

SAR 7 수혜자격 현황 보고서



보고 달 _____ 월

혜택을 제 때 받으려면 이 양식을 _____ 월 1일 이후에 서명한 후 _____ 월 5일 전에 제출해야만 합니다.

제출하는 달

제출하는 달

사례 번호

도움이 필요하십니까? (County Specific instructions w/county url)

직원 이름:

(DIST. ID HERE)

직원 전화번호:

카운티:

도로 주소:

시, 주, 우편번호

바코드:

다음 중 중단하기를 원하는 혜택이 있으면 해당 네모 칸에 체크하십시오. ☐ 내 CalWORKs 중단 ☐ 내 CalFresh 중단
☐ 내 Medi-Cal 중단

1. 지난번 보고 이래 귀하의 자택에 이사를 들어 왔거나 나간 사람이 있습니까(출생한 아기가 있으면 아기를 포함할 것) 또는 귀하가 다른 사람의 집에 이사를 갔습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ('예'일 경우 아래 항목을 작성할 것)

이사한 날짜 (월/일/년)	성명 (이름, 중간이름, 성)	생년월일	귀하와의 관계	식품을 정기적으로 함께 구매하고 요리합니까?
☐ 들어 왔음 ☐ 나갔음 / /		/ /		☐ 예 ☐ 아니요
☐ 들어 왔음 ☐ 나갔음 / /		/ /		☐ 예 ☐ 아니요
☐ 들어 왔음 ☐ 나갔음 / /		/ /		☐ 예 ☐ 아니요

2. 지난 번 보고 이래 귀하의 주소가 변경되었습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ('예'일 경우 아래 항목을 작성할 것)

새 주소: _____ 이사한 날짜: _____

우편 주소(상기 주소와 다를 경우) _____

3. 지난 번 보고 이래 이사를 한 경우에는 아래 항목을 작성하십시오.

현재 월 집세 또는 월 모기지(주택용자금)? \$	재산세와 주택보험료를 모기지에 포함시키지 않은 경우, 월 재산세와 주택보험료? \$
--------------------------------	---

집세 또는 모기지 지불금에 포함되지 않은 유틸리티 비용은? 있을 경우 해당 유틸리티 비용:

☐ 전화비 ☐ 쓰레기 수거비 ☐ 수도세 ☐ 전기세/가스비 ☐ 기타 난방비 또는 냉방비

4. CalWORKs의 경우: 귀하의 자택에 다음과 같은 사람이 있습니까?

A. 미집행 영장에 응하지 않고 도망다니는 사람

B. 법원에서 말한 집행유예 또는 가석방 조건을 위반한 사람

☐ 예 ☐ 아니요 ('예'인 경우, 아래 항목을 작성하십시오.)

불응자/위반자의 이름	상기의 A 또는 B	영장을 발부한 또는 위반한 주는 어느 주입니까?	영장 발부일 또는 위반 날짜

5. 의료 비용: 60세 이상 또는 장애인 CalFresh 수혜자로서 증가된 의료 비용이 있으면 아래 항목을 작성하고 그에 대한 증빙서류를 첨부하십시오.

변경한 사람/출처?	증가한 금액: \$
------------	---------------

6. 아동양육비: CalFresh 수혜자로서 지난번 보고 이래 변경된 아동양육비(지불의무가 있는)를 지불하는 사람이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니요 ('예'일 경우 아래 항목을 작성하고 그에 대한 증빙서류를 첨부하십시오.)

해당 보고 달에 얼마를 지불했습니까? \$ _____

누가 아동양육비를 지불했습니까? _____

7. 가족 부양: CalFresh 수혜자로서, 일을 하고 있거나, 구직 중이거나 학교에 다니는 가족 중에 지난번 보고 이래 가족 부양비가 증가된 경우, 아래 항목을 작성하고 그에 대한 증빙서류를 첨부하십시오.

해당 보고 달에 얼마를 지불했습니까? \$ _____

지불한 사람: _____ 부양 가족 기재: _____

8. 다음에 해당하는 사람: 지난번 보고 이래 재산, 토지, 주택, 차량, 은행 계좌, 돈, 지불금(예: 복권/카지노에서 딴 돈, 사회보장국에서 받은 이전의 혜택) 또는 기타 자산 항목을 수령, 구매, 판매, 거래 또는 무료로 준 사람이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니요 ('예'인 경우, 아래 항목을 작성하고 그에 대한 증빙서류를 첨부하십시오. 여백이 더 필요하면 다른 용지에 기입해 첨부하십시오.)

해당인	자산 유형	연제	금액/가치	☐ 구매했음 ☐ 팔았음 ☐ 무료로 주었음 ☐ 다 써버렸음
				☐ 선물로 받았음 ☐ 교환했음 ☐ 땀/당첨되었음 ☐ 기타

9. 보고 달에 근로소득이 있었던 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ('예'일 경우 아래 항목을 작성하고 그에 대한 증빙서류를 첨부하십시오.). 해당 보고 달은 첫 페이지 상단에 나와 있습니다. 일을 하는 각 사람에 대해 각 직업을 기재하십시오. 여백이 더 필요하다면 다른 용지에 기입해 첨부하십시오. 예를 들면 베이비시팅, 급여, 자영업, 유급 병가, 팁 등을 들 수 있습니다. 실직을 한 경우 그에 대한 증빙서류를 첨부하십시오.

	직업 #1	직업 #2	직업 #3
소득 수령인 이름:			
소득 출처/고용주 이름:			
	자영업의 경우 체크할 것 ☐	자영업의 경우 체크할 것 ☐	자영업의 경우 체크할 것 ☐
소득 수령 횟수:	☐ 매주 ☐ 주 2회 ☐ 기타 ☐ 매월 ☐ 월 2회	☐ 매주 ☐ 주 2회 ☐ 기타 ☐ 매월 ☐ 월 2회	☐ 매주 ☐ 주 2회 ☐ 기타 ☐ 매월 ☐ 월 2회
보고 달에 받은 총소득:	\$ 수령일:	\$ 수령일:	\$ 수령일:
월 근로 시간:			

10. 향후 6개월간 근로 소득(#9에 기재된 소득 포함)에 어떤 변화가 있을 것입니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ('예'일 경우 여기에 설명하고 그에 대한 증빙서류를 첨부하십시오). 예: 실직/취직, 소득 인상/인하, 근로시간 변경, 사퇴/동맹 파업, 급여 횟수 변경.

11. 해당 보고 달에 다른 출처로부터 돈을 받은 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ('예'일 경우 아래 항목을 작성하고 그에 대한 증빙서류를 첨부하십시오.) 해당 보고 달은 첫 페이지 상단에 나와 있습니다. 출처 예: 사회보장금, 실직수당, 재향군인연금, 주 장애보험금(SDI), 아동/배우자 부양비, 산재수당, 대출/증여, 유료/무료 주택, 유틸리티, 식품 등 앞서 보고한 소득 출처로부터 더 이상 돈을 받지 않을 경우 그에 대한 증빙서류를 첨부하십시오.

이름	소득 출처	1회 수령 또는 매월	수령 금액
			\$
			\$
			\$

12. 향후 6개월간 기타 소득 출처(#11에 기재된 소득 포함)로부터 수령한 금액에 어떤 변화가 있을 예정입니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ('예'일 경우 여기에 설명하고 그에 대한 증빙서류를 첨부하십시오. 변경의 예: 소득이나 혜택 인상/인하, 소득이나 혜택을 수령하기 시작 또는 중단되는 경우.

13. CalWORKs의 경우: 지난 보고 이래 귀하의 자택에 사는 가족 중에 다음과 같은 일을 경험한 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ('예'일 경우 아래에 체크하고 그에 대한 증빙서류를 첨부하십시오.)

- ☐ 가족상황 변경(혼인, 이혼, 별거, 캘리포니아 등록 동성 동거인(RDP)으로 등록, 캘리포니아 거주민이 아닌 동성 동거인(DP)이 있음, DP 또는 RDP와의 관계 청산, 임신 또는 유산/출산)
- ☐ 직업/고용(취업, 실직, 사퇴, 사업 시작 또는 동맹 파업?)
- ☐ 장애(장애인이 되었음 또는 장애/심한 질병으로부터 회복되었음?)
- ☐ 이민(시민권/이민 신분 변화, USCIS(INS)로부터 새 카드, 양식 또는 서신을 받았음?)
- ☐ 보험(메디케어를 포함해, 건강/치과보험 또는 생명보험혜택 시작, 중단 또는변경되었음?)
- ☐ 양육(자녀와 함께 하는 시간/양육권의 변경?)
- ☐ 가내(In-Home) 지원 서비스(서비스가 시작 또는 중단?)
- ☐ 학교 등교

18세 이상의 학생의 경우 - 학교/칼리지 시작 또는 중단? (교과서, 통학비 등을 청구할 수도 있음)

☐ 내 의식주 또는 유틸리티 비용(공과금)은 다른 사람이 지불했습니다. (설명하십시오) _____

☐ 기타 _____

주의해서 읽고 서명과 날짜를 기입하십시오.

이 양식에 서명하는 것은 다음을 의미합니다.

- 본인은 위증서 처벌을 받는다는 조건 하에 이 보고서에 답한 내용이 정확하고 본인이 아는 바를 작성했음을 인지하며 이를 증명합니다.
- 본인은 자기 행위를 할 경우 최대 20년간 수감될 수도 있고 최대 \$250,000의 벌금을 부과받을 수도 있음을 이해합니다. 본인에게 수혜자격이 없을 경우 받은 혜택을 환불해야 할 수도 있습니다. 본인이 고위로 규정을 처음 위반하는 경우, 1년간 CalFresh를 받을 수 없으며, 두 번째 위반하는 경우 2년간, 세 번째 이후부터는 CalFresh 다시 수혜할 수 없습니다.
- 본인은 반기(6개월) 보고서 작성에 필요한 모든 문서들의 사본을 제공해야 함을 이해하며 이에 동의합니다.
- 본인은, 어떤 경우, 카운티에서 본인의 수혜자격을 결정하는데 필요한 사람/기관에게 연락할 수 있도록 동의해달라는 요청을 받을 수 있음을 이해합니다.

증명 - 자기행위 경고

본인은 다음을 이해합니다. 본인은 보조금 또는 혜택을 받기/유지하기 위해 고위로 본인의 소득, 재산 또는 가족 상태에 관한 사실을 모두 보고하지 않을 경우 또는 허위로 보고하는 경우 법적으로 기소될 수 있습니다. 그리고 그와 같은 행위로 인해 현금 보조금 및/또는 CalFresh를 \$950 이상 잘못 지급받는 경우 중범죄자로 기소될 수도 있습니다. 본인은 현금보조금 및 CalFresh를 위한 SAR 7 수혜자격 현황 보고서 지침과 벌칙 사본을 받았습니다.

해당 보고 달 마지막 날짜가 지난 후 이 보고서에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다. 그렇게 하지 않으면 미완성된 문서로 취급합니다.

본인은 미국 연방법과 캘리포니아 주법 하에 위증서 처벌을 받는다는 전제 하에 이 보고서에 기술된 사실이 진실하고 정확하게 작성되었음을 선언합니다.

아래에 서명할 사람:	현금보조금: 귀하, 지원받는 배우자, 등록된 동성 동거인 또는 자택에 함께 살 경우 (현금 보조금을 받는 아동)의 다른 쪽 부모 CalFresh의 경우: 세대주, 책임있는 가족 구성원 또는 세대주가 승인한 대리인.		
서명 또는 표식을 할 것	서명일	집 주소 ()	연락처/휴대폰 ()
배우자, 등록된 동성동거인 또는 현금보조금을 받는 아동의 다른 쪽 부모의 서명	서명일	표식하는 것을 목격한 증인, 통역관 또는 이 양식을 작성한 기타 사람의 서명	서명일