참여자는 재정적으로 독립하기 위해 가족자립계획(Family Self-Sufficiency Plan)을 준비해야 합니다. 면제 자격인 경우를 제외하고 승인된 근로 활동에 참여해야 합니다. 미혼의 미성년 부모로서 Alaska Temporary Assistance 혜택을 받으려면, 부모와 함께 또는 승인된 별도의 주거 환경에서 거주하고 학교나 교육에 참여해야 합니다. 이러한 근로 요건 또는 미성년 부모 요건을 충족하지 않는 경우, 귀하의 혜택은 축소 또는 중단될 수 있습니다.

이 페이지를 읽고 보관하십시오.

자녀 양육비는 어떻게 진행되나요?

알래스카주는 Alaska Temporary Assistance 또는 Medicaid를 수령하는 자녀에게 양육비를 지급할 의무가 있는 부모로부터 자녀 양육비 및 의료 지원을 징수해야 합니다. 여기에는 현재 및 향후 자녀 양육비 지불 외에 신청 당시 귀하가 지불해야 하는 모든 금액이 포함됩니다. Alaska Temporary Assistance를 수령하는 동안 귀하에게 제공되거나 지급된 모든 자녀 양육비 혜택은 반드시 보고하고 즉시 주정부에 인계해야 합니다. 자녀 양육비 명령을 변경하려면 새로운 법원 명령을 받거나 자녀 양육비 서비스과(Child Support Services Division, CSSD)의 허가를 받아야 합니다. 이러한 프로그램을 위해 CSSD에 협조하지 않을 타당한 사유가 있다고 생각되면 즉시 담당 사회복지사에게 알려야 합니다. 귀하의 이유를 뒷받침하는 정보를 제공하도록 요청받으실 수 있습니다.

Alaska Temporary Assistance 신청 시 지켜야 할 사항

- 귀하 또는 Alaska Temporary Assistance의 혜택을 받는 자녀에게 지급되는 자녀 양육비를 받고 유지할 수 있는 귀하의 권리를 CSSD에 양도해야 합니다.
- 친자 관계를 규명하는 데 CSSD에 협조해야 합니다.
- 바, 주류 판매점, 도박장 또는 성인 유흥 시설에 있는 ATM에서 EBT(전자복지) 카드로 현금 혜택을 받거나 이를 이용하여 구매하지 않는 데 동의해야 합니다.

Medicaid 신청 시 지켜야 할 사항

- 소관 부서에서 귀하 또는 귀하의 미성년 자녀를 위한 돌봄 및 서비스에 대한 의료 지원을 지불한 범위 내에서 의료 지원 또는 그 밖의 제3자 지불에 대한 모든 권리를 알래스카주에 양도해야 합니다.
- 귀하 또는 귀하의 미성년 자녀를 위해 받으신 돌봄 및 서비스 비용을 지불할 책임이 있는 제3자와 관련한 정보를 확인하고 제공하는 데 있어 부서와 협조하고 지원해야 합니다.
- 귀하 또는 귀하의 미성년 자녀가 받은 돌봄 또는 서비스 비용을 제공하거나 지불하는 데 사용되거나 받으신 돌봄 또는 서비스 비용을 주정부에 상환하는 데 사용될 수 있는 기타 모든 이용 가능한 제3자 자원을 신청하는 데 동의해야 합니다.
- 친자 관계를 규명하는 데 CSSD에 협조해야 합니다.
- 가정 및 지역사회 기반 면제(Home and Community Based Waiver) 서비스를 포함한 장기 요양 서비스를 신청하는 경우, 귀하가 받으신 Medicaid 혜택 금액까지 연금에 대해 가질 수 있는 모든 이자에 대해 알래스카주를 잔여액 수혜자로 지정하거나 배우자, 미성년 또는 장애인 자녀 다음 두 번째 잔여액 수혜자로 지정해야 합니다.

알래스카주에서 본인의 재산을 압류해 갈 수 있나요?

Medicaid 혜택을 받은 55세 이상 개인의 유산은 회수 청구의 대상이 될 수 있습니다. 이는 수혜자가 요양원 또는 그 밖의 의료 기관을 비롯한 의료 기관에 있었거나 가정 및 지역사회 기반 서비스를 받고 있었던 동안 받은 서비스에 대한 상환으로 제한됩니다. 제한된 조건에서 알래스카주는 수혜자의 주택에 유치권을 설정할 수 있습니다. 다만, 대부분의 재산 회수는 수혜자 또는 수혜자의 생존 배우자(있는 경우)가 사망한 후 및 수혜자에게 21세 미만의 생존 자녀가 없고 시각장애인이거나 장애가 있는 생존 자녀가 없는 경우에만 수행됩니다.

초과 지급에 대한 책임

공공부조 혜택을 초과 지급받거나 자격 대상이 아닌 서비스를 받으신 경우, 귀하는 재정적으로 초과 지급액 또는 서비스 비용을 알래스카주에 상환할 책임이 있습니다. 이는 보건부(Department of Health) 측의 오류로 서비스에 대한 초과 지급 또는 부적절한 승인이 발생한 경우에도 해당될 수 있습니다. 혜택이나 서비스를 수락함으로써 귀하는 자격 대상이 아닌 혜택이나 서비스를 상환할 책임이 있음을 이해하고 이에 동의해야 합니다.

제 권리는 어떻게 보호되나요?

공공부조과는 공공부조 혜택에 대한 자격 여부를 결정하기 위해 Supplemental Nutrition Assistance Program, Alaska Temporary Assistance 또는 Medicaid를 신청하는 각 가구 구성원의 사회보장번호(SSN) 등의 정보를 수집합니다. 공공부조과는 소득 및 수입 인증 시스템(Income and Earnings Verification System, IEVS)을 비롯한 컴퓨터 매칭 프로그램을 통해 해당 정보를 확인할 것입니다. 본 정보는 프로그램 규정 준수를 추적 관찰하고 프로그램 관리에 사용됩니다. 공공부조과는 해당 정보를 공식 조사를 목적으로 하는 다른 연방 및 주정부 기관에, 법망을 피하기 위해 도피하는 자를 체포할 목적으로 하는 법 집행 공무원 및 청구 징수 조치를 위한 사설 청구액 추심 기관에 공개할 수 있습니다. 공공부조과는 미국 이민국(U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS)에 연락하여 가족 구성원의 체류 신분을 확인할 수 있습니다. 해당 기관에서 수집한 정보는 귀하의 자격 및 혜택 수준에 영향을 줄 수 있습니다.

귀하가 혜택을 받고자 하는 각 가구 구성원의 사회보장번호(SSN)를 비롯하여 요청된 정보를 제공하는 것은 귀하의 자발적 의사입니다. 다만, 해당 정보를 제공하지 않을 경우 SSN을 제공하지 않은 각 당사자에 대한 혜택이 거부되게 됩니다. 제공된 모든 SSN은 개인의 자격 여부에 관계없이 동일한 방식으로 사용 및 공개됩니다. 혜택을 받고자 하나 사회보장번호가 없는 경우, 공공부조과에서 사회보장번호 신청에 관해 도움을 드릴 수 있습니다.

귀하가 지원 신청서에 서명하고 Medicaid 또는 만성 및 급성 의료지원을 이용하는 경우, 의료 기록 및 귀하 본인과 귀하가 신청하는 그 밖의 다른 당사자에 대한 정보를 보건부(Department of Health, DOH)에 공개하는 데 동의하는 것입니다. 요청 시 의료 기록 및 정보를 갖고 있거나 그러한 기록을 보관하고 있는 자는 해당 기록을 소관 부서 또는 부서 담당자에게 공개해야 합니다.

이 페이지를 읽고 보관하십시오.

DOH가 귀하에 대해 가질 수 있는 건강 또는 의료 정보는 1996년 건강보험의 양도 및 책임에 관한 법률(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)에 따라 보호됩니다. 본 연방법은 귀하의 건강 정보가 사용 및 공개되는 방식에 대한 특정 권리를 제공합니다. 이 법에 따르면 귀하는 DOH가 귀하의 건강 정보를 사용한 방식, DOH가 DOH 이외 외부에 귀하의 건강 정보를 공개한 방식을 알 수 있습니다. 또한 이 법률은 귀하에 관한 정보 공개를 공개 목적에 필요한 최소한의 범위로 제한하고 귀하가 본인의 건강 기록을 검토 및 그 사본을 입수하고 해당 기록에 대한 수정을 요청할 수 있도록 허용합니다.

개인정보 보호관행 고지(Notice of Privacy Practices)의 전자 사본은 <https://health.alaska.gov/fms/Documents/DOH-Notice-of-Privacy-Practices.pdf>에서 확인하거나 다음 주소로 이메일이나 우편으로 인쇄본을 요청하실 수 있습니다. 이메일: privacyofficial@alaska.gov 또는 우편: State of Alaska, DOH Privacy Official, P.O. Box 110650, Juneau, Alaska 99811-0650

연방 민권법 및 미농무부(U.S. Department of Agriculture, USDA) 민권 규정 및 정책에 따라, USDA, 그 기관, 사무소 및 직원 그리고 USDA 프로그램에 참여하거나 이를 관리하는 기관은 인종, 피부색, 출신 국가, 성별(성 정체성 및 성적 지향 포함), 종교적 신념, 장애, 연령, 정치적 신념 또는 이전 민권 활동에 대한 보복 또는 양갈음을 근거로 USDA가 수행하거나 자금을 지원하는 모든 프로그램 또는 활동에서 차별하는 것이 금지됩니다. 미보건복지부(Department of Health and Human Services, HHS)의 연방 재정 지원을 받는 프로그램(예: 빈곤 가정을 위한 임시 지원(Temporary Assistance for Needy Families, TANF)) 및 HHS가 직접 운영하는 프로그램은 연방 민권법 및 HHS 규정에 따라 차별을 금지합니다.

USDA는 Supplemental Nutrition Assistance Program(SNAP), Food Distribution Program on Indian Reservations(인디언 보호구역에 대한 식량 배급 프로그램, FDIPIR) 등 다양한 식량 안정 및 기아 감소 프로그램에 대해 연방 재정 지원을 제공합니다. 차별에 대한 불만을 제기하려면 프로그램 차별 불만 양식(AD-3027)(온라인: 불만 제기 방법 및 USDA 사무소)을 작성하거나 또는 USDA 주소로 서신을 작성하여 양식에서 요청하는 모든 정보를 서신에 제공하십시오. 이의제기 양식 사본을 요청하려면 (866) 632-9992로 전화하시기 바랍니다. 작성한 양식이나 서신을 USDA 앞으로 다음과 같이 제출해 주십시오:

1. 우편: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314 또는
2. 팩스: (833) 256-1665 또는 (202) 690-7442 또는
3. 전화: (833) 620-1071 또는
4. 이메일: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

SNAP 문제와 관련해 기타 정보가 필요한 경우, USDA SNAP 핫라인 번호 (800) 221-5689(스페인어로도 제공), 또는 주 정보/핫라인 번호(주 별 핫라인 번호 목록을 보시려면 링크 클릭)로 전화해 주십시오. 온라인: SNAP 핫라인에서도 확인하실 수 있습니다.

HHS는 TANF, Head Start(헤드 스타트), Low Income Home Energy Assistance Program(저소득 가정 에너지 지원 프로그램, LIHEAP) 등 건강과 복지를 증진하기 위해 여러 프로그램에 대해 연방 재정 지원을 제공합니다. HHS가 직접 운영하거나 HHS가 연방 재정을 지원하는 프로그램 또는 활동에서 인종, 피부색, 출신 국가, 장애, 나이, 성별(임신, 성적 지향, 성 정체성 포함), 또는 종교를 근거로 차별을 받았다고 생각되면 본인 또는 다른 사람을 위해 민권사무소(Office for Civil Rights, OCR)에 불만을 제기하실 수 있습니다.

HHS를 통해 연방 재정 지원을 받는 프로그램과 관련해 본인 또는 다른 사람을 위해 차별에 대한 불만을 제기하려면 OCR의 불만 포털(<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>)에서 온라인으로 양식을 작성하십시오. 또한 다음 주소로 우편을 통해 OCR에 연락하실 수 있습니다. Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, 팩스: (202) 619-3818, 또는 이메일: OCRmail@hhs.gov. 신속한 처리를 위해 우편으로 불만을 제기하는 것보다 OCR 온라인 포털을 통해 불만 사항을 제출하시는 것이 좋습니다. 민권 불만 사항을 제기하는 데 도움이 필요하신 분은 OCR에 이메일(OCRMail@hhs.gov) 또는 OCR 무료 전화(1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697)로 문의하실 수 있습니다. 청각 장애 또는 언어 장애가 있으신 경우, 7-1-1로 전화해 통신중계 서비스를 이용하시기 바랍니다. 또한 불만 제기를 위해 대체 형식(예: 점자, 큰 활자 등), 보조 도구 및 언어 지원 서비스도 무료로 제공해 드립니다. 본 기관은 기회 균등 제공 기관입니다.

공개

본 신청서에 서명함으로써 귀하는 연방정부 운영 마켓플레이스(Federally Facilitated Marketplace), 보건부(Department of Health), 그 대리인 및 법무부(Department of Law)에 귀하의 건강, 재정, 가족 및 개인 이력에 대한 정보를 요청할 수 있는 권한을 부여합니다. 본 정보는 공공부조 프로그램에 대한 귀하의 자격 여부를 결정하는 데 사용될 수 있으며, 사기 조사가 시작된 경우 귀하의 혜택 자격에 대한 행정 또는 범죄 조사에 사용될 수 있습니다. 귀하의 정보는 법률에서 요구하는 경우를 제외하고는 다른 사유로 또는 연방정부 운영 마켓플레이스, 보건부 또는 그 대리인 이외 다른 해당인이나 기관에 공개되지 않습니다. 정보 공개는 귀하가 공공부조의 신청자 또는 수혜자인 동안 및 귀하의 자격 및 혜택 수령에 대한 추후 조사를 위해 유효합니다.

당국은 당국의 전자 데이터베이스 및 국제청(Internal Revenue Service, IRS), 사회보장국(Social Security), 국토안보부(Department of Homeland Security) 및/또는 소비자 보고 기관에 있는 데이터베이스의 정보를 이용하여 귀하의 답변을 확인하게 됩니다. 정보가 일치하지 않을 경우 귀하에게 증빙 자료 제출을 요청할 수 있습니다. 또한 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 다른 해당인이나 조직에 연락할 수도 있습니다: 알래스카 주택금융공사(Alaska Housing Finance Corporation), 어류 수렵부(Department of Fish and Game), 노동부(Department of Labor), 법무부(Department of Law), 군인 및 재향군인 업무부(Department of Military and Veterans Affairs), 공공 안전부(Department of Public Safety), 조세국(Department of Revenue), 미국 이민국(U.S. Citizenship and Immigration Services), 고용주, 금융 기관, 임대인, 지방 정부, 원주민 기업(Native Corporation), 개인, 공공부조 프로그램 계약자 및 수혜자, 학교 당국, 사회보장국(Social Security Administration), 증권 중개사 및 세무사. 당국은 공공부조 서비스에 대한 귀하의 자격 여부 및 귀하가 신청하기로 선택한 경우 의료보험비 납부 지원 자격 여부를 확인하기 위해 본 정보가 필요합니다. 또한, 본 공개를 통해 수집한 정보는 귀하에 대한 행정 소송에서 보건부 및/또는 귀하에 대한 형사 소송 도중 법무부에서 사용할 수 있습니다.

이 페이지를 읽고 보관하십시오.

규칙을 준수하지 않을 경우 어떻게 되나요?

귀하가 자격 대상이 아닌 공공부조 혜택을 받거나 이를 받기 위해 시도하거나 자격이 없는 다른 사이 혜택을 받도록 도움을 주기 위해 의도적으로 허위의, 부정확하거나 불완전한 정보를 제공하는 경우 기소될 수 있습니다. 부당하게 수령하는 모든 혜택은 상환해야 합니다.

Supplemental Nutrition Assistance Program(보충영양지원프로그램, SNAP)	
<p>본인이 다음의 행위를 하는 경우 이를 이해합니다.</p> <p>7 CFR 273.16에 규정된 Supplemental Nutrition Assistance Program의 의도적인 프로그램 위반 또는 다음 중 하나를 저지르는 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> 정보를 숨기거나 허위 진술을 하는 경우 다른 사람의 전자복지(EBT) 카드를 사용하는 경우 SNAP 혜택을 사용하여 주류 또는 담배를 구입하는 경우 혜택 또는 EBT 카드를 거래 또는 판매하는 경우 	<p>본인에게 다음이 초래될 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1차 위반 시 12개월 동안 SNAP 혜택을 상실하고 본인에게 초과 지급된 모든 혜택을 상환해야 할 수 있습니다. 2차 위반 시 24개월 동안 SNAP 혜택을 상실하고 본인에게 초과 지급된 모든 혜택을 상환해야 할 수 있습니다. 3차 위반 시 영구적으로 SNAP 혜택을 상실하고 본인에게 초과 지급된 모든 혜택을 상환해야 할 수 있습니다. 최대 \$250,000.00의 벌금형 또는 최대 징역 20년 또는 둘 다 선고 받을 수 있습니다.
<ul style="list-style-type: none"> 약물 등 규제 물질에 대해 SNAP 혜택을 거래하는 경우 	<ul style="list-style-type: none"> 1차 위반 시 24개월 동안 SNAP 혜택을 상실할 수 있습니다. 2차 위반 시 영구적으로 SNAP 혜택을 상실할 수 있습니다.
<ul style="list-style-type: none"> 추가 혜택을 받기 위해 본인의 신원 및 본인의 거주지에 대해 잘못된 정보를 제공한 경우 	<ul style="list-style-type: none"> 각 위반 시 10년 동안 SNAP 혜택을 상실할 수 있습니다.
<ul style="list-style-type: none"> \$500 이상 상당의 SNAP 혜택을 거래 또는 판매하거나 SNAP 혜택을 총기, 탄약 또는 폭발물로 거래한 혐의로 유죄 판결을 받은 경우 	<ul style="list-style-type: none"> 영구적으로 SNAP 혜택 수혜가 금지될 수 있습니다.
Alaska Temporary Assistance Program(알래스카 임시 지원 프로그램, ATAP)	
<p>본인이 다음의 행위를 하는 경우 이를 이해합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 의도적인 프로그램 위반을 저지르거나 사기로 유죄 판결을 받은 경우 추가 혜택을 받기 위해 본인의 신원 및 본인의 거주지에 대해 잘못된 정보를 제공한 경우 바, 주류 판매점, 도박장 또는 성인 유흥 시설에서 본인의 ATAP 현금 혜택을 사용하거나 ATM에서 현금 혜택을 이용한 경우 	<p>본인에게 다음이 초래될 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1차 위반 시 6개월 동안 혜택을 상실할 수 있습니다. 2차 위반 시 12개월 동안 혜택을 상실할 수 있습니다. 3차 위반 시 영구적으로 혜택을 상실할 수 있습니다. 다른 처벌도 적용될 수 있으며 본인은 형사 고발 대상이 될 수 있습니다. 초과 지급된 경우 받은 금액을 상환해야 합니다.
Medicaid 프로그램	
<p>본인이 다음의 행위를 하는 경우 이를 이해합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicaid 혜택의 오용 또는 남용을 초래하는 의도적인 프로그램 위반 또는 프로그램 남용을 저지르거나 Medicaid 혜택과 관련된 위법 행위로 유죄 판결을 받은 경우 AS 47.05.210에 따른 의료지원 사기를 저지른 경우 	<p>본인에게 다음이 초래될 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 본인 또는 가구 구성원이 수령한 Medicaid 서비스 금액을 상환해야 할 수 있습니다. 최대 10년 동안 Medicaid에서 제외될 수 있습니다. 최대 \$25,000의 벌금을 내야 하며 형사 기소에 처할 수 있습니다.

이 페이지를 읽고 보관하십시오.



서비스 신청서

어떤 종류의 도움이 필요하신가요? 필요한 프로그램이나 서비스에 표시해 주십시오.

<input type="checkbox"/> Medicaid Denali Care 및 Denali KidCare	<input type="checkbox"/> Temporary Assistance 자녀가 있는 유자격 가족에게 매월 현금 지급
<input type="checkbox"/> Chronic & Acute Medical Assistance Medicaid 자격이 없는 특정 질환자에 대한 제한된 의료 보장	<input type="checkbox"/> Adult Public Assistance <input type="checkbox"/> 시각 장애인 또는 장애인 <input type="checkbox"/> 고령층 지원
<input type="checkbox"/> Supplemental Nutrition Assistance Program(SNAP) 식료품비 지원을 위해 매월 지급. 중요: 귀하의 7일 이내에 SNAP 자격을 얻으실 수 있습니다. 아래 문항에 답변해 주십시오.	<input type="checkbox"/> General Relief Assistance 유자격 개인 및 가족에 대한 긴급 지원 <input type="checkbox"/> 임대료 또는 공공요금 <input type="checkbox"/> 장례비
<input type="checkbox"/> 기타 서비스 <input type="checkbox"/> Senior Benefits(고령자 혜택) <input type="checkbox"/> Long Term Care(장기 요양)	

신청자 정보 (정자체로 기입하고 법적 성명 사용)

1. 이름, 중간 이름, 성 및 접미사			2. 기타 성명(결혼 전 성명, 별칭 등)		
3. 자택 주소 또는 자택으로 가는 길				4. 아파트 또는 호수	
5. 시	6. 주	7. 우편번호			
8. 우편 주소(자택 주소와 다른 경우)				9. 아파트 또는 호수	
10. 시	11. 주	12. 우편번호			
13. 전화번호 () -			14. 추가 전화번호 () -		
15. 이메일 주소:			16. 다른 이메일 주소:		
17. 영어가 모국어입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 아니오인 경우, 귀하의 모국어는 무엇입니까? _____					
영어가 모국어가 아닌 경우 이 신청서를 이해하고 적절히 작성하기에 충분한 수준으로 영어를 읽고 쓸 수 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 아니오인 경우, 1-800-478-7778로 전화하시면 본 양식을 작성하는 데 도움을 받을 수 있으며, 무료 통역사를 지원해 드립니다.					
18. 가구 구성원 중 알래스카 또는 다른 주에서 공공부조(Temporary Assistance, 현금, SNAP, Medicaid, FDIPIR(Food Distribution Program on Indian Reservations))을 받은 사람이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 그렇다면 누가, 언제 어디서 공공부조를 받았습니까? _____					
19. 7일 이내에 SNAP 수혜 대상인지 알아보시려면 다음 문항에 답변해 주십시오.					
a. 현금이나 은행 예금으로 \$100 이상을 가지고 계십니까?				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
b. 귀 가구의 월 총소득(공제 전)은 \$150 미만입니까?				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
c. 임대료/모기지/공공요금이 월 총수입, 현금 및 은행 예금보다 더 많습니까?				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	

여기에 서명:

날짜:

귀 가구 구성원 전원에 대해 작성해 주십시오.

신청자 본인부터 시작하여 풀타임 및 파트타임으로 귀 가구에 거주하는 구성원을 포함하여 가구 내 다른 모든 구성원을 추가해 주십시오. 4인 이상일 경우 별도의 빈 용지를 이용해 첨부해 주십시오. 의료 보장이나 공공부조가 필요하지 않은 가족 구성원은 체류 신분이나 사회보장번호를 제공할 필요가 없습니다.

20. 이름, 중간 이름, 성 및 접미사		21. 신청자와의 관계? 본인	
22. 사회보장번호	23. 생년월일(mm/dd/yyyy)	23a. 결혼 여부	24. 성별 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성
25. 내년엔 연방 소득세 신고서를 제출할 계획입니까? 세금 신고를 하지 않더라도 건강보험을 신청할 수 있습니다.		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오. 문항 C로 건너뛰기	
a. 배우자와 공동으로 신고하시겠습니까? 배우자 성명: _____		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
b. 세금 신고서에 부양 가족을 청구하시겠습니까? 부양 가족의 성명 기재: _____		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
c. 귀하는 다른 사람의 세금 신고서에 피부양자로 청구됩니까? 세금 신고자 성명 기재: _____ 세금 신고자와의 관계? _____		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
26. 임신 여부? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 이 임신에 예상되는 아기는 몇 명입니까? _____		예정일: _____	
27. 귀하를 위한 공공부조 서비스가 필요하십니까? 보험을 가지고 있어도 보장 범위가 더 넓거나 비용이 저렴한 프로그램이 있을 수 있습니다.		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오. 28~37번 문항 건너뛰기.	
28. 제약(목욕, 옷 입기, 집안일 등)을 유발하는 신체적, 정신적 또는 정서적 건강상태가 있거나 의료시설이나 요양원에 거주하고 계십니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
29. 미국 시민 또는 미국 국적이십니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
30. 미국 시민이나 국적이 아닌 경우 유효한 체류 신분이 있으십니까? 아래에 문서 유형과 ID 번호를 기입해 주십시오.		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
a. 이민 문서 유형: _____ 문서 ID 번호: _____			
b. 1996년 8월 22일 이후로 미국에 거주하십니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
c. 귀하, 귀하의 배우자 또는 부모가 재향 군인 또는 미 현역 군인입니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
31. 지난 3개월 동안의 의료비 납부에 도움이 필요하십니까? 몇 개월입니까? _____ 귀하가 부족 구성원이고 지난 3개월 동안 부족 의료시설에서 치료를 받은 적이 있는 경우 Medicaid가 소급 적용되어 보장될 수 있는 의료비가 있을 수 있습니다.		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
32. 사고로 인한 의료비 지출이 있습니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
33. 귀하가 주 보호자로서 19세 미만의 자녀와 함께 살고 있습니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
34. 귀하는 고등 교육 기관에 재학 중이십니까(고등학교 이후 학교 교육)? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 풀타임입니까, 파트 타임입니까? _____			
35. 18세 이상에 위탁 양육을 받으셨습니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
36. 히스패닉/라틴계인 경우 민족성(선택 사항—해당 사항 모두 표시)			
<input type="checkbox"/> 멕시코인 <input type="checkbox"/> 멕시코계 미국인 <input type="checkbox"/> 차카노 <input type="checkbox"/> 푸에르토리코인 <input type="checkbox"/> 쿠바인 <input type="checkbox"/> 기타 _____			
37. 인종(선택 사항—해당 사항 모두 표시)			
<input type="checkbox"/> 백인	<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언	<input type="checkbox"/> 필리핀인	<input type="checkbox"/> 베트남인
<input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인	<input type="checkbox"/> 아시아계 인도인	<input type="checkbox"/> 일본인	<input type="checkbox"/> 기타 아시아인
<input type="checkbox"/> 알래스카 원주민	<input type="checkbox"/> 중국인	<input type="checkbox"/> 한국인	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민
			<input type="checkbox"/> 차모로인
			<input type="checkbox"/> 사모아인
			<input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬 주민
			<input type="checkbox"/> 기타 _____

인종 및 민족 배경 정보는 자발적으로 제공되며 자격이나 혜택 금액에 영향을 주지 않습니다. 본 정보는 프로그램 혜택이 인종, 피부색 또는 출신 국가에 관계없이 분배되도록 보장하는 데 사용됩니다. Food Assistance(식료품 지원)/SNAP과 관련하여 미국 농무부(USDA)는 귀하가 정보를 제공하지 않는 경우 당국이 대신 답변하도록 규정합니다.

가구 내 다음 구성원에 대한 문항에 답변해 주십시오.

38. 이름, 중간 이름, 성 및 접미사 39. 신청자와의 관계?

39a. 이 해당인은 귀 가구의 풀타임 구성원 또는 파트타임 구성원입니까? 풀타임 파트타임
 파트타임인 경우 이 해당인이 귀하와 함께 거주하는 시간은 몇 퍼센트입니까? ____%(1-100)

40. 사회보장번호 41. 생년월일(mm/dd/yyyy) 41a. 결혼 여부 42. 성별 남성 여성

43. 내년에 연방 소득세 신고서를 제출할 계획입니까? 세금 신고를 하지 않더라도 건강보험을 신청할 수 있습니다. 예 아니오. 문항 C로 건너뛰기
 a. 배우자와 공동으로 신고하시겠습니까? 예 아니오
 배우자 성명: _____
 b. 세금 신고서에 부양 가족을 청구하시겠습니까? 예 아니오
 부양 가족의 성명 기재: _____
 c. 귀하는 다른 사람의 세금 신고서에 피부양자로 청구됩니까? 예 아니오
 세금 신고자 성명 기재: _____ 세금 신고자와의 관계? _____

44. 임신 여부? 예 아니오 이 임신에 예상되는 아기는 몇 명입니까? _____ 예정일: _____

45. 귀하를 위한 공공부조 서비스가 필요하십니까? 보험을 가지고 있어도 보장 범위가 더 넓거나 비용이 저렴한 프로그램이 있을 수 있습니다. 예 아니오. 45-54 문항 건너뛰기.

46. 제약(목욕, 옷 입기, 집안일 등)을 유발하는 신체적, 정신적 또는 정서적 건강상태가 있거나 의료시설이나 요양원에 거주하고 계십니까? 예 아니오

47. 미국 시민 또는 미국 국적이십니까? 예 아니오

48. 미국 시민이나 국적이 아닌 경우 유효한 체류 신분이 있으십니까? 예 아니오
 아래에 문서 유형과 ID 번호를 기입해 주십시오.

a. 이민 문서 유형: _____ 문서 ID 번호: _____

b. 1996년 8월 22일 이후로 미국에 거주하십니까? 예 아니오

c. 귀하, 귀하의 배우자 또는 부모가 재향 군인 또는 미 현역 군인입니까? 예 아니오

49. 지난 3개월 동안의 의료비 납부에 도움이 필요하십니까? 몇 개월입니까? _____ 예 아니오
 귀하가 부족 구성원이고 지난 3개월 동안 부족 의료시설에서 치료를 받은 적이 있는 경우 Medicaid가 소급 적용되어 보장될 수 있는 의료비가 있을 수 있습니다.

50. 사고로 인한 의료비 지출이 있습니까? 예 아니오

51. 귀하가 주 보호자로서 19세 미만의 자녀와 함께 살고 있습니까? 예 아니오

52. 귀하는 고등 교육 기관에 재학 중이십니까(고등학교 이후 학교 교육)? 예 아니오 풀타임입니까, 파트 타임입니까? _____

53. 18세 이상에 위탁 양육을 받으셨습니까? 예 아니오

54. 히스패닉/라틴계인 경우 민족성(선택 사항—해당 사항 모두 표시)
 멕시코인 멕시코계 미국인 차카노 푸에르토리코인 쿠바인 기타 _____

55. 인종(선택 사항—해당 사항 모두 표시)
 백인 아메리칸 인디언 필리핀인 베트남인 차모로인
 흑인 또는 아프리카계 미국인 아시아계 인도인 일본인 기타 아시아인 사모아인
 알래스카 원주민 중국인 한국인 하와이 원주민 기타 태평양 섬 주민
 기타 _____

인종 및 민족 배경 정보는 자발적으로 제공되며 자격이나 혜택 금액에 영향을 주지 않습니다. 본 정보는 프로그램 혜택이 인종, 피부색 또는 출신 국가에 관계없이 분배되도록 보장하는 데 사용됩니다. Food Assistance(식료품 지원)/SNAP과 관련하여 미국 농무부(USDA)는 귀하가 정보를 제공하지 않는 경우 당국이 대신 답변하도록 규정합니다.

가구 내 다음 구성원에 대한 문항에 답변해 주십시오.

56. 이름, 중간 이름, 성 및 접미사 57. 신청자와의 관계?

57a. 이 해당인은 귀 가구의 풀타임 구성원 또는 파트타임 구성원입니까? 풀타임 파트타임
 파트타임인 경우 이 해당인이 귀하와 함께 거주하는 시간은 몇 퍼센트입니까? ____%(1-100)

58. 사회보장번호 59. 생년월일(mm/dd/yyyy) 59a. 결혼 여부 60. 성별 남성 여성

61. 내년에 연방 소득세 신고서를 제출할 계획입니까? 세금 신고를 하지 않더라도 건강보험을 신청할 수 있습니다. 예 아니오. 문항 C로 건너뛰기
 a. 배우자와 공동으로 신고하시겠습니까? 예 아니오
 배우자 성명: _____
 b. 세금 신고서에 부양 가족을 청구하시겠습니까? 예 아니오
 부양 가족의 성명 기재: _____
 c. 귀하는 다른 사람의 세금 신고서에 피부양자로 청구됩니까? 예 아니오
 세금 신고자 성명 기재: _____ 세금 신고자와의 관계? _____

62. 임신 여부? 예 아니오 이 임신에 예상되는 아기는 몇 명입니까? _____ 예정일: _____

63. 귀하를 위한 공공부조 서비스가 필요하십니까? 보험을 가지고 있어도 보장 범위가 더 넓거나 비용이 저렴한 프로그램이 있을 수 있습니다. 예 아니오. 64~73 문항 건너뛰기.

64. 제약(목욕, 옷 입기, 집안일 등)을 유발하는 신체적, 정신적 또는 정서적 건강상태가 있거나 의료시설이나 요양원에 거주하고 계십니까? 예 아니오

65. 미국 시민 또는 미국 국적이십니까? 예 아니오

66. 미국 시민이나 국적이 아닌 경우 유효한 체류 신분이 있으십니까? 예 아니오
 아래에 문서 유형과 ID 번호를 기입해 주십시오.

a. 이민 문서 유형: _____ 문서 ID 번호: _____

b. 1996년 8월 22일 이후로 미국에 거주하십니까? 예 아니오

c. 귀하, 귀하의 배우자 또는 부모가 재향 군인 또는 미 현역 군인입니까? 예 아니오

67. 지난 3개월 동안의 의료비 납부에 도움이 필요하십니까? 몇 개월입니까? _____ 예 아니오
 귀하가 부족 구성원이고 지난 3개월 동안 부족 의료시설에서 치료를 받은 적이 있는 경우 Medicaid가 소급 적용되어 보장될 수 있는 의료비가 있을 수 있습니다.

68. 사고로 인한 의료비 지출이 있습니까? 예 아니오

69. 귀하가 주 보호자로서 19세 미만의 자녀와 함께 살고 있습니까? 예 아니오

70. 귀하는 고등 교육 기관에 재학 중이십니까(고등학교 이후 학교 교육)? 예 아니오 풀타임입니까, 파트 타임입니까? _____

71. 18세 이상에 위탁 양육을 받으셨습니까? 예 아니오

72. 히스패닉/라틴계인 경우 민족성(선택 사항—해당 사항 모두 표시)
 멕시코인 멕시코계 미국인 차카노 푸에르토리코인 쿠바인 기타 _____

73. 인종(선택 사항—해당 사항 모두 표시)
 백인 아메리칸 인디언 필리핀인 베트남인 차모로인
 흑인 또는 아프리카계 미국인 아시아계 인도인 일본인 기타 아시아인 사모아인
 알래스카 원주민 중국인 한국인 하와이 원주민 기타 태평양 섬 주민
 기타 _____

인종 및 민족 배경 정보는 자발적으로 제공되며 자격이나 혜택 금액에 영향을 주지 않습니다. 본 정보는 프로그램 혜택이 인종, 피부색 또는 출신 국가에 관계없이 분배되도록 보장하는 데 사용됩니다. Food Assistance(식료품 지원)/SNAP과 관련하여 미국 농무부(USDA)는 귀하가 정보를 제공하지 않는 경우 당국이 대신 답변하도록 규정합니다.

가구 내 다음 구성원에 대한 문항에 답변해 주십시오.

74. 이름, 중간 이름, 성 및 접미사 _____ 75. 신청자와의 관계? _____

75a. 이 해당인은 귀 가구의 풀타임 구성원 또는 파트타임 구성원입니까? 풀타임 파트타임
 파트타임인 경우 이 해당인이 귀하와 함께 거주하는 시간은 몇 퍼센트입니까? _____%(1-100)

76. 사회보장번호 _____ 77. 생년월일(mm/dd/yyyy) _____ 77a. 결혼 여부 _____ 78. 성별 남성 여성

79. 내년에 연방 소득세 신고서를 제출할 계획입니까? 세금 신고를 하지 않더라도 건강보험을 신청할 수 있습니다. 예 아니오. 문항 C로 건너뛰기
 a. 배우자와 공동으로 신고하시겠습니까? 예 아니오
 배우자 성명: _____
 b. 세금 신고서에 부양 가족을 청구하시겠습니까? 예 아니오
 부양 가족의 성명 기재: _____
 c. 귀하는 다른 사람의 세금 신고서에 피부양자로 청구됩니까? 예 아니오
 세금 신고자 성명 기재: _____ 세금 신고자와의 관계? _____

80. 임신 여부? 예 아니오 이 임신에 예상되는 아기는 몇 명입니까? _____ 예정일: _____

81. 귀하를 위한 공공부조 서비스가 필요하십니까? 보증을 가지고 있어도 보장 범위가 더 넓거나 비용이 저렴한 프로그램이 있을 수 있습니다. 예 아니오. 82-91 문항 건너뛰기.

82. 제약(목욕, 옷 입기, 집안일 등)을 유발하는 신체적, 정신적 또는 정서적 건강상태가 있거나 의료시설이나 요양원에 거주하고 계십니까? 예 아니오

83. 미국 시민 또는 미국 국적이십니까? 예 아니오

84. 미국 시민이나 국적이 아닌 경우 유효한 체류 신분이 있으십니까? 예 아니오
 아래에 문서 유형과 ID 번호를 기입해 주십시오.
 a. 이민 문서 유형: _____ 문서 ID 번호: _____
 b. 1996년 8월 22일 이후로 미국에 거주하십니까? 예 아니오
 c. 귀하, 귀하의 배우자 또는 부모가 재향 군인 또는 미 현역 군인입니까? 예 아니오

85. 지난 3개월 동안의 의료비 납부에 도움이 필요하십니까? 몇 개월입니까? _____ 예 아니오
 귀하가 부족 구성원이고 지난 3개월 동안 부족 의료시설에서 치료를 받은 적이 있는 경우 Medicaid가 소급 적용되어 보장될 수 있는 의료비가 있을 수 있습니다.

86. 사고로 인한 의료비 지출이 있습니까? 예 아니오

87. 귀하가 주 보호자로서 19세 미만의 자녀와 함께 살고 있습니까? 예 아니오

88. 귀하는 고등 교육 기관에 재학 중이십니까(고등학교 이후 학교 교육)? 예 아니오 풀타임입니까, 파트 타임입니까? _____

89. 18세 이상에 위탁 양육을 받으셨습니까? 예 아니오

90. 히스패닉/라틴계인 경우 민족성(선택 사항—해당 사항 모두 표시)
 멕시코인 멕시코계 미국인 차카노 푸에르토리코인 쿠바인 기타 _____

91. 인종(선택 사항—해당 사항 모두 표시)
 백인 아메리칸 인디언 필리핀인 베트남인 차모로인
 흑인 또는 아프리카계 미국인 아시아계 인도인 일본인 기타 아시아인 사모아인
 알래스카 원주민 중국인 한국인 하와이 원주민 기타 태평양 섬 주민
 기타 _____

인종 및 민족 배경 정보는 자발적으로 제공되며 자격이나 혜택 금액에 영향을 주지 않습니다. 본 정보는 프로그램 혜택이 인종, 피부색 또는 출신 국가에 관계없이 분배되도록 보장하는 데 사용됩니다. Food Assistance(식료품 지원)/SNAP과 관련하여 미국 농무부(USDA)는 귀하가 정보를 제공하지 않는 경우 당국이 대신 답변하도록 규정합니다.

3단계

가족 구성원

추가 공간이 필요할 경우 아래에 요구되는 모든 정보를 제공하여 별도의 용지를 첨부하십시오. 귀하의 소득에 대해 알려주십시오.

직업 1

92. 성명(이름, 중간 이름, 성)	a. 고용주명:
b. 고용주 주소:	
c. 고용주 전화번호:	d. 슈퍼바이저 성명:
e. 임금/팁(세전):	f. 주당 평균 시간
g. 지급 빈도: <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 2주마다 <input type="checkbox"/> 월 2회 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 매년 <input type="checkbox"/> 기타	

직업 2

93. 성명(이름, 중간 이름, 성)	a. 고용주명:
b. 고용주 주소:	
c. 고용주 전화번호:	d. 슈퍼바이저 성명:
e. 임금/팁(세전):	f. 주당 평균 시간
g. 지급 빈도: <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 2주마다 <input type="checkbox"/> 월 2회 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 매년 <input type="checkbox"/> 기타	

직업 3

94. 성명(이름, 중간 이름, 성)	a. 고용주명:
b. 고용주 주소:	
c. 고용주 전화번호:	d. 슈퍼바이저 성명:
e. 임금/팁(세전):	f. 주당 평균 시간
g. 지급 빈도: <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 2주마다 <input type="checkbox"/> 월 2회 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 매년 <input type="checkbox"/> 기타	

직업 4

95. 성명(이름, 중간 이름, 성)	a. 고용주명:
b. 고용주 주소:	
c. 고용주 전화번호:	d. 슈퍼바이저 성명:
e. 임금/팁(세전):	f. 주당 평균 시간
g. 지급 빈도: <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 2주마다 <input type="checkbox"/> 월 2회 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 매년 <input type="checkbox"/> 기타	

소득에 대한 다음 문항에 답변해 주십시오.

96. 자영업 가구 구성원의 경우 다음 문항에 답변해 주십시오(직업이 더 많고 추가 공간이 필요한 경우, 별도 용지를 첨부해 주십시오).

a. 이번 달에 받았거나 다음 달에 받게 될 모든 자영업 근로로부터 수령한 금액을 포함하십시오. 해당란에 모두 표시해 주십시오.

<input type="checkbox"/> B&B/객실 임대	<input type="checkbox"/> 공예/조각	<input type="checkbox"/> 잡역	<input type="checkbox"/> 택시 운전
<input type="checkbox"/> 목수	<input type="checkbox"/> 상업적 어업	<input type="checkbox"/> 수리공	<input type="checkbox"/> 트레이닝
<input type="checkbox"/> 보육/베이비시팅	<input type="checkbox"/> 임대 부동산 관리	<input type="checkbox"/> 영업 사원	<input type="checkbox"/> 기타

파트 a에 표시된 모든 항목에 대해 아래 상자를 기입하십시오.

자영업 가구 구성원	비즈니스 유형	시즌별, 연중	사업 소득 이번 달	사업 소득 다음 달	사업 경비 이번 달	사업 경비 다음 달
예시: Joe Smith	어업	시즌별	\$900	\$900	\$100	\$100

97. 지난 2개월 동안 가구 구성원 중 다음에 해당한 적이 있습니까? 직업 변경 실직 근로 시간 단축 해당 사항 없음

성명: _____

98. 기타 소득: 해당하는 항목에 모두 표시하고, 해당인 성명, 수령액, 수령 빈도를 기재하십시오.

참고: 건강보험만 신청하는 경우 자녀 양육비, 재향군인 수당 또는 생활보조금(SSI)에 대해 알려주실 필요가 없습니다.

<input type="checkbox"/> 이혼 수당	<input type="checkbox"/> 순 임대료/로열티	<input type="checkbox"/> 그물 낚시/농업
<input type="checkbox"/> 자녀 양육비	<input type="checkbox"/> 연금/퇴직금	<input type="checkbox"/> 사회보장혜택
<input type="checkbox"/> 실업 수당	<input type="checkbox"/> 생활보조금	<input type="checkbox"/> 산재 보상
<input type="checkbox"/> 가상화폐/양호화폐	<input type="checkbox"/> 재향군인 수당	<input type="checkbox"/> 기타 _____

위에서 표시한 모든 항목에 대해 아래 상자를 기입하십시오.

지급 당사자	지급 유형	액수 이번 달	예상 금액 다음 달	빈도
예시: Joe Smith	실업	\$400	\$400	2주마다

99. 공제: 해당하는 항목에 모두 표시하고, 해당인 성명, 수령액, 수령 빈도를 기재하십시오.

가구 구성원이 연방 소득세 신고 시 공제 가능한 특정 항목에 대해 비용을 지불하는 경우, 이에 대해 고지해 주시면 건강보험비를 조금 더 줄일 수 있습니다.

참고: 순 자영업(문항 29)에 대한 답변에 이미 고려한 비용을 포함해서는 안 됩니다.

<input type="checkbox"/> 이혼 수당	성명 _____	\$ _____	빈도 _____
<input type="checkbox"/> 학자금 대출	성명 _____	\$ _____	빈도 _____
<input type="checkbox"/> 기타 공제	성명 _____	\$ _____	빈도 _____

유형: _____

100. 연소득: 귀하가 기재한 소득이 매월 변경되는 경우에만 작성하십시오.

당사자 성명 _____ 올해 총 소득 \$ _____ 내년도(다른 경우) \$ _____

당사자 성명 _____ 올해 총 소득 \$ _____ 내년도(다른 경우) \$ _____

101. 건강보험 또는 공공부조 서비스의 신청자가 소득 또는 고용에 변동(새로운 소득 또는 고용이 제공되지 않음)이 있을 것으로 예상하십니까?

예 아니오

예인 경우, 구체적 명시: _____

4단계

알래스카 원주민 또는 아메리칸 인디언(AN/AI) 가족 구성원

102. 귀하 또는 귀하의 가족 구성원 중 알래스카 원주민 또는 아메리칸 인디언이 있습니까?

아니오. 5단계로 건너뛰기. 예. 부록 B 작성.

5단계

가족 의료 보장

의료 보장이 필요한 모든 구성원에 대해 다음 문항에 답변해 주십시오.

103. 다음 의료 보장에 가입한 구성원이 있습니까? 예 아니오

보장 유형을 표시하고 해당 보장 옆에 당사자 성명을 기재하십시오.

Medicaid _____ 고용주 보험: _____

Medicare _____ 건강보험명: _____

TRICARE (직접 진료 또는 Line Of Duty(LOD)가 있는 경우 체크하지 마십시오) _____

증서 번호: _____

COBRA 보장 대상입니까? 예 아니오

은퇴자 의료보험입니까? 예 아니오 RIN: _____

기타: 피보험자 성명: _____ Peace Corps _____

증서 번호: _____ VA health care

건강보험명: _____ 제한된 혜택 플랜(예: 학교 사고 보험)입니까? 예 아니오

104. 본 신청서에 기재된 구성원 중 직장에서 의료 보장을 제공받는 사람이 있습니까? 부모나 배우자 등 다른 구성원의 직장을 통해 보장을 받는 경우에도 '예'에 표시해 주십시오.

예. 부록 A를 작성하여 포함해 주십시오.

아니오

6단계

MAGI Medicaid 혜택만 신청하는 경우 **7단계**로 건너뛰십시오. 장애 관련 **Medicaid** 또는 기타 공공부조 프로그램을 신청하는 경우, 반드시 **7단계**를 작성해야 합니다.

7단계

자산, 비용, 자산 및 기타

추가 공간이 필요할 경우 아래에 요구되는 모든 정보를 제공하여 별도의 용지를 첨부하십시오.

105. 건강보험 또는 그 밖의 공공부조 서비스 신청자가 주택, 토지, 아파트, 이동식 주택, 두 세대용 건물, 콘도, 캠핑카 또는 오두막집과 같은 재산을 소유하고 있습니까? 예 아니오

예인 경우 아래 정보를 작성해 주십시오. 비용이 지불되었거나, 귀하가 여전히 비용을 지불하고 있거나, 다른 사람과 함께 소유하고 있는 모든 재산을 포함해 주십시오.

재산 소유자	소유 부동산 유형	예상 가격	미지급 잔액
예시: Joe Smith	콘도	\$75,000	\$70,000

106. 귀하 또는 귀하의 동거인이 자동차, 트럭, 오토바이, 보트, 설상차, 개인용 선박, 항공기, 레저용 차량(RV) 또는 전 지형 차량(ATV)과 같은 차량을 소유하고 있습니까? 예 아니오

아래 정보를 작성해 주십시오. 비용이 지불되었거나, 귀하가 비용을 지불하고 있거나, 다른 사람과 함께 소유하고 있는 모든 차량을 포함해 주십시오. 또한 운행하지 않거나 사용하지 않는 차량도 포함해 주십시오.

차량 소유자	차량 유형, 모델 및 연도	차량 용도	예상 가격	미지급 잔액
예시: Joe Smith	1987 Ford Escort	작업	\$800	\$200

107. 귀하 또는 귀하의 동거인들 중에 다음 항목을 가지고 있는 사람이 있습니까? 예 아니오

해당란에 표시해 주십시오. 다른 사람과 함께 소유한 항목과 현재 현금이 없는 계정을 포함해 주십시오.

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 연금 | <input type="checkbox"/> 대학 학자금 플랜 | <input type="checkbox"/> 신탁 또는 ABLE 계정 | <input type="checkbox"/> 예금 계좌 |
| <input type="checkbox"/> 장래 증서 계약 | <input type="checkbox"/> 신용 조합 계정 | <input type="checkbox"/> 원주민 기업 주식 | <input type="checkbox"/> 주식/채권 |
| <input type="checkbox"/> 보유 현금 | <input type="checkbox"/> 상업적 어업 허가 | <input type="checkbox"/> 연금 플랜 | <input type="checkbox"/> 가상화폐/암호화폐 |
| <input type="checkbox"/> 예금 증서 | <input type="checkbox"/> IRA 계정 | <input type="checkbox"/> 퇴직금 | <input type="checkbox"/> 기타 |
| <input type="checkbox"/> 당좌예금 | <input type="checkbox"/> 생명보험증서 | <input type="checkbox"/> 안전 금고 | |

108. 위에서 표시한 모든 항목에 대해 아래 상자를 기입하십시오.

항목 소유자	항목 유형	보유 장소	계정 번호	총 가치/잔액
예시: Jane Smith	당좌예금	Frontier Bank	452231	\$300

109. 귀하 또는 귀하의 가구 구성원 중 지난 5년 동안 재산, 차량 또는 기타 자산을 매각, 양도 또는 이양한 적이 있습니까? 아래 정보를 작성해 주십시오. 아니오

소유자	차량, 재산 또는 자산	매각, 양도 또는 이양?	시기	예상 가격
예시: Joe Smith	트럭	양도	2005년 5월	\$4,000

경비

110. 귀하의 주거지 경비는 얼마입니까? 해당란을 선택하고 지불해야 하는 금액을 기재해 주십시오.

HUD, ASHA, AHFC 또는 Section 8과 같은 주택 지원에서 지불한 금액은 입력하지 마십시오.

임대료 \$ _____ /월 이동식 주택 부지 또는 공간 임대료 \$ _____ /월
 모기지 \$ _____ /월

111. 임대료 또는 모기지와 별도로 청구되는 주거지 경비는 무엇입니까?

주택/임차인 보험 \$ _____ / _____ 재산세 \$ _____ / _____
 콘도/협회 수수료 \$ _____ / _____ 기타(예치금 등) \$ _____ / _____

112. 귀 가구에서 매월 지불해야 하는 공공요금 청구서 옆의 확인란을 선택해 주십시오.

난방(가스, 전기, 프로판, 목재 등) \$ _____ 하수도 \$ _____ 전화 \$ _____
 수도 \$ _____ 전기 \$ _____ 쓰레기 \$ _____ 기타 \$ _____

113. 귀 가구는 LIHEAP를 받으니까? 아니면 LIHEAP를 받을 것으로 예상하십니까? 예 아니오

114. 현금으로 지급되지 않는 식료품, 주거지, 공공요금 또는 그 밖의 비용을 위해 일을 하거나 도움을 받는 구성원이 있습니까? 예 아니오

구체적 명시: _____

115. 개인 또는 기관이 귀하의 주거지 비용(예: 주택 또는 난방 지원)의 전부 또는 일부를 지불하는 데 도움을 줍니까? 예 아니오

비용 지불자 _____ 경비 종류 _____ 지급액 _____

116. 가구 구성원 중 보육, 고령자 또는 성인 장애인 요양비가 발생하는 사람이 있습니까? 예 아니오

지불 책임자 _____ 지불 대상 _____ 월 금액 \$ _____

117. 가구 구성원 중 자녀 양육비를 지불하는 사람이 있습니까? 예 아니오

비용 지불자 _____ 월 금액 \$ _____

118. 장애인 또는 60세 이상 가구 구성원 중 의료비가 발생하는 사람이 있습니까? 예 아니오

비용 부담 대상 _____ 월 금액 \$ _____

위에 명시된 비용 중 어느 하나라도 보고하거나 확인하지 않으면, 귀하의 가구는 미보고 경비에 대한 공제를 받지 않겠다고 진술한 것으로 간주됩니다.

중죄 유죄 판결

119. 귀하 또는 가구 구성원 중 동시에 두 개 이상의 주에서 지원을 받기 위해 거주지에 대해 허위 진술을 한 혐의로 유죄 판결을 받은 적이 있습니까? 예 아니오

120. 귀하 또는 가구 구성원 중 1996년 8월 22일 이후 규제 물질의 소유, 사용 또는 유통으로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? 예 아니오

120a. 당사자들은 충분히 복역 중이거나 집행 유예 기간 또는 가석방 기간을 성공적으로 마쳤습니까? 예 아니오

120b. 당사자들은 약물 또는 알코올 치료 프로그램에 의무적으로 참여하는 과정에 있거나 이를 성공적으로 완료했습니까? 예 아니오

120c. 당사자들은 약물 또는 알코올 치료 프로그램 참여를 포함하여 재활 조치를 취했습니까? 예 아니오

120d. 당사자들은 재진입 계획의 요건을 성공적으로 준수하고 있습니까? 예 아니오

121. 귀하 또는 가구 구성원 중에 다른 주에서 중범죄 또는 A급 경범죄로 기소, 구금 또는 감금을 피해 탈출하거나 현재 가석방 또는 보호 관찰 조건을 위반하고 있는 사람이 있습니까? 예 아니오

122. 귀하 또는 가구 구성원 중에 1996년 9월 22일 이후 SNAP 혜택을 약물과 거래한 혐의로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? 예 아니오

123. 귀하 또는 가구 구성원 중에 1996년 9월 22일 이후 \$500 이상의 SNAP 혜택을 구입 또는 판매한 혐의로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? 예 아니오

124. 귀하 또는 가구 구성원 중에 1996년 9월 22일 이후 어느 주에서든 사기로 중복 SNAP 혜택을 받은 혐의로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? 예 아니오

125. 귀하 또는 가구 구성원 중에 1996년 9월 22일 이후 SNAP 혜택을 총기, 탄약 또는 폭발물과 거래한 혐의로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? 예 아니오

126. 귀하 또는 가구 구성원 중에 2014년 2월 7일 이후에 가중처벌 대상의 성적 학대, 살인, 성 착취 및 아동 학대 또는 성폭행으로 유죄 판결을 받은 사람이 있습니까? 예 아니오

126a. 당사자들은 복역 중이거나 집행 유예 기간 또는 가석방 기간을 성공적으로 마쳤습니까? 예 아니오

126b. 당사자들은 재진입 계획의 요건을 성공적으로 준수하고 있습니까? 예 아니오

서명함을 통해 귀하는 연방정부 운영 마켓플레이스(Federally Facilitated Marketplace), 보건부(Department of Health), 그 대리인 및 법무부(Department of Law)에 귀하의 건강, 재정, 가족 및 개인 이력에 대한 정보를 요청할 수 있는 권한을 부여합니다. 본 정보는 공공부조 프로그램에 대한 귀하의 자격 여부를 결정하는 데 사용될 수 있으며, 사기 조사가 시작된 경우 귀하의 혜택 자격에 대한 행정 또는 범죄 조사에 사용될 수 있습니다. 귀하의 정보는 법률에서 요구하는 경우를 제외하고는 다른 사유로 또는 연방정부 운영 마켓플레이스, 보건부 또는 그 대리인 이외 다른 해당인이나 기관에 공개되지 않습니다. 정보 공개는 귀하가 공공부조의 신청자 또는 수혜자인 동안 및 귀하의 자격 및 혜택 수령에 대한 추후 조사를 위해 유효합니다.

당국은 당국의 전자 데이터베이스 및 국세청(Internal Revenue Service, IRS), 사회보장국(Social Security), 국토안보부(Department of Homeland Security) 및/또는 소비자 보고 기관에 있는 데이터베이스의 정보를 이용하여 귀하의 답변을 확인하게 됩니다. 정보가 일치하지 않을 경우 귀하에게 증빙 자료 제출을 요청할 수 있습니다. 또한 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 다른 해당인이나 조직에 연락할 수도 있습니다: 알래스카 주택금융공사(Alaska Housing Finance Corporation), 어류 수렵부(Department of Fish and Game), 노동부(Department of Labor), 법무부(Department of Law), 군인 및 재향군인 업무부(Department of Military and Veterans Affairs), 공공 안전부(Department of Public Safety), 조세국(Department of Revenue), 미국 이민국(U.S. Citizenship and Immigration Services), 고용주, 금융 기관, 임대인, 지방 정부, 원주민 기업(Native Corporation), 개인, 공공부조 프로그램 계약자 및 수혜자, 학교 당국, 사회보장국(Social Security Administration), 증권 중개사 및 세무사. 당국은 공공부조 서비스에 대한 귀하의 자격 여부 및 귀하가 신청하기로 선택한 경우 의료보험비 납부 지원 자격 여부를 확인하기 위해 본 정보가 필요합니다. 또한, 본 공개를 통해 수집한 정보는 귀하에 대한 행정 소송에서 보건부 및/또는 귀하에 대한 형사 소송에서 법무부에서 사용할 수 있습니다.

연방정부 운영 마켓플레이스에서 승인한 의료서비스를 받는 경우:

본인은 향후 몇 년 동안 의료 보장에 대한 비용 납부 지원과 관련하여 본인의 자격 여부를 더 용이하게 결정할 수 있도록, 마켓플레이스에서 세금 신고서의 정보를 비롯한 소득 데이터를 사용하도록 허용하는 데 동의합니다. 마켓플레이스에서 본인에게 통지를 보내 본인이 이를 변경할 수 있도록 하며, 본인은 언제든지 이를 거부할 수 있습니다.

예, 다음 기간 동안 본인의 자격 여부를 자동으로 갱신합니다. 5년(최대 허용) 4년 3년 2년 1년
 보장을 갱신하기 위해 세금 신고 정보를 사용하지 마십시오.

본 신청서상의 구성원 중 Medicaid 자격이 있는 경우:

- 본인은 주정부 Medicaid 기관에 다른 건강보험, 법적 합의 또는 기타 제3자로부터 자금을 추적하고 수령할 수 있는 권리를 부여합니다. 본인은 또한 Medicaid 기관에 배우자 또는 부모로부터 의료지원을 추적하고 수령할 수 있는 권리를 부여합니다.
- 본인은 변경 사항이 있을 경우 건강보험 마켓플레이스 및/또는 공공부조 사무소에 전화, 대면 또는 서면으로 고지해야 함을 알고 있으며, 본 신청서에 작성한 내용과 다른 사항이 있을 경우 본인의 정보 변경 사항이 가구 구성원(들)의 자격 여부에 영향을 미칠 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 연방법에 따라 인종, 피부색, 출신 국가, 성별, 연령, 성적 취향, 성 정체성 또는 장애를 근거로 차별이 허용되지 않음을 알고 있습니다. 본인은 www.hhs.gov/ocr/office/file을 방문하여 차별 관련 이의를 제기할 수 있습니다.
- 그런 경우, 본인은 부재 부모로부터 의료 및 임시 지원을 징수하는 기관과 협조하도록 요청받을 것임을 알고 있습니다. 본인은 의료 지원을 징수하는 데 협조하는 것이 본인 또는 자녀에게 해가 될 것이라고 생각하는 경우, 공공부조과에 알릴 수 있으며 이에 대해 협조하지 않아도 될 수 있습니다. **부록 D를 참조하십시오.**

본 신청서상의 자녀 중 부모가 다른 주거지에 거주하고 있는 자녀가 있습니까? 예 아니오
 본인은 자녀 양육비 요건에 협조하는 데 동의합니다. 예 아니오

본인은 본 신청서상에 건강보험 신청자가 투옥(구금 또는 수감)되지 않았음을 확인합니다.

이것이 사실이 아닐 경우, 금고형 처벌 당사자는? _____
 7페이지를 작성한 당사자(신청자)가 본 신청서에 서명해야 합니다. 귀하가 위임 대리인인 경우, 신청자가 부록 C의 필수 정보를 작성한 경우에 한해 여기에 서명할 수 있습니다.

이 신청서에 서명: _____
서명 날짜(월/일/년)

정자체 성명: _____

이 신청서에 서명: _____
서명 날짜(월/일/년)

정자체 성명: _____

확인

- 본인은 알래스카 공공부조과에서 관리하는 공공부조 혜택의 수혜 대상이 되려면 현재 알래스카 거주자여야 함을 이해합니다. 본인은 거주 상태가 변경될 경우 해당 변경 사항을 10일 이내에 알래스카 공공부조과에 보고해야 함을 이해합니다. 또한 본인이 30일 이상 알래스카주를 벗어날 경우, 본인을 알래스카 주민으로 간주/본인이 알래스카로 돌아올 의향이 있는지 여부에 관계없이 본인의 부재를 알래스카 공공부조과에 고지해야 함을 이해합니다.
- 본인은 공공부조 수혜 자격이 부분적으로 본인 가구의 소득에 따라 결정됨을 이해합니다. 이를 위해 본인은 본 신청서에서 본인과 가구 구성원이 받는 모든 소득을 공개해야 함을 이해하며, 소득원에는 고용(자영업 포함), 이혼 수당, 자녀 양육비, 실업, 순 임대료/로열티, 연금/퇴직금, 생활보조금, 재향군인 수당 및 사회보장혜택이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.
- 본인은 공공부조 수혜 자격이 부분적으로 본인 가구의 자산에 따라 결정됨을 이해합니다. 이를 위해 본인은 본 신청서에서 본인과 가구 구성원이 소유한 자산을 공개해야 함을 이해하며, 자산 유형은 부동산(부동산에 대해 지급 완료, 계속 지급 중이거나 다른 사람과 공동 소유 여부와 무관), 모든 은행 계좌(당좌예금 및 저축예금 포함), 보유 현금, 예금 증서, 대학 학자금 플랜, 생명보험증서, 연금 계획, 퇴직 기금, 주식 채권 및 연금, 원주민 기업(Native Corporation) 주식, 신탁 기금, 안전 금고 내용물, 광물권, IRA 계정, 상업적 어업 허가 및 장래증서 계약이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.

본인은 신청서의 '권리와 의무' 섹션을 읽었거나 본인에게 읽어준 내용을 들었으며 본 신청서에 설명된 대로 사기 처벌을 포함한 본인의 권리와 의무를 이해합니다.

본인은 "확인" 섹션을 읽었거나 본인에게 읽어준 내용을 들었으며 각 내용을 이해합니다.

위증 시 처벌된다는 조건하에 본인은 모든 혜택 신청자가 미국 시민권 또는 합법적 이민자 신분을 포함하여 본 신청서에 포함된 모든 정보가 본인이 아는 한 사실이고 정확함을 증명합니다.

성인 신청자: _____	서명	_____	날짜(월/일/년)
기타 성인 신청자: _____	서명	_____	날짜(월/일/년)
입회자, 'X'로 서명한 경우: _____	서명	_____	날짜(월/일/년)
위임 대리인(해당되는 경우): _____	서명	_____	날짜(월/일/년)

SNAP 생계형 사냥 및/또는 어업

선택 사항

귀하의 가구는 소매점을 이용하기 어려운 시골 지역에 살고 있으며 식료품의 상당 부분을 사냥 및/또는 낚시에 의존하고 계십니까? 그럴 경우, SNAP 혜택을 이용하여 그물, 줄, 갈고리, 낚시대 및 칼과 같은 생계용 사냥 및 낚시 용품을 구입할 수 있습니다.

- SNAP을 사용하여 생계용 사냥 및 낚시 용품을 구입하시겠습니까? 예 아니오
- 본인은 구매한 품목을 영리목적으로 사용하지 않을 것에 동의합니다. 예 아니오

성인 신청자: _____	서명	_____	날짜(월/일/년)
---------------	----	-------	-----------

본 양식을 작성해야 하는 이유는 무엇입니까?

귀하의 지원 자격 여부를 결정하기 위해, 당국에서 귀하의 상황에 대한 질문에 답변할 수 있는 관계인이나 기관에 연락해야 할 수도 있습니다. 귀하는 본 양식을 작성함으로써 당국에서 귀하가 제공한 관계인 및 기관에 연락하도록 허가하는 것입니다.

질문할 내용

주요 질문 내용은 귀하의 거주지, 동거인, 귀 가구의 소득과 자산에 관한 질문입니다. 또한 거주지에 거주하지 않는 자녀의 부모에 관한 정보를 요청할 수도 있습니다.

당국에서 제공하는 정보

해당 관계인이나 기관에 연락할 때 당국은 담당자의 성명과 직위를 밝힙니다. 또한 당국이 공공부조과 소속임을 알립니다. 귀하 또는 귀하의 공공부조 서비스에 대한 정보는 알리지 않습니다.

귀하에 대해 잘 알고 있는 관계인 2인에 관한 정보:

성명 및 귀하와의 관계	우편 주소	낮 시간대 전화

임대주에 관한 정보:

성명 및 귀하와의 관계	우편 주소	낮 시간대 전화

부록 A: 직장의 의료 보장

직장에서 의료 보장을 받고 있는 가구 구성원 외에는 이 질문에 답변할 필요가 **없습니다**. 의료 보장을 제공하는 각 직장에 대해 이 페이지의 사본을 첨부하십시오.

보장을 제공하는 직장에 대해 알려주십시오.

귀하가 해당 문항에 답변하는 데 도움이 되도록 보장을 제공하는 고용주에게 다음 페이지에 있는 고용주 보장 도구(**Employer Coverage Tool**)를 가져다 주십시오. 신청서 제출 시 고용주 보장 도구는 포함할 필요 없이 이 페이지만 포함하면 됩니다.

고용인 정보

1. 고용인 성명(이름, 중간 이름, 성)	2. 고용인 사회보장번호 _____-_____-_____
-------------------------	------------------------------------

고용주 정보

3. 고용주명	4. 고용주 식별 번호(EIN) _____-_____-_____	
5. 고용주 주소	6. 고용주 전화번호 () - _____	
7. 시	8. 주	9. 우편번호
10. 이 직장에서 고용인 의료 보장과 관련하여 당국에서 연락할 수 있는 담당자		
11. 전화번호(위와 다른 경우) () - _____	12. 이메일 주소	

13. 귀하는 현재 이 고용주가 제공하는 보장의 수혜 대상입니까? 아니면 향후 3개월 이내에 수혜 대상이 될 것입니까?

예(계속)

13a. 귀하가 대기 또는 수습 기간에 있는 경우 언제 보험에 가입할 수 있습니까? _____
이 직장에서 의료 보장을 받을 수 있는 다른 사람의 성명을 기재하십시오. (mm/dd/yyyy)

성명: _____ 성명: _____ 성명: _____

아니오

이 고용주가 제공하는 의료보험에 대해 알려주십시오.

14. 고용주는 최소 가치 기준*을 충족하는 의료보험을 제공합니까? 예 아니오

15. 고용인에게만 제공되는 최소 가치 기준*을 충족하는 최저 비용 플랜의 경우(가족 플랜은 포함하지 않음):
고용주가 복지 프로그램을 운영하는 경우, 고용인이 금연 프로그램에 대해 최대 할인을 받고 복지 프로그램에 따른 다른 할인을 받지 않는다면 고용인이 지불해야 하는 보험료를 제공하십시오.

a. 고용인이 이 플랜에 대해 지불해야 하는 보험료는 얼마입니까? \$ _____

b. 빈도 매주 2주마다 월 2회 월 1회 분기별 매년

16. 고용주는 새 플랜 연도에 어떤 변경을 할 예정입니까(알고 있는 경우)?

고용주가 의료 보장을 제공하지 않을 예정임

고용주는 고용인에게 의료 보장을 제공하기 시작하거나 최소 가치 기준을 충족하는 고용인에게만 제공되는 최저 비용 플랜의 보험료를 변경할 것임*(보험료는 복지 프로그램에 대한 할인을 반영해야 함. 문항 15 참조.)

a. 고용인이 이 플랜에 대해 지불해야 하는 보험료는 얼마입니까? \$ _____

b. 빈도 매주 2주마다 월 2회 월 1회 분기별 매년

변경 날짜(mm/dd/yyyy): _____

* 고용주가 후원하는 의료보험은 플랜이 보장하는 총 허용 혜택 비용 중 플랜의 몫이 해당 비용의 60%에 달하는 경우 '최소 가치 기준'을 충족합니다(1986년 국제청법(Internal Revenue Code) 제36B(c)(2)(C)(ii)항)

부록 A: 고용주 보장 도구

이 도구를 사용하여 귀하가 받을 수 있는 고용주 의료 보장에 관한 부록 A의 문항에 답변하실 수 있습니다(부모나 배우자와 같이 다른 사람의 직장으로부터 받는 경우도 포함). 아래 번호가 표시된 상자 내의 정보는 부록 A의 상자와 일치합니다. 예를 들어 이 페이지의 문항 14에 대한 답변은 부록 A의 문항 14와 일치해야 합니다.

상자 1과 2에 귀하의 성명과 사회보장번호를 기재하고 고용주에게 양식의 나머지 부분을 작성하도록 요청하십시오. 의료 보장을 제공하는 각 고용주에 대해 하나의 도구를 작성하십시오.



고용인 정보

고용인은 이 섹션을 작성해야 합니다.

1. 고용인 성명(이름, 중간 이름, 성)	2. 고용인 사회보장번호 _____-_____-_____
-------------------------	------------------------------------



고용주 정보

고용주에게 이 정보를 문의하십시오.

3. 고용주명	4. 고용주 식별 번호(EIN)	
5. 고용주 주소(마켓플레이스에서 이 주소로 통지를 보낼 것입니다)	6. 고용주 전화번호 () -	
7. 시	8. 주	9. 우편번호
10. 이 직장에서 고용인 의료 보장과 관련하여 당국에서 연락할 수 있는 담당자		
11. 전화번호(위와 다른 경우) () -	12. 이메일 주소	

13. 고용인이 현재 이 고용주가 제공하는 보장을 받을 수 있습니까? 아니면 향후 3개월 이내에 수혜 대상이 될 수 있습니까?

예(계속)
13a. 고용인이 대기 또는 수습 기간으로 인해 현재 자격 대상이 아닌 경우, 언제 보장을 받을 수 있습니까? _____(월/일/연도)(계속)

아니오(중지하고 이 양식을 고용인에게 반환)

이 고용주가 제공하는 의료보험에 대해 알려주십시오.

고용주가 고용인의 배우자나 피부양자를 위한 의료보험을 제공합니까?

- 예. 해당인 배우자 부양가족
 아니오
 (문항 14로 이동)

14. 고용주는 최소 가치 기준*을 충족하는 의료보험을 제공합니까?
 예(문항 15로 이동) 아니오(중단하고 양식을 고용인에게 반환)

15. 고용인에게만 제공되는 최소 가치 기준*을 충족하는 최저 비용 플랜의 경우(가족 플랜은 포함하지 않음): 고용주가 복지 프로그램을 운영하는 경우, 고용인이 금연 프로그램에 대해 최대 할인을 받고 복지 프로그램에 따른 다른 할인을 받지 않는다면 고용인이 지불해야 하는 보험료를 제공합니다.

a. 고용인이 이 플랜에 대해 지불해야 하는 보험료는 얼마입니까? \$ _____

b. 빈도 매주 2주마다 월 2회 월 1회 분기별 매년

플랜 연도가 곧 종료되고 제공되는 의료보험이 변경될 것임을 알고 있는 경우 문항 16으로 이동하십시오. 모르는 경우 중지하고 고용인에게 양식을 반환하십시오.

16. 고용주는 새 플랜 연도에 어떤 변경을 할 예정입니까?

고용주가 의료 보장을 제공하지 않을 예정임

고용주는 직원들에게 의료 보장을 제공하기 시작하거나 최소 가치 기준을 충족하는 직원에게만 제공되는 최저 비용 플랜의 보험료를 변경할 것임*(보험료는 복지 프로그램에 대한 할인을 반영해야 함. 문항 15 참조.)

a. 고용인이 이 플랜에 대해 지불해야 하는 보험료는 얼마입니까? \$ _____

b. 빈도 매주 2주마다 월 2회 월 1회 분기별 매년

변경 날짜(mm/dd/yyyy): _____

* 고용주가 후원하는 의료보험은 플랜이 보장하는 총 허용 혜택 비용 중 플랜의 몫이 해당 비용의 60%에 달하는 경우 '최소 가치 기준'을 충족합니다(1986년 국세청법(Internal Revenue Code) 제36B(c)(2)(C)(ii)항)

부록 B: 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 가족 구성원

귀하 또는 가족 구성원이 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민인 경우 이 부록을 작성하십시오. 서비스 신청서와 함께 이 부분을 제출하십시오.

아메리칸 인디언(AI) 또는 알래스카 원주민(AN) 가족 구성원에 대해 알려주십시오.

아메리칸 인디언 및 알래스카 원주민은 인디언 건강 서비스(Indian Health Service), 부족 건강 프로그램 또는 도시 인디언 건강 프로그램의 서비스를 받을 수 있습니다. 또한 비용 부담금을 지불하지 않아도 되며 특별 월 등록 기간을 이용할 수도 있습니다. 다음 문항에 답변하여 가족이 최대한 도움을 받을 수 있도록 하십시오.

참고: 포함할 구성원이 더 있을 경우 이 페이지를 복사하여 첨부하십시오.

	AI/AN 당사자 1	AI/AN 당사자 2
1. 성명 (이름, 중간 이름, 성)	이름 _____ 중간 이름 _____ 성 _____	이름 _____ 중간 이름 _____ 성 _____
2. 연방 정부에서 인정하는 부족의 일원입니까?	<input type="checkbox"/> 예 예인 경우, 부족명 _____ <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 예인 경우, 부족명 _____ <input type="checkbox"/> 아니오
3. 해당인은 인디언 건강 서비스, 부족 건강 프로그램 또는 도시 인디언 건강 프로그램 또는 이러한 프로그램 중 하나의 의뢰를 통해 서비스를 받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 아니오인 경우, 해당인은 인디언 건강 서비스, 부족 건강 프로그램 또는 도시 인디언 건강 프로그램 또는 이러한 프로그램 중 하나의 의뢰를 통해 서비스를 받을 자격이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 아니오인 경우, 해당인은 인디언 건강 서비스, 부족 건강 프로그램 또는 도시 인디언 건강 프로그램 또는 이러한 프로그램 중 하나의 의뢰를 통해 서비스를 받을 자격이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
4. 수령한 특정 금액은 Medicaid에 산정되지 않을 수 있습니다. 다음 출처의 자금을 포함하여 신청서에 보고된 모든 소득(금액 및 빈도)을 기재하십시오: <ul style="list-style-type: none"> 천연 자원, 사용 권한, 임대 또는 로열티에서 나오는 부족의 1인당 지불금 내무부(Department of Interior)가 인디언 신탁 토지로 지정한 토지의 천연 자원, 농업, 목축, 어업, 임대 또는 로열티 지불금(보호 구역 및 이전 보호 구역 포함) 문화적 의미가 있는 물품을 판매하여 수취한 돈 	\$ _____ 빈도 _____	\$ _____ 빈도 _____

귀하의 신청서 및 케이스와 관련된 모든 사안에 대해 다른 사람이 귀하를 대리하도록 허용하시겠습니까?

귀하는 신뢰할 수 있는 사람 또는 기관에 귀하의 신청서 및 케이스에 대해 당국과 논의하고, 귀하의 정보를 확인하고, 귀하의 공공부조 케이스와 관련된 사안에 대해 조치를 취할 수 있는 권한을 부여할 수 있습니다. 이러한 사람을 '위임 대리인'이라고 합니다. 위임 대리인은 귀하의 공공부조 케이스를 변경할 수 있으며 귀하의 케이스 파일에 있는 정보에 액세스할 수 있습니다. 귀하는 잠재적 사기 혐의를 포함하여 귀하가 지정한 위임 대리인이 귀하의 케이스에 대해 변경한 모든 사항에 대해 책임을 져야 합니다.

공공부조과는 귀하의 신청서 및 케이스에 관한 모든 정보를 귀하의 위임 대리인 또는 이 양식에 명시된 기관의 구성원에게 공개할 수 있습니다. 한 명 이상의 해당인 또는 기관이 귀하의 위임 대리인 역할을 수행할 수 있습니다.

귀하는 언제든지 위임 대리인을 임명, 철회 또는 변경할 수 있습니다. 위임 대리인을 변경해야 하는 경우 공공부조과에 문의해 주십시오. 귀하가 본 신청서에 기재된 당사자를 위해 법적으로 임명된 대리인이며 증빙을 제공하는 경우 이 섹션을 작성할 필요가 없습니다.

위임 대리인 성명(이름, 중간 이름, 성) 또는 기관		전화번호
위임 대리인 주소		아파트 또는 호수
		이메일
시	주	우편번호

신규 변경 추가 해당인 또는 기관을 본인의 위임 대리인에서 철회

또는**정보 공개 허가****귀하의 신청서 및 케이스 관련 정보를 공유하고 싶은 당사자가 있습니까?**

이 섹션을 작성함으로써 귀하는 다음 당사자나 기관이 귀하의 공공부조 신청 및 혜택 상태에 대한 정보를 수령하도록 허가할 수 있지만 이들은 위임 대리인처럼 귀하를 대리할 수는 없습니다. 귀하는 이 추가되는 당사자 또는 기관에 귀하의 케이스 상태에 대한 정보를 공개할 수 있는 권한을 공공부조과에 부여합니다. 공공부조과에 연락하여 언제든지 이 공개를 취소할 수 있습니다.

당사자 성명(이름, 중간 이름, 성) 또는 기관		전화번호
주소		아파트 또는 호수
		이메일
시	주	우편번호

및

신청자/수혜자의 서명	날짜(mm/dd/yyyy)
신청자/수혜자의 정자체 성명	사회보장번호 또는 케이스 번호

이 양식이 유효하려면 신청자 또는 수혜자가 서명해야 합니다.

부록 D: 자녀 양육비 정보

링크로 정자체 기입.

각각의 비양육 부모에 대한 양식을 작성하십시오. 본 정보는 자녀 양육비를 수립 및/또는 시행하는 데 사용됩니다.

귀하의 성명: _____ 귀하의 사회보장번호: _____

주소: _____ 시/주/우편번호: _____

전화: _____ 이메일: _____ 운전 면허증: 주 및 번호 _____

자녀와의 관계: 부 모 기타 (구체적 설명) _____

비양육 부모의 법적 성명: _____ 및 SSN: _____

자녀의 성명	생년월일	출생지(시, 카운티, 주)	자녀의 사회보장번호	부재 부모 성명	양친 부모 모두 출생 증명서에 있습니까?
					예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>
					예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>
					예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>

비양육 부모: 생년월일: _____ 출생지: _____

주소: _____ 시/주/우편번호: _____

비양육 부모의 일반 직업, 현 고용주 및 위치: _____

비양육 부모는 자녀를 위한 의료보험에 가입되어 있습니까? 예 / 아니오 조합 회원? 예 / 아니오

부족 또는 원주민 기업(Native Corporation) 구성원? 예 / 아니오 유형/보험증서: _____

혼인: _____ 날짜: _____ 장소: _____

혼인 및 별거: _____ 별거 날짜: _____ 장소: _____

이혼 보류 중: _____ 제출 날짜 및 법원: _____

이혼: _____ 최종 날짜: _____ 장소: _____

혼인한 적 없음: 부모가 혼인한 적이 없는 경우, 기재된 각 자녀에 대해 법원 또는 행정 명령에 의해 친자 관계가 설정되었습니까?
 예 아니오 아니오인 경우 구체적 설명: _____

자녀에 대한 양육권 명령이 있습니까? 예 아니오 예인 경우 명령에 대한 다음 정보를 제공하십시오.

주/카운티: _____ 법원/기관: _____ 날짜: _____

자녀 양육비 명령이 있습니까? 예 아니오 예인 경우 명령에 대한 다음 정보를 제공하십시오.

주/카운티: _____ 법원/기관: _____ 날짜: _____

자녀 양육 협조 및 부양 의무

귀하는 법에 따라, 임시 지원(ATAP/TANF) 지급액을 수령하는 자녀의 자녀 양육비 또는 의료 지원(Medicaid)을 받고 있는 자녀의 의료 지원을 받을 수 있게 협조해야 합니다. 즉 귀하는 비양육 부모를 찾거나 법적 아버지가 없는 자녀의 친자 관계를 확립하는 것을 도와야 합니다. 귀하는 지원을 받는 모든 개월에 대해 귀하에게 지불된 자녀/배우자 부양비 또는 의료 지원을 주정부 기관에 양도해야 합니다. 귀하가 임시 지원을 수령하는 동안 비양육 부모가 귀하에게 자녀 양육비를 지불하는 경우, 귀하는 해당 지급액을 자녀 양육비 서비스과(Child Support Services Division, CSSD)에 이양해야 합니다. 유효한 양육 명령이 없는 경우에도 이를 수행해야 합니다.

CSSD에서 귀하에게 잘못 지불한 경우 해당 금액의 상환 조치를 위해 귀하에게 연락할 것입니다. 일시불로 즉시 상환하는 대신 향후 자녀 양육비를 통해 점진적으로 상환하시려면 이 확인란을 선택하십시오.

CSSD에 정보 제공 - 기밀 유지 및 안전

자녀 양육비 또는 의료 지원을 받기 위해 CSSD에 협조하는 것이 귀하 또는 자녀에게 해가 될 것이라고 생각하고 이러한 믿음을 뒷받침할 수 있는 경우, 기관에 협조하지 않는 데 대한 정당한 사유를 주장할 수 있습니다. 공공 부조 사회복지사는 귀하에게 귀하의 정당한 사유를 뒷받침하는 문서를 제출하도록 요청할 수 있습니다. 협조하지 않는 데 대한 정당한 사유 여부는 사회복지사가 판단합니다. CSSD는 귀하가 협조하지 '않는' 경우에도 공공부조과에서 정당한 사유를 인정하지 않는 한 비양육 부모에 대한 자녀 양육비 또는 의료 지원을 계속 추적할 것입니다. 아래 상자 중 하나를 선택하고 서명하십시오.

- 저는 CSSD에 협조하는 데 동의합니다.
- 저는 CSSD에 협조하는 데 동의하지만 주소를 기밀로 유지하고 싶습니다.
- 저는 CSSD에 협조하지 않을 정당한 사유가 있다고 생각합니다.

서명 _____ 날짜 _____

다음과 같은 경우 귀하는 알래스카주에서 유권자 등록을 할 수 있습니다.

1. 미국 시민인 경우
2. 알래스카 거주자인 경우
3. 18세 이상이거나 본 등록 신청서를 작성한 후 90일 이내 18세가 되는 경우
4. 부도덕한 행위와 관련한 중범죄로 유죄 판결을 받은 적이 없거나, 유죄 판결을 받았더라도 무조건적으로 석방된 경우
5. 등록을 취소하는 경우를 제외하고 타주에 등록되어 있지 않은 경우 (알래스카 등록 신청서에 필요한 경우 취소할 수 있는 부분이 있음)

중요 공지

1. 유권자 등록을 신청 또는 거부하는 것은 본 기관에서 귀하에게 제공하게 될 서비스나 혜택 금액에 영향을 미치지 않습니다.
2. 유권자 등록 양식 작성에 도움이 필요하시면 저희가 도와드리겠습니다. 도움을 요청하거나 수락할지 여부는 귀하가 결정합니다. 귀하는 비공개로 등록 양식을 작성할 수 있습니다.
3. 유권자 등록을 거부하는 경우 결정은 기밀로 유지됩니다. 유권자 등록을 선택하는 경우 유권자 등록 신청서가 제출된 사무소는 기밀을 유지하며 귀하의 유권자 등록 목적에 필요한 범위에서만 사용됩니다.
4. 타인이 귀하의 유권자 등록 권리 또는 등록 거부 권리, 등록 여부를 결정하거나 유권자 등록 신청 시 개인정보보호에 대한 권리 또는 귀하의 정당 또는 그 밖의 정치적 선호를 선택할 권리를 방해했다고 생각하는 경우, 907-465-4611로 전화하거나 수신자 부담 전화 866-952-8683으로 전화하여 선거관리과 책임자(Director of the Division of Elections)에게 이의를 제기하거나 다음 주소, Director, Division of Elections, PO Box 110017, Juneau, AK 99811-0017로 서신을 송부할 수 있습니다.

현 거주지에 유권자 등록이 되어 있지 않은 경우 오늘 여기에서 유권자 등록을 신청하시겠습니까? (하나에 표시)

예. 유권자 등록을 하고 싶습니다. (첨부된 등록 신청서를 작성하십시오.)

아니오. 유권자 등록을 원하지 않습니다.

참고: 두 확인란 중 하나를 선택하지 않으면 현재 유권자 등록을 하지 않기로 결정한 것으로 간주됩니다.

신청자 성명

날짜

이 양식은 당 기관에 보관됩니다.

작성된 유권자 등록 신청서는 선거관리과로 우편 발송됩니다.

알래스카주 - 선거관리과

유권자 등록 신청

알래스카에서 유권자 등록을 하시려면 미국 시민이어야 하고 알래스카 거주자여야 하며 최소 18세이거나 본 신청서를 작성한 후 90일 이내에 18세 이상이 되어야 합니다.

최초 등록 또는 등록 변경은 선거일 최소 30일 전에 이루어져야 합니다. 신청서가 처리된 후 3~4주 이내에 통지서가 귀하에게 우편으로 발송됩니다.

1. 본 신청서 작성 시 반드시 다음을 제공해야 합니다.

- **거주를 주장하는 알래스카 거주 주소** - 본 신청서에 알래스카의 완전한 실제 거주 주소가 기재되어야 합니다. 귀하가 제공한 거주 주소는 귀하의 유권자 기록을 투표구 및 선거구에 배정하는 데 사용됩니다. 알래스카 거주지 주소를 제공하지 않거나 신청서의 4행에 사서함, HC No. 및 Box, PSC Box, 지방 우편물 배달 노선(Rural Route) 번호, 상업 주소 또는 우편물 스톱(Mail Stop) 주소 또는 알래스카 외부 거주 주소를 제공하는 경우 신청서가 거부됩니다.

귀하의 거주지에 거리명과 주택 번호/호수가 지정된 경우 본 정보를 제공하거나 고속도로 이름 및 마일포스트 번호, 보트 항구, 부두 및 정박소 번호, 부지 및 블록이 있는 구역명 또는 트레일러 공원명 및 공간 번호와 같이 귀하가 거주하고 있는 장소를 정확히 표시해 주십시오. 알래스카 교외 지역에 거주하는 경우, 커뮤니티 이름을 거주 주소로 제공할 수 있습니다.

거주지 주소와 우편 주소가 다른 경우, 거주지 주소를 기밀로 유지하도록 선택할 수 있습니다. 기밀 주소는 일반인에게 공개되지 않지만 주법에 명시된 대로 정부 기관이나 선거 과정에서 공개될 수 있습니다.

일시적으로 알래스카 주를 벗어나 다시 돌아올 의향이 있는 경우, 현재 기록에 명시된 대로 알래스카 거주지를 유지할 수 있습니다. 새 거주지 주소를 제공하는 경우 알래스카주 내여야 합니다. 현역 군인 및 군인 배우자는 복귀 의향 요건에서 면제됩니다.

- **신원 증명** - 귀하의 신원을 확인해야 합니다. 사회보장번호, 알래스카 운전 면허증 또는 알래스카주 ID 카드를 발급받은 경우, 본 신청서의 10행에 하나 이상의 번호를 제공해야 합니다. 식별 번호를 하나도 발급받은 적이 없는 경우, 10행의 확인란을 선택하여 표시해 주십시오.

- **생년월일** - 귀하의 생년월일을 반드시 입력해야 합니다.

2. 본 신청서를 우편, 팩스 또는 이메일로 제출하십니까? 그렇다면, 알래스카 유권자 등록이 되어 있지 않은 경우, 등록 시점 또는 첫 투표 시 귀하의 신원을 확인해야 합니다. 등록 시, 신원 인증을 확인하려면, 다음 중 하나의 사본을 제출해 주십시오.

- 사진이 부착된 현재 유효한 신분증
- 여권
- 출생 증명서
- 운전 면허증
- 주 신분증
- 수렵 및 어업 면허

3. 부도덕한 행위와 관련된 중범죄로 유죄 판결을 받은 적이 있으십니까? 그런 경우, 무조건적 석방인 경우에만 유권자 등록을 할 수 있습니다. 가능한 경우 본 신청서와 함께 석방 문서의 사본을 제공해 주십시오.

4. 정치적 소속: 귀하의 정치적 소속을 기재해 주십시오. 공인 정당은 알래스카 법령에 따라 정당 지위를 인정받은 정당을 말합니다. 정치 단체란 공인 정당 지위를 신청했지만 자격을 갖추지 못한 정당입니다. 알래스카의 정치적 소속은 다음과 같습니다.

공인 정당:

- Alaska Democratic Party(알래스카 민주당)
- Alaska Republican Party(알래스카 공화당)
- Alaskan Independence Party(알래스카 독립당)

정치 단체:

- Alaska Constitution Party(알래스카 헌법당)
- Alaska Libertarian Party(알래스카 자유당)
- Alliance Party of Alaska(알래스카 동맹당)
- FreedomReform Party(자유개혁당)
- Moderate Party of Alaska(알래스카 온건당)
- Green Party of Alaska(알래스카 녹색당)

기타:

- OWL Party(OWL당)
- Patriot's Party of Alaska(알래스카 애국당)
- Progressive Party of Alaska(알래스카 진보당)
- UCES' Clowns Party(UCES' Clowns당)
- Veterans Party of Alaska(알래스카 재향군인당)
- 무소속(정당 또는 단체에 소속되지 않음)
- 미선언(정치적 소속을 선언하고 싶지 않음)

작성한 신청서를 아래 명시된 사무소 중 하나로 우편, 팩스 또는 이메일(PDF, TIFF 또는 JPEG 첨부 파일로)로 발송해 주십시오.

지역 I 선거 사무소

PO Box 110018
Juneau AK 99811-0018
(907) 465-3021 - 전화
(907) 465-2289 - 팩스
수신자 부담 1-866-948-8683
electionsr1@alaska.gov

지역 II 선거 사무소

Anchorage Office
2525 Gambell St Ste 100
Anchorage AK 99503-2838
(907) 522-8683 - 전화
(907) 522-2341 - 팩스
수신자 부담 1-866-958-8683
electionsr2a@alaska.gov

지역 III 선거 사무소

675 7th Ave Ste H3
Fairbanks, AK 99701-4542
(907) 451-2835 - 전화
(907) 451-2832 - 팩스
수신자 부담 1-866-959-8683
electionsr3@alaska.gov

지역 IV 선거 사무소

PO Box 577
Nome, AK 99762-0577
(907) 443-5285 - 전화
(907) 443-2973 - 팩스
수신자 부담 1-866-953-8683
electionsr4@alaska.gov

Matanuska-Susitna Office

North Fork Professional Building
1700 E Bogard Rd Ste B102
Wasilla AK 99654-6565
(907) 373-8952 - 전화
(907) 373-8953 - 팩스
Electionsr2m@alaska.gov

모국어 지원

수신자 부담 1-866-954-8683

당사 웹사이트 방문: www.elections.alaska.gov

공공부조 사무소

<p>앵커리지(ANCHORAGE) University Center 4001 Ingra Street, Suite 131 Anchorage, AK 99503 전화: 1-800-478-7778 팩스: (907) 269-6520 또는 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>베델(BETHEL) 460 Ridgecrest Drive, Suite 121 우편: P.O. Box 365 Bethel, AK 99559 전화: 1-800-478-7778 팩스: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>페어뱅크스(FAIRBANKS) 675 7th Ave, Station E Fairbanks, AK 99701 전화: 1-800-478-7778 팩스: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>
<p>호머(HOMER) 3670 Lake Street, Suite 200 Homer, AK 99603 전화: 1-800-478-7778 팩스: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>주노(JUNEAU) 10002 Glacier Highway, Suite 201 우편: P.O. Box 110642 Juneau, AK 99811-0642 전화: 1-800-478-7778 팩스: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>키나이(KENAI) 11312 Kenai Spur Highway, Suite 2 Kenai, AK 99611 전화: 1-800-478-7778 팩스: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>
<p>케치칸(KETCHIKAN) 2030 Sea Level Drive, Suite 301 우편: P.O. Box 5560 Ketchikan, AK 99901 전화: 1-800-478-7778 팩스: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>코디아크(KODIAK) 211 Mission Road, Suite 101 Kodiak, AK 99615 전화: 1-800-478-7778 팩스: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>장기 요양 University Center 4001 Ingra Street, Suite 131 Anchorage, AK 99503 전화: 1-800-478-7778 팩스: (907) 269-6520 또는 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>
<p>놈(NOME) 214 E. Front Street Nome, AK 99762 우편: 675 7th Ave, Station E Fairbanks, AK 99701 전화: 1-800-478-7778 팩스: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>시트카(SITKA) 304 Lake Street, Suite 101 Sitka, AK 99835 전화: 1-800-478-7778 팩스: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>와실라(WASILLA) 855 W. Commercial Drive Wasilla, AK 99654 전화: 1-800-478-7778 팩스: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>

언어 통역이 필요한 경우 **1-800-478-7778**로 전화하시면 무료로 제공받을 수 있습니다. 청각장애, 난청 또는 언어 장애가 있는 경우, **711**로 전화하여 알래스카 중계 소통 어시스턴트(**Alaska Relay Communications Assistant**)에게 연락해 주시기 바랍니다.