

소득 자격 지침 및 소득 자체 신고가 포함된 SFMNP 신청서

Office on Aging Site: Bergen County Division of Senior Services

신청 날짜: ____ / ____ / 2023__

가족 정보: 가족 수: ____ 가구 월 소득: \$ _____

주소: _____ 시 _____ 우편번호 _____

전화: _____ 핸드폰 집전화 이메일: _____

*노숙자인 경우 최소한 한 가지 형태의 신분증을 제공하십시오.:

운전 면허증 출생 증명서 사회 보장 혜택 명세서 기타 _____

세대주: 사용 언어: _____

성 _____ 이름 _____

생년월일 _____ 성별: 남성 여성 민족: 히스패닉 비히스패닉

인종: 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 동양인 하와이 원주민 또는 태평양 섬 주민

흑인 또는 아프리카계 미국인 백인

소득 증명: 메디 케이드 SNAP 소셜시큐리티 자기 선언: \$ _____ 매달

배우자: 사용 언어: _____

성 _____ 이름 _____

생년월일 _____ 성별: 남성 여성 민족: 히스패닉 비히스패닉

인종: 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 동양인 하와이 원주민 또는 태평양 섬 주민

흑인 또는 아프리카계 미국인 백인

소득 증명: 메디 케이드 SNAP 소셜시큐리티 자기 선언: \$ _____ 매달

연방 민권법과 U.S. Department of Agriculture (USDA) 의 민권 규정에 의거하여, USDA 와 그 산하 단체와 직원들 그리고 USDA 프로그램을 시행하는 단체는 인종, 피부색, 출신 국가, 성별, 장애, 나이에 따른 차별을 하지않고, USDA 에서 시행하였거나 지원하는 프로그램과 관련하여 민권운동을 한 전력을 문제 삼아 보복하지 않습니다.

프로그램의 혜택을 받기위하여, 장애인용 의사소통 수단 (예, 점자, 대형 인쇄체, 시각 장애자 용 음성녹음, 수화 등)이 필요한 경우 신청서 접수처에 요청하십시오. 청각 장애자나 언어 장애가 있는 경우 Federal Relay Service 전화 (800) 877-8339 을 통하여 USDA 로 연락하십시오. 영어 이외의 다른언어로 프로그램 정보가 제공될 수도 있습니다.

차별을 신고하고자 하는 경우, [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) 양식을 USDA 사무실에서 혹은 http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 에서 다운로드 받을 수 있으며, 혹은 USDA 로 필요한 사항을 편지로 작성하여 보내셔도 됩니다. 양식을 요청하고자 하는 경우, (866) 632-9992 로 전화 하십시오. 작성된 양식이나 편지는 아래 주소로 보내면 됩니다.

(1) 우편: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) 팩스: (202) 690-7442; or

(3) 이메일: program.intake@usda.gov.

이 기관은 평등한 기회 제공자입니다