



푸드 스탬프 혜택 신청/재증명



오직 푸드 스탬프 혜택만을 신청할 경우 이 양식을 사용하십시오.

푸드 스탬프 혜택만 신청하는 경우, 보다 간략한 이 신청서를 사용하실 수 있습니다. 임시 보조, 아동 보육 보조, 가정용 에너지 보조나 메디케이드 등과 같은 다른 혜택을 신청하기를 원하는 경우, 별개의 신청서를 요청하십시오.

이 신청서는 푸드 스탬프 혜택 신청에만 사용될 수 있습니다.

푸드 스탬프 혜택 신청 시

- 신청서를 받은 당일 제출할 수 있습니다. 자격이 되는 경우, 신청서 제출 날짜에 소급하여 혜택이 제공됩니다.
- 인터뷰를 하기 전에 신청서를 제출할 수 있습니다.
- 신청서에 최소한 귀하의 성명 및 주소(있는 경우)와 서명이 포함되어 있을 경우, 저희는 반드시 귀하의 신청서를 받도록 되어 있습니다. 이 정보는 귀하의 신청 제출 날짜를 입증하게 됩니다. 그러나 인터뷰를 포함한 신청 절차가 완료되어야 하며 귀하의 자격 여부를 결정하기 위해 저희는 귀하를 인터뷰해야 합니다.
- 귀하 또는 귀하의 가구 구성원 중 일부가 이민 신분상태로 인해 푸드 스탬프 혜택을 받을 자격이 없는 경우에도, 자격이 되는 가구 구성원들에 대해 혜택을 신청하여 받으실 수 있습니다. 예를 들어, 자격이 없는 외국인 부모가 자녀를 위해 푸드 스탬프 혜택을 신청하고 자격이 되는 자녀를 위해서 혜택을 받을 수 있습니다.
- 귀하가 임시 보조 기간 제한에 도달했다 하더라도 여전히 푸드 스탬프 혜택을 신청하고 혜택 자격이 주어질 수 있습니다.

푸드 스탬프 혜택이 당장 필요하십니까?

푸드 스탬프 혜택 신청에서 신속 처리 절차에 자격이 될 수도 있습니다.

귀하의 가구에 소득이나 유동자산이 거의 또는 전혀 없는 경우, 또는 임대료 및 전기/수도/가스 비용이 소득 및 유동자산보다 더 많은 경우, 또는 귀하가 신청 시 소득이나 유동자산이 거의 없는 이동 또는 계절 농업 근로자인 경우, 혜택 신청일로부터 5일 이내에 푸드 스탬프 혜택을 받을 수 있는 자격이 될 수도 있습니다. 귀하의 담당 직원은 푸드 스탬프 혜택 신청서가 신속히 처리될 수 있는지 알기 위해 항상 귀하의 상황을 검토합니다. 신속한 서비스의 기준에 충족되는 자격이 있는 모든 가구에 푸드 스탬프 혜택이 주어지도록 절차가 마련되어 있습니다.

푸드 스탬프 혜택을 신청할 수 있는 곳

뉴욕 시 외부에 거주하는 경우, 귀하가 사시는 곳의 카운티 소셜 서비스 지역 부서에 전화 또는 방문을 하여 신청서류를 받도록 하십시오. 수신자 부담 1-800-342-3009 로 전화하시면 주소 및 전화번호를 구할 수 있습니다.

뉴욕 시 내부에 거주하는 경우 그리고 임시 보조를 신청하지 않는 경우, 아무 푸드 스탬프 사무실로 전화 또는 방문하여 신청서류를 받을 수 있습니다. 1-877-472-8411 또는 수신자 부담 1-800-342-3009 로 전화하시면 주소 및 전화번호를 구할 수 있습니다.

푸드 스탬프 예약을 위해 저희 사무실로 오시는 데 문제가 있습니까?

푸드 스탬프 혜택 신청 예약을 위해 오시는데 어려움이 있는 경우 (직장, 건강 문제, 또는 아동 보육 문제 등의 이유), 다른 사람이 귀하를 위해 신청하도록 하실 수 있습니다. 또한 신청서를 우편으로 보내시거나 저희 사무실에 들려 제출하실 수 있고, 특정 상황에서는 전화로 인터뷰를 할 수도 있습니다.

질문이 있으시거나, 전화 인터뷰에 귀하가 자격이 되는지 알아 보기 위해서, 또는 인터뷰 예약을 정해야 할 경우 소셜 서비스의 지역 부서로 연락하십시오.

소득

귀하와 함께 살고 있는 사람들의 소득을 **모두** 열거하십시오. 여기에는 임금, 자영업 소득(예: 아기 봐주기, 청소, 숙박인 또는 하숙인으로부터 나오는 소득), 자녀 양육비, 연금, 퇴역군인 수당, 장애자 수당, 소셜 시큐리티 또는 SSI, 임대료 또는 식품 구매를 위한 장학 수여금, 공공 보조 및 친구 또는 친척으로부터 얻는 소득이 포함되나 이에 국한되지 않습니다.

소득 수령자의 이름	소득 출처	매달 근로 시간	소득을 받는 빈도? (예를 들어, 매주, 격주, 매월)	공제 이전에 받는 총액

본인이나 함께 거주하고 있는 사람 중 취업 또는 직업훈련과 관련해 아동/부양가족 보육 비용을 지불하는 사람이 있습니까? 예 아니오 ‘예’인 경우, 해당자 _____.

지불 액수 \$ _____ . 지불 빈도 (예: 매주, 매월) _____ .

본인이나 함께 거주하고 있는 사람 중 지난 30 일 이내에 직장을 변경하거나 그만두었거나 혹은 그 어떤 소득 형태에서라도 그 액수가 감소된 (근무 시간 또는 소득의 감소 포함) 사람이 있습니까? 예 아니오

본인이나 함께 거주하고 있는 사람 중 아직 받지 못한 잠재 소득이 있는 사람이 있습니까? 예 아니오 ‘예’인 경우, 6 페이지에 설명하십시오.

본인이나 함께 거주하고 있는 사람 중 개인 필요 수당(PNA)이나 식사 수당을 받는 사람이 있습니까? 예 아니오 ‘예’인 경우, 해당자 _____.

본인이나 가구 구성원 중 소셜 시큐리티 관리국에 의해 승인된 "PASS: 자활 성취를 위한 플랜" 아래 소득을 받게 되어 있는 사람이 있습니까?

예 아니오 ‘예’인 경우, 해당자 _____.

본인이나 함께 살고 있는 사람 중 동맹파업에 참여하고 있는 사람이 있습니까? 예 아니오 ‘예’인 경우, 해당자 _____.

소득원

소득원은 푸드 스탬프 혜택을 신청하는 대부분 가구에 있어서 그 자격을 결정하는 데에 영향을 끼치지 **않습니다**. 단, 소득원 정보중 일부는 귀하의 신청서 처리와 관련하여 신속 처리 절차에 자격이 되는지 결정하는 데 사용될 수 있습니다.

귀하 가구 내 모든 구성원이 가지고 있는 돈은 얼마입니까? (예를 들어, 수중에, 자택에, 당좌 및 저축 계좌에, 또는 공동 소유 계좌를 포함한 다른 장소에) \$ _____ 이(가) _____의 소유임. _____.

다른 금융 자산이 있습니까? (예를 들어, 주식, 채권, 퇴직 연금 계정, 저축 채권, 뮤추얼 펀드, IRA, 신탁 기금, 시장 금리 연동형 예금) 예 아니오

‘예’인 경우, 액수 \$ _____ 유형 _____ 소유자 _____.

본인이나 가구 구성원들은 모두 합해 몇 대의 차, 트럭 또는 기타 차량을 소유하고 있습니까?

#1 연도 _____ 제조업체 _____ 모델 _____ 소유자 _____

#2 연도 _____ 제조업체 _____ 모델 _____ 소유자 _____

본인이나 다른 신청자 중 재산(본인 소유의 집 포함)을 소유하고 있는 사람이 있습니까? 예 아니오 ‘예’인 경우, 재산 및 소유자를 열거하십시오. 재산 _____ 소유자 _____

신청자 중에서, 지난 3 개월 이내에 푸드 스탬프 혜택을 받을 수 있는 자격을 얻기 위해 현금이나 재산을 팔거나 주거나 양도한 사람이 있습니까? 예 아니오

주거 상태 및 비용

귀하의 가구에 해당되는 사항에 모두 체크하십시오.

주택 소유 또는 지불 임대 이동/계절 농업 근로자 영구 거주지 없음 친척 또는 친구와 함께 거주

비용을 열거하십시오.

매월 임대료 또는 주택 불입금 지불 \$ _____ 매년 주택세 \$ _____ 매년 주택 보험 \$ _____.

난방비를 별도로 지불하십니까? 예 아니오 ‘예’라면 난방 형태를 기입하십시오. 가스 전기 기름 장작 석탄 프로판 기타 (열거) _____

난방 회사 _____ 난방 회사 고객 고유 번호 _____

여백이 더 필요하거나 저희가 필요로 할 수 있다고 생각되는 기타 정보가 있는 경우 6 페이지를 사용하시면 됩니다.

3 페이지로 가십시오

5

6

7

주거 상태 및 비용 (계속)

전기요금 청구서에 포함되어 있거나 또는 별도로 에어컨 사용료를 지불하십니까? 예 아니오

전기/가스/수도료(난방/냉방 이외)를 별도로 지불하십니까? 예 아니오 (예를 들어, 조명, 취사용 가스, 세탁기/건조기 이용 비용, 쓰레기, 수도, 공공 서비스 이용을 위한 초기 설치) 이 비용을 귀하를 위해 다른 사람이 대신 지불해 줍니까(섹션 8 또는 다른 보조 프로그램에 일부 예가 나와 있음)?

예 아니오 ‘예’인 경우, 누가 무엇을 지불하니까? _____.

7

본인이나 함께 거주하고 있는 사람 중 법원 명령으로 자녀 양육비를 지불하는 사람이 있습니까? 예 아니오 ‘예’인 경우, 해당자 _____

양육비가 지급되는 아동(들)의 이름(들) _____

지급 액수 \$ _____ 지급 빈도 (예를 들어, 매주, 격주, 매월) _____

본인 및/또는 함께 거주하고 있는 사람 중 맹인/장애자이거나 60 세 이상인 사람이 있습니까? 그러한 경우, 해당인이 지불해야 할 의료 청구서가 있습니까? 예 아니오 ‘예’인 경우, 어떤 청구서인지, 얼마인지, 지불 책임이 누구에게 있는지 6 페이지에 열거하십시오.

본인 및/또는 함께 거주하고 있는 사람 중 메디케이드에 등재되어 있으며 본인 부담액이 있는 사람이 있습니까? 예 아니오 ‘예’인 경우, 해당자 _____, 금액 \$ _____

본인 및/또는 함께 살고 있는 사람(16 세 이상) 중 학교나 훈련 과정에 등록되어 있는 사람이 있습니까? 예 아니오 ‘예’인 경우, 해당자 _____ 장소 _____

여백이 더 필요하거나 저희가 필요로 할 수 있다고 생각되는 기타 정보가 있는 경우 6 페이지를 사용하시면 됩니다.

아래의 중요 정보를 읽으십시오.

푸드 스탬프 혜택 (FS) 처벌 경고 – FS 신청과 관련하여 여러분이 제공하는 모든 정보는 연방정부, 주정부 및 지방정부 기관에 의해 확인됩니다. 그 어떠한 정보라도 부정확할 경우, FS 혜택이 거부될 수 있습니다. 의도적으로 부정확한 정보를 제공한 경우 형사 기소를 받을 수 있습니다.

푸드 스탬프 혜택(FS)과 바꾸어 규제 약품(불법 마약이나 의사의 처방이 필요한 특정 약품)을 구매 또는 판매하여 법정에서 두 번째 유죄 판결을 받거나, 또는 FS와 바꾸어 화기, 무기 탄약 또는 폭발물을 팔거나 입수한 것으로 법정에서 유죄 판결을 받는 경우, 또는 \$500 이상의 가치가 있는 FS를 밀매(밀매에는 FS, 승인 카드 또는 액세스 장치의 불법적인 사용, 양도, 취득, 변경 또는 소유가 포함됨)한 것으로 법원에서 유죄 판결을 받는 경우, 또는 세 번째 의도적인 프로그램 위반(IPV)으로 유죄 판결을 받는 경우, 다시는 FS를 받을 수 **없게** 됩니다.

FS와 바꾸어 규제 약품(불법 마약이나 의사의 처방이 필요한 특정 약품)을 구매 또는 판매한 것으로 법정에서 최초의 유죄 판결을 받는 경우 2년간 FS를 받을 수 없게 됩니다.

다음은 위반 내용과 그 결과입니다. ■ 최초의 IPV에 대해서는 1년간 FS를 받을 수 없게 됩니다. ■ 두 번째 IPV에 대해서는 2년간 FS를 받을 수 없게 됩니다.

또한 법원은 18개월의 추가 기간 동안 푸드 스탬프 혜택을 금지할 수 있습니다. FS를 여러 개 받기 위해 본인의 신원이나 거주지에 관해 허위 진술을 하는 경우, 10년간 (또는 세 번째의 IPV인 경우 영구히) FS를 받지 못하게 됩니다.

허위 또는 오해를 불러일으키는 진술을 하거나 사실을 오도, 은폐 또는 알리지 않는 경우, 또는 쿠폰, 승인 카드 또는 전산 수혜 지급(EBT) 시스템의 일부로 이용되는 재사용 가능한 문서들을 사용, 제출, 양도, 획득하거나 수여 받기 위해 또는 이들을 소유 또는 밀매할 목적으로 연방법이나 주 법률을 위반하는 행위를 저지르는 경우, IPV로 인해 유죄 판결을 받을 수 있습니다.

또한 최고 \$250,000의 벌금형 혹은/그리고 최고 20년의 징역형을 받을 수 있습니다.

중범죄로 인한 기소, 구류, 감금으로부터 도망치고 있거나, 보호관찰이나 가석방의 규정을 위반하고 있는 사람은 그 누구라도 푸드 스탬프 혜택을 받을 자격이 될 수 없습니다.

아래의 중요 정보를 읽으십시오. (계속)

실제 받아야 하는 푸드 스탬프 혜택을 초과하여 받는 경우(과다지급), 이를 되갚아야 합니다. 본인의 케이스가 진행되고 있는 경우라면, 본인이 미래에 받을 푸드 스탬프 혜택에서 초과 지불 액수가 공제될 것입니다. 본인의 케이스가 종료된 상태라면, 본인의 계정에 사용되지 않은 채 남아 있는 푸드 스탬프 혜택에서 감해질 수 있으며 그렇지 않으면 현금으로 지불될 수 있습니다.

초과 지불금을 되갚지 않을 경우, 연방 정부에 의한 자동 징수를 포함한 여러 방법을 통해 징수됩니다. 본인이 받을 자격이 있는 연방 수혜금(소셜 시큐리티와 같은)과 세금 환불액이 푸드 스탬프의 과다지급을 되갚기 위해 감해질 수 있습니다. 그 채무에는 또한 처리 수수료가 해당됩니다.

모든 말살된 푸드 스탬프 혜택은 과다지급된 것으로 간주됩니다. 본인이 갚아야 하는 액수를 지불하지 않고 다시 푸드 스탬프 혜택을 신청하는 경우, 다시 혜택을 받게 되면 본인의 푸드 스탬프 혜택은 감소됩니다. 본인이 받게 되는 감소된 혜택의 액수를 통보받게 됩니다.

동의 – 이 신청서에 서명함으로써 본인의 푸드 스탬프 혜택 요청과 관련하여 본인이 제출한 정보를 증명 또는 확인하기 위한 뉴욕주 임시 장애자 지원국이나 본인이 거주하는 지역의 소셜 서비스 지구의 조사나 이 기관들의 기타 조사에 동의한다는 것을 이해합니다. 추가 정보가 요청되는 경우, 이를 제공할 것이며 또한 푸드 스탬프 혜택 품질 관리 심사에 대한 주 정부 및 연방 정부 직원들에게 협조하겠습니다.

기밀 실업 보험(UI) 정보 공개 동의 – 본인은 뉴욕주 노동부(DOL)가 실업 보험(UI) 목적을 위해 노동부에서 유지되는 모든 기밀 정보를 뉴욕주 임시 장애자 지원국(OTDA)에게 공개하도록 승낙합니다. 이 정보는 UI 혜택 청구 및 임금 기록을 포함합니다. 본 신청서에서 신청되는 TA, MA, FS 혜택 성립 또는 그 적격성과 금액을 확인하고, 본인에게 자격이 없는 혜택이 수령되었는지 여부를 결정하는 조사를 위해서, 지역 소셜 서비스 지구에서 일하는 주정부 및 지역 기관 직원을 비롯하여 OTDA가 UI 정보를 사용할 것임을 이해합니다.

SUA (표준 전기/가스/수도료 지급액) 정보 – 본인은 푸드 스탬프 혜택(FS) 수혜자가 소득 범주 상 자동적으로 가정 에너지 보조 프로그램(HEAP)을 받을 수 있는 자격이 있다는 것을 이해합니다. 본인이 특정 FS 수혜자들에 대한 연례 자동 HEAP 지불 과정에 포함되지 않는 경우, 본인의 가구는 차후 12개월 이내에 HEAP 혜택을 신청할 것입니다. 차후 12개월 이내에 HEAP를 신청하지 않기로 결정하는 경우, 담당 직원에게 알려드리겠습니다.

전화 비용 지급액 정보 – 본인은 푸드 스탬프 혜택 수혜자가 가정용 전화기, 휴대폰, 전화 카드나 동전 사용 전화기를 이용하는 데 요금을 지불하는 경우, 전화 비용 지급액을 받을 자격이 있다는 것을 이해합니다. 전화를 걸기 위한 비용이 없는 경우, 담당 직원에게 알려드리겠습니다.

변경 사항 – 요구사항, 소득, 재산, 주거 상태, 임신 여부 또는 주소가 변경되는 경우, 본인이 인식하고 있는 한도 내에서 보고 요건에 따라 이를 해당 기관에 신속히 통보할 것에 동의합니다.

가구 비용의 보고/확인 요건 – 본인의 가구가 아동 보육 및 전기/가스/수도 비용에 대한 푸드 스탬프 혜택 (FS) 공제를 받기 위하여 이 비용들을 반드시 보고해야 한다는 것을 이해합니다. 또한 가구 구성원이 아닌 사람에게 지불되는 임대료/주택 불입금 지불액, 재산세, 보험, 의료비 및 아동 보육 비용을 반드시 보고 및 확인해야 이러한 비용들에 대한 FS 공제를 받을 수 있다는 것을 이해합니다. 위의 비용들을 보고/확인하지 않는 경우, 이것이 본인/가구 구성원들이 이와 같은 보고/증명되지 않은 비용들에 대한 공제를 원하지 않는다는 본인의 가구에 의한 진술로 받아들여질 수 있다는 것을 본인은 이해합니다. 이러한 비용들이 공제되는 경우, 본인에게 FS에 대한 자격이 생기거나 본인의 FS 혜택이 증가될 수 있습니다. 차후 언제든지 이러한 비용들을 보고/확인할 수 있다는 것을 본인은 이해합니다. 보고/확인 후, 이러한 공제는 변경 사항 보고 및 처리에 대한 규정에 따라 차후의 FS 계산에 적용됩니다.

사생활 보호법 진술 – 소셜 시큐리티 번호(SSN)의 수집 및 사용 – 1977년 푸드 스탬프 법(개정, 7 US Code 2011-2036)에 따라 푸드 스탬프 혜택과 관련하여 각 가구 구성원에 대한 SSN의 수집이 승인됩니다. 저희가 수집하는 이 정보는 귀하의 가구가 혜택을 (계속) 받을 자격이 되는지 여부를 결정하는데 사용될 것입니다. 저희는 컴퓨터 대조 프로그램을 통해 이 정보를 확인할 것입니다. 또한 이 정보는 프로그램 규정에 대한 준수 여부를 감시하고 프로그램을 관리하는 데 사용될 것입니다. 이 정보는 신원을 확인하고, 근로소득과 불로소득을 확인하고, 신청자나 수혜자가 돈이나 그 외 도움을 받을 수 있는지 결정하기 위해 이용될 것입니다. 이 정보는 공식적인 조사를 위해 주 정부 및 연방 기관에, 그리고 법을 피하여 도주해 있는 사람들을 체포하기 위한 목적으로 법률을 집행하는 관리들에게 공개될 수 있습니다.

본인 또는 다른 신청자/재증명자가 SSN을 가지고 있지 않다면, 소셜 시큐리티 기관에서 SSN을 반드시 신청해야 합니다.

아래의 중요 정보를 읽으십시오. (계속)

시민권/이민 신분상태 – 위증죄 처벌 하에서 본인 및 본인과 함께 거주하고 있는 모든 사람들의 시민권 및 이민 신분상태에 관해 본인이 제공한 정보가 사실이며 정확하다는 것을 본인은 선언하며 그리고/또는 확인합니다. 푸드 스탬프 혜택을 신청하는 모든 사람의 이민 신분상태를 확인하기 위해 미연방 이민귀화국에 본인이 제공하는 모든 정보의 사실 여부가 확인될 수 있다는 것을 본인은 이해합니다.

푸드 스탬프 혜택 프로그램을 위해서, 의심되는 경우에만 시민권 여부는 서류화되어야 합니다.

무차별 통보 – 연방법 및 미국 농업국(USDA)의 방침에 따라, 본 기관은 인종, 피부색, 출신국가, 성별, 연령, 종교, 정치적 믿음 또는 장애에 근거한 차별을 하지 못하게 되어 있습니다. 차별에 대한 항의 사항을 제출하시려면 USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C.20250-9410 으로 서신을 보내시거나 (202) 720-5964(음성 및 TDD)로 전화하십시오. USDA는 평등 기회 제공자 및 고용주입니다.

라이프라인: 푸드 스탬프 혜택 신청자/수혜자들의 경우: 임시 장애자 지원국은 귀하의 성명, 주소 및 전화번호를 전화 서비스 제공업체에 공개할 수도, 하지 않을 수도 있습니다. 귀하의 전화 서비스 제공업체는 확인된 전화요금으로 라이프라인 서비스에 귀하를 등록시키기 위해 이 정보를 이용할 수도, 하지 않을 수도 있습니다.

이 정보가 공개되기를 원하지 않는 경우 이 칸에 표시하십시오.

할인된 요금의 라이프라인 서비스에 등록되기 위해 전화 서비스 제공업체에 귀하가 직접 연락하실 수도 있습니다.

메디케이드만을 신청/수령하는 사람의 경우 할인된 요금의 라이프라인 서비스에 등록되려면 해당 전화 서비스 제공업체에 직접 연락하셔야 합니다.

승인된 대리인 – 귀 가구의 상황을 아는 사람이 귀하를 위해 푸드 스탬프 혜택(FS)을 신청할 수 있도록 승인하실 수 있습니다. 또한 가구의 구성원 이외 사람이 귀하를 위해 FS를 받고, 귀하를 위한 식품을 사기 위하여 사용하도록 승인할 수도 있습니다. 다른 사람에게 허락할 경우, 반드시 서면으로 승인해야 합니다.

그 사람의 이름, 주소, 전화 번호를 아래에 정자로 기입하시면 승인하게 됩니다. 시설에 거주하지 않는 가구를 대신하여 승인된 대리인이 푸드 스탬프 혜택을 신청하는 경우, 승인된 대리인과 푸드 스탬프 혜택 가구주(혹은 가구 내 책임을 질 수 있는 성인) 두 사람 모두 이 페이지의 아래 쪽에 나와 있는 서명란에 서명하고 날짜를 기록하여야 합니다.

본인이 다른 사람을 승인하기를 원한다면 그 사람의 이름, 주소, 전화번호를 직접 아래에 정자로 기입하십시오.

성명 _____ 주소 _____ 전화 _____

증명: 본인은 위증죄 처벌을 받는다는 조건 하에서 본인이 지방 소셜 서비스 지구에 제공했거나 제공할 정보가 정확하다는 것을 선언 및/또는 확인합니다.

신청자 서명 X	서명 날짜 10
승인된 대리인 서명 X	서명 날짜

다른 사람을 위해 이 신청/재증명 양식을 작성하는 데 도움을 주신 경우, 여기에 귀하의 성명과 주소를 정자로 기입하십시오. 원하시는 경우 전화번호를 기입하셔도 됩니다.

성명 _____ 주소 _____ 전화 _____

추가 정보는 이 공간에 기입하십시오.

대상: _____ 설명:

대상: _____ 설명:

대상: _____ 설명:

11

본인은 신청/재증명을 취소하는 데 동의합니다. 본인은 언제든지 다시 신청할 수 있음을 이해합니다.

서명

12

날짜

For Agency Use Only

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: Social Services District Provider Agency

(Specify) _____

Reason ____/____/____ Withdrawal Denial Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

FS Authorization Period: From _____ To _____

IN-PERSON INTERVIEW TELEPHONE INTERVIEW

Comments: