

**차별 금지 조항:** 본 조항은 귀하께서 불공정한 대우를 받았다고 생각될 경우의 조치방법에 대해 설명하고 있습니다. 연방법과 미국 농무부(United States Department of Agriculture: USDA)의 방침에 따라 이 제도를 운영하는 동안 인종, 피부색, 국적, 성별, 연령 또는 장애를 이유로 차별하는 행위가 금지됩니다. 차별행위로 인한 불만사항을 제출하려면 편지를 보내시거나 (주소: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W Whitten Building, 1400 Independence Avenue SW, Washington DC 20250-9410), 전화 (800) 795-3272 (음성) 및 (202) 720-6382 (TTY)로 연락하십시오. USDA 는 차별 없는 서비스 및 취업 기회를 제공하는 기관입니다.

**변경사항 신고:** 신청 시 승인 받은 보장혜택은 해당 학년도의 종료 시점까지 유효합니다. 즉 귀하는 이 기간에 수입이 늘었거나 가족 구성원이 줄었거나 더 이상 푸드 스탬프를 수령하지 않게 되었다고 해도 더 이상 해당 변경사항을 신고할 필요는 없습니다.

**재신청:** 학년도가 종료되기 전까지 수시로 혜택을 신청할 수 있습니다. 또 현재 신청자격이 없어도 학년도 내에 실업자가 되거나 가계수입이 감소하거나 가족이 늘어나면 그 시점에 신청서를 작성하여 승인을 요청할 수 있습니다. 승인이 허가되거나 기각된 경우에는 귀하께 통지가 전달될 것입니다.

**유지:** 미국 농무부는 학부모/보호자의 동의 없이 타이틀 I 및 전국 교육 발전 평가 (National Assessment of Educational Progress: NAEP)와 같은 미국 교육부에서 시행하는 학교에 대한 자금 배정, 학교 관할지역의 사회경제적 상태 평가 및 교육 진전 상황을 평가하기 위한 연방 교육 프로그램의 관리나 집행에 직접 관계하는 개인에게 학생의 성명과 신청자격 상태를 공개할 수 있도록 승인했습니다. 또한 정보는 뉴욕주 산하 기관이나 지역 교육 기관들이 집행하는 뉴욕주 보건 프로그램이나 뉴욕주 교육 프로그램 (뉴욕주 산하 기관이나 지역 교육 기관들이 해당 프로그램을 집행하는 경우에만) 및 전미 학교 급식 프로그램과 유사한 연방, 뉴욕주 또는 지역 차원의 영양 프로그램에도 공개될 수 있습니다. 추가로, 무료 및 보조가격 신청서에 포함된 모든 정보는 전미 학교 급식법 (National School Lunch Act: NSLA) 또는 아동 영양법 (Child Nutrition Act: CNA) 하에서 승인을 얻은 각종 프로그램 [전국 학교 중식 및 조식 프로그램, 우유 특별 프로그램, 아동 및 성인 식량 지원 프로그램, 하계 식량 서비스 프로그램 및 여성, 유아 및 아동을 위한 영양 지원 프로그램 (WIC) 포함] 의 관리나 집행에 직접 관계하는 개인, 미 감사원장(감사 목적상), 그리고 NSLA나 CNA에 의거해 신고된 프로그램 위반 혐의를 조사중인 연방, 뉴욕주 또는 지역의 법 집행 기관원들에게 공개될 수 있습니다. NSLA가 구체적으로 승인하지 않은 신청자격 정보의 공개에는 학부모/보호자의 서면 동의가 필요합니다. 귀하가 제출한 신청이 승인되거나 기각된 경우에 각각 통보해 드립니다.

2006-2007 학생 급식 및 우유 가격 동향			
	아침	점심	우유
보조급식 가격	\$ 0.00	\$ 0.25	\$ 0.25
원래 가격		\$ 1.50	

보조급식 신청 자격 소득 기준 가이드라인 **					
가계 구성원 수	연간 소득액 상한	월간 소득액 상한	월 2 회 소득액 상한	격주 소득액 상한	주간 소득액 상한
1	\$ 18,130	\$ 1,511	\$ 756	\$ 698	\$ 349
2	24,420	2,035	1,018	940	470
3	30,710	2,560	1,280	1,182	591
4	37,000	3,084	1,542	1,424	712
5	43,290	3,608	1,804	1,665	833
6	49,580	4,132	2,066	1,907	954
7	55,870	4,656	2,328	2,149	1,075
8	62,160	5,180	2,590	2,391	1,196
<b>가계 구성원 1 인 증가 시마다 다음 금액을 합산합니다:</b>					
+	\$ 6,290	\$ 525	\$ 263	\$ 242	\$ 121

\*\*\* 무료급식 지급자격에 대한 소득 가이드라인 차트는 학교에 요청하시면 됩니다

신고 대상 소득	
공제 전 근로소득(모든 직업 포함)	임금, 급료, 팁, 중개료, 자영업체 및 농장 운영 순 소득, 파업 수당, 실업수당 및 산재보상급여
연금 / 퇴직금 / 사회보장급여	공공연금, 퇴직금, 사회보장급여, 사회보장보조급여 및 군인연금
기타 소득 일체	임대 순소득, 연금, 각종 사용자 수익, 장애자 연금, 이자, 배당 소득, 저금 인출액, 부동산 운용 소득, 신락자산 및/또는 투자액, 가계 구성원이 아닌 개인에게 정기적으로 받는 금액, 기타 자녀 급식비 지불에 총당할 수 있는 일체의 금전

각 가정에서는 이 선 아래쪽에 아무 내용도 기입하지 마십시오 - 학교 업무 전용

**HOUSEHOLDS DO NOT WRITE BELOW THIS LINE - FOR SCHOOL USE ONLY**

**ANNUAL INCOME CONVERSION RECOMMENDED (ONLY CONVERT WHEN MULTIPLE FREQUENCIES ARE REPORTED ON APPLICATION)**  
 WEEKLY MULTIPLY BY 52; EVERY TWO WEEKS MULTIPLY BY 26; TWICE A MONTH MULTIPLY BY 24; MONTHLY MULTIPLY BY 12

FOOD STAMP, TANF or Foster Child (Circle One)

INCOME HOUSEHOLD: Total Household Income/Frequency: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Household Size: \_\_\_\_\_

Application APPROVED for:  FREE MEALS  REDUCED PRICE MEALS

Temporary Free (expires in 45 calendar days). Indicate each renewal date:

1. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Application DENIED. Date Notification Letter Sent: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Reason for Denial:  Income Too High  Incomplete Application

I certify that all information reported on this form is true and the eligibility determination made is based on the information provided by the household. I understand that school officials may verify the information and the procedures for certifying this application and that deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable State and Federal laws, and the school may lose meal and monetary benefits. I understand that the school principal has the ultimate responsibility for all forms filed by the household and certified at the school and at any given time may review forms for accuracy and integrity and monitor the procedures used for certification.

Signature of Reviewing Official: \_\_\_\_\_

Date Certified: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**HEALTH INSURANCE - (HOUSEHOLDS DO NOT REMOVE)**

**SCHOOLS OFFICIAL - PLEASE RETURN THIS PORTION TO: THE OFFICE OF SCHOOL HEALTH 52 CHAMBERS STREET, ROOM 218, NEW YORK, NY 11007**

SCHOOL NAME / NUMBER \_\_\_\_\_

BOROUGH (CIRCLE ONE)    MN    BX    BK    QU    SI

친애하는 학부모 또는 보호자님께,

2006 -2007 학년도

학생들이 공부를 잘 하려면 몸에 좋은 음식이 필요합니다. 학교 급식 담당실에서는 매 수업일 마다 몸에 좋은 식사를 제공하고 있습니다. 아침식사는 모든 학생에게 무료로 제공되며 점심식사는 \$1.50 입니다. 연방소득지표(뒷면 참조)에 따른 수혜자격을 갖춘 가정의 학생들은 무료급식이나 보조급식을 신청할 수 있습니다. 자격 있는 학생의 점심 보조급식 비용은 1인당 \$0.25 입니다. 무료급식이나 보조급식을 신청하시려면 뉴욕주 임시 및 장애 지원 담당국 (NYS Office of Temporary and Disability Assistance: TANF)에서 교부하는 직접 인증 확인서(Direct Certification Letter)를 제출하거나 동봉된 신청서를 최대한 신속하게 작성 및 서명한 다음 자녀가 다니는 학교에 제출하십시오. 신청서를 작성하실 때 본 안내문을 참조하시기 바랍니다. 기재사항이 누락된 신청서는 승인할 수 없으므로 필요한 모든 정보를 반드시 기입하시기 바랍니다.

아래의 질문과 답변을 통해 도움을 받으시기 바랍니다.

1. 자녀마다 따로 신청서를 작성해야 하나요?  
아닙니다. 무료급식이나 보조급식 혜택을 받으시려면 신청서를 작성하여야 하며 신청서는 각 가정 당 같은 학교에 재학중인 자녀 전원에게 대해 1 부만 작성하시면 됩니다.
2. 어떤 학생에게 무료급식이 제공됩니까?  
푸드 스탬프 또는 TANF 혜택을 받는 가정의 자녀들과 대부분의 위탁아동들은 귀하의 소득과는 관계없이 무료급식을 받을 수 있습니다. 또 귀하의 가계소득이 연방소득지표상 무료급식 혜택 한도에 속할 경우 자녀들은 무료급식을 받을 수 있습니다. 각 위탁아동 당 별도의 신청서를 작성하여야 하며 반드시 성인의 서명과 함께 항목 2 를 기재해 주시기 바랍니다.
3. 홀리스, 가솔자녀, 이주민 자녀들도 무료급식을 받을 수 있습니까?  
자녀(들)이 무료급식을 제공 받을 것이라는 통지를 받지 못하셨다면 자녀가 다니는 학교 또는 임시주거지의 학생 코디네이터에게 연락하여 자녀에게 자격이 있는지 알아 보십시오.
4. 어떤 학생에게 보조급식이 제공됩니까?  
본 신청서에 제시된 연방소득도표에서 가구당 수입이 보조급식 한도에 포함될 경우 자녀들은 보조급식을 제공 받을 수 있습니다.
5. 이번 학년도에 자녀들이 무료 또는 보조급식 대상자로 승인 받았다는 확인서를 받은 경우에도 신청서를 작성해야 하나요?  
귀하가 받은 확인서를 주의해서 읽어 보고 지시에 따르십시오. 의문점이 있으시면 자녀가 다니는 학교에 전화로 문의하시기 바랍니다.
6. 저는 WIC(여성 유아 아동을 위한 영양 지원 프로그램) 수혜 대상자입니다. 자녀가 무료급식을 받을 수 있을까요?  
WIC 대상 가정의 자녀들은 무료 또는 보조급식 대상일 수도 있습니다. 신청서를 작성하시기 바랍니다.
7. 제가 제출한 정보를 확인 하나요?  
학교는 이번 학년도 내내 수시로 귀하께 신청자격을 입증하도록 요구할 수 있습니다. 귀하가 확인 대상으로 선별되었다면 서면으로 그 사실을 통보 받게 될 것입니다. 학교측 담당자는 귀하께 신청 시점에서 자녀들이 무료 또는 보조급식 대상이었음을 입증하는 진술서를 제출하도록 요구할 수 있습니다.
8. 현재 신청 자격이 없어도 이후에 신청할 수 있습니까?  
그렇습니다. 가계 구성원이 늘어나거나 수입이 줄어들거나 푸드 스탬프, TANF 또는 기타 혜택을 받기 시작했다면 이번 학년도 내내 수시로 신청할 수 있습니다. 귀하가 실직된 경우에는 자녀들이 무료 또는 보조급식을 받을 수 있게 될 가능성이 있습니다.
9. 신청에 대한 학교측 판정결과에 동의하지 않는다면 어떤 조치를 취해야 하나요?  
학교측 담당자에게 문의하십시오. 또는 학교 지원 서비스 담당실 주소: 44-36 Vernon Blvd., Long Island City, New York 11101, 전화번호: (718) 707-4300 으로 책임자에게 전화하거나 서신을 보내 심리를 요청할 수 있습니다.
10. 가계 구성원 중에 미국 시민이 아닌 사람이 있어도 신청할 수 있습니까?  
그렇습니다. 귀하나 자녀들이 미국 시민이 아니어도 무료 또는 보조급식 신청자격을 가질 수 있습니다.
11. 가계 구성원으로 어떤 사람들을 포함할 수 있습니까?  
혈연관계가 있든 없든, 귀하의 가정에서 생활하는 사람이면 누구나 (조부모, 그 밖의 친척, 친구 등) 항목 4 에 반드시 기재하셔야 합니다. 귀하 자신은 물론 함께 살고 있는 자녀들도 모두 포함시켜야 합니다.
12. 수입이 일정하지 않다면 어떻게 해야 하나요?  
일반적으로 벌어들이는 금액을 기재하십시오. 예를 들어 평소 \$1000 를 매달 벌고 있지만 지난 달에는 일이 줄어서 \$900 밖에 벌지 못했다고 한다면 월 수입을 \$1000 로 표기하십시오. 평소 시간외 근무 수당을 받고 있다면 포함시키되 일정하지 않다면 제외하십시오.

학교에서는 이번 학년도 언제라도 신청서에 기재한 내용을 입증하도록 요구할 수 있습니다. 만일 귀하가 이를 입증하지 못할 경우 귀하의 자녀는 더 이상 무료 또는 보조급식을 받지 못하게 될 것입니다. 학교의 담당자들은 신청서의 정보를 이용하여 여러분의 자녀에 대한 무료 또는 보조급식 제공 여부를 결정합니다. 무료 및 보조 가격 데이터는 타이틀 I 및 전국 교육발전 평가 프로그램 (National Assessment of Educational Progress)에 대한 자격 판정에 활용될 수 있으며, 또한 전국 학교 급식 프로그램(National School Lunch Program) 하에서 권한을 인정 받은 기타 기관에게 제공될 수 있습니다.

연방법은 모든 학교와 기관들이 장애로 인해 일반적인 급식의 식단을 조절하지 않으면 음식 섭취가 어려운 학생을 위해 추가 비용 없이 특별 급식을 제공하도록 규정하고 있습니다. 귀하는 반드시 학교측에 특별한 급식을 요청해야 하며 의사가 발급한 진료 증명서(medical certification)를 학교에 제출해야 합니다. 귀하의 자녀가 장애로 인해 식단의 교체가 필요하다고 생각되면 진료 증명서에 반드시 포함시켜야 할 구체적인 사항이 있으므로 학교 지원 담당실의 수석 담당관에게 연락하십시오.

귀하의 자녀는 아동 건강 플러스 (Child Health Plus)라고 하는 프로그램을 통해 무료 또는 낮은 비용의 건강 보험 가입 자격을 인정 받을 수도 있습니다. 이 프로그램은 아동의 보건 및 치료 진료 비용을 부담하며 19 세 미만의 아동인 경우 가계수입이나 이민 신분(합법적인 비자를 갖추지 않았더라도)에 관계 없이 참여할 수 있습니다. 항목 6 을 작성해주시면 수혜 혜택 자격이 확인되는 데로 연락해 드릴 것입니다.

의문점이 있거나 본 신청서 작성에 도움이 필요하시면 자녀가 다니는 학교의 교장에게 연락하여 도움을 받으십시오.

감사합니다.

조엘 I. 클라인  
교육감

# New York City Department of Education

## 2006-2007 Application for Free and Reduced-Price Meals/Milk

Use black ink, print neatly, complete one application for all children attending the same school. Return application to your child's school. Date Withheld:

**HOUSEHOLDS WITH A FOSTER CHILD:** If this application is for a foster child, check here  AND list the child's monthly personal use income. Write "0" if the child has no personal use income. \$     Complete part 2 then skip to part 5.

### LIST ALL CHILDREN ATTENDING THIS SCHOOL LIVING IN HOUSEHOLD

*Birthdate	Print Legal Name of Students Attending This School (* Optional Information)	School Name
M M D D Y Y	First Name MI Last Name *Gender *Grade *OSIS #	PS 1
03/03/93	JOHN S BRANCH M 07 010111211	School # 001
10/15/94	SUE A BRANCH F 06 111223456	Indicate Borough M <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Q <input type="checkbox"/> BK <input type="checkbox"/> SI
08/27/95	THOMAS T BRANCH M 05	Use the current Food Stamp case number or TANF/FDPIR number. For your benefit, please complete a separate application for children with a different case number or no case number. FOOD STAMP Case # (See Instructions)
11/05/95	AMY I LEAF F 05	TANF/FDPIR Case #

### List all Current Income and Pay Period

Current income is your income at the present time before taxes and other deductions. Write how much money each household member receives from each source and use the following letters to indicate how often. W = Weekly; E = Every 2 weeks; M = Monthly; T = Twice a month; Y = Yearly. If pay period is not noted, the reviewing official will process reported income as WEEKLY.

Name	Gross Earnings from Work (Before Deductions): ALL JOBS	Child Support/Alimony Payments	Pay from Pension, Retirement / Social Security	Any Other Income
Joe Branch	\$ 2550.45 / Y	\$ /	\$ /	\$ /
Mary Branch	\$ 275.30 / W	\$ /	\$ /	\$ /
Sally Leaf	\$ 400.00 / T	\$ 300.15 / E	\$ /	\$ /
Bill Leaf	\$ /	\$ 0 /	\$ 0 /	\$ 0 /
Jill Leaf	\$ /	\$ /	\$ 400.75 / M	\$ /

**TOTAL HOUSEHOLD MEMBERS.** Add the names listed in Parts 2 and 4 (enter 1 if Foster Child)  09. I certify that all of the information provided is true and correct and that all income is reported. I understand that this information is given in connection with the receipt of federal funds, that school officials may verify the information on the application, and that deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable state and federal laws.

Signature of adult household member completing this form: Joe A. Branch  
 Today's Date: 09/07/06 Adult Household Member Social Security #: 123-45-6789  
 Printed Name of adult household member completing this form: JOE A. BRANCH  
 Address: 100 Name Street Apt #:  City: Bronx NY 10461  
 Home Phone: 718-555-4567 Daytime Phone: 212-555-1234 Cell Phone:

**HEALTH INSURANCE:** Does your child(ren) have: Medicaid  Child Health Plus  Health insurance through your employer  No insurance  If no, would you like a health insurance counselor to contact you?  YES  NO  
 Free or low cost health insurance is available to all children through NYS's Child Health Plus Program regardless of immigration status. For more information, call 311. Print your name: Sally Leaf and indicate the best time to call: 7:00 AM  PM

### 본 신청서 작성 방법 안내

검은색 학교로 깨끗하고 알아보기 쉽게 작성하되 같은 학교에 재학중인 모든 자녀를 1부의 신청서에 그리고 위탁아동의 경우에는 1인당 1부씩 신청서를 작성합니다.

- |   |  |
|---|--|
| <p><b>항목 1:</b> <b>위탁아동:</b> 위탁아동에 대한 법률적 책임은 사회 복지 기관이나 법원에 있으므로, 귀하의 가계소득과는 무관하게 급식을 제공 받을 수 있습니다. <b>항목 1, 2, 5 만을 작성하십시오.</b><br/> <b>소득:</b> 아동의 개인 가처분 소득을 기입합니다. 전혀 없으면 "0"을 기입하십시오. 개인 가처분 소득이란, (a) 사회 복지 기관에서 파복비, 학교 납부금, 용돈과 같은 아동의 개인 용도를 위해 지급한, 항목별로 확인 가능한 금액 그리고 (b) 아동이 받는 다른 모든 금액, 예를 들어 아동의 가족에게서 받는 돈과 아동이 전업 또는 부업을 통해 버는 돈을 합한 금액입니다. 다음의 영문 머리글자로 얼마나 자주 이와 같은 금액이 발생하는지 표기하십시오: <b>W = 매주, M = 매월, T = 월 2회, Y = 연 1회</b><br/> <b>서명:</b> 위탁아동의 경우, 유일한 추가 요건으로서 같은 가구에 속한 성인이 신청서 항목 5에 서명해야 합니다. 귀하의 사회보장번호는 기입할 필요가 없습니다.</p> <p><b>항목 2:</b> <b>같은 학교에 재학중인 모든 자녀의 성명을 기입하십시오.</b> 각 자녀마다 생년월일, 이름, 미들 네임의 이니셜, 성, 성별 및 학년을 해당란에 기입하십시오. 자녀 학교의 아홉 자리 식별번호를 알고 있다면 "OSIS Number" 밑의 빈 박스에 기입합니다. 자녀 학교의 이름 및 식별 번호를 기입한 후 학교가 위치한 보로를 표시한 후 <b>항목 3</b>을 작성하여 주십시오. 위탁아동의 경우에는 이 항목을 생략하고 <b>항목 5</b>를 작성합니다.</p> <p><b>항목 3:</b> <b>푸드 스탬프 또는 빈곤 가정을 위한 임시 지원 (TEMPORARY ASSISTANCE TO NEEDY FAMILIES: TANF)을 받고 있는 가구:</b> 본 항목을 작성한 다음 <b>항목 5</b> 작성 및 서명을 하거나 <b>또는</b> 임시 및 장애 지원 또는 인디언 보호구역 식량 배급 프로그램 담당실 (Food Distribution Program on Indian Reservations: FDPRI)에서 발급한 직접 인증 신청서를 제출하십시오. 접수번호가 다르거나 아예 없는 아동에 대해서는 별도로 신청서를 작성해야 합니다.</p> <p>1. <b>접수번호:</b> 귀하의 원조 통지서(benefit letter)에 명시된 푸드 스탬프 또는 TANF/ FDPIR 접수번호를 기입하십시오. 소득은 기입하지 마십시오.</p> <p>2. <b>서명:</b> 성인이 신청서의 <b>항목 5</b>에 반드시 서명해야 합니다.</p> | <p><b>항목 4:</b> <b>기타 모든 가구:</b> 위탁아동 항목을 작성하지 않았다면, 푸드 스탬프 또는 TANF/FDPIR 번호를 제출하거나, 직접 인증 확인서를 제출하십시오. <b>항목 2, 4, 5</b>는 반드시 작성해야 합니다.</p> <p>1. <b>가계 구성원 명단:</b> 소득이 있든 없든 가계 구성원 전원의 성명을 기입하십시오. 귀하 본인, <b>항목 2</b>의 명단에 빠진 아동 전원, 귀하의 배우자, 조부모 및 기타 혈연관계가 있거나 없는 가계 구성원을 전원 포함시켜야 합니다. 공간이 부족하면 별지를 첨부하십시오.</p> <p>2. <b>현재 소득:</b> 현재의 가계 구성원 개개인이 받고 있는 <b>세금이나 기타 공제 반영 이전의 총 소득</b>을 성명 옆의 박스에 기입하고 근로소득, 연금 및 기타 소득 등으로 그 출처를 명시합니다. 다음의 영문 머리글자로 얼마나 자주 이와 같은 소득 금액이 발생하는지 표기하십시오: <b>W = 매주, E = 격주, M = 매월, T = 월 2회, Y = 연 1회</b></p> <p>3. <b>소득에서 제외되는 금액:</b> 아동보호개발 펀드-포괄적 보조금(Child Care Development Fund-Block Grant) 하에서 제공 및 알선된 아동 보호의 소요 비용 일체, 또는 이러한 아동 보호에 대한 비용 지불을 위해 수취한 금액, 또는 그러한 보호로 인해 발생된 비용에 대한 배상액은 본 프로그램의 취지상 소득으로 간주되지 않습니다. 보조금식에 적용되는 소득지침도표는 신청서 뒷면에 나와 있습니다.</p> <p><b>항목 5:</b> <b>서명 및 사회보장번호:</b><br/> <b>서명:</b> 성인이 가계구성원이 신청서에 반드시 서명해야 하며 서명이 없는 신청서는 승인되지 않습니다.<br/> <b>사회보장번호:</b> <b>항목 4</b>를 작성한 경우 귀하는 <b>항목 5</b>에 서명한 성인의 사회보장번호를 반드시 기재하여야 합니다. 귀하가 사회보장번호를 갖고 있지 않다면 단어 "NONE"을 대신 기입하십시오.<br/> <b>건강보험:</b> 귀하의 자녀는 보험료가 무료 또는 저렴한 건강보험의 가입을 허가 받을 수 있습니다. 양식의 해당 항목을 작성하여 자녀를 가입시키거나 더 자세한 사항을 알아보십시오. 귀하의 성명과 연락 방식에 가장 좋은 시간을 제출하십시오. <b>본 항목을 분리해서는 안됩니다.</b></p> <p><b>항목 6:</b></p> |
|---|--|

### 사생활 보호법 정보

전국 학교 급식법 (National School Lunch Act) 의 제 9 조는 귀책 자녀의 푸드 스탬프 또는 TANF/FDPIR 접수번호를 제출하였거나 위탁아동의 경우를 제외하면, 귀하는 반드시 신청서에 서명한 가계 구성원인 성인의 사회보장번호를 명시하거나 해당 가계 구성원에게 사회보장번호가 발급되지 않았음을 명시하도록 요건화하고 있습니다. 만일 사회보장번호도, 단어 "NONE"도 기입하지 않았다면 그 신청서는 승인을 받지 못합니다. 사회보장번호는 신청서상에 제출된 정보가 정확한지 확인하는 작업을 진행하는 동안 그 번호를 소지한 가계 구성원의 신원을 확인하는 용도로 사용될 수 있습니다. 이러한 확인작업은 프로그램 검토, 감사 및 조사 등의 방법으로 수행될 수 있으며 확인작업 중에 뉴욕주 고용안정국 (State Employment Security Office) 에 연락하여 사회보장급여 수령액을 판정하고 가계 구성원이 작성한 서류를 점검하여 수취한 소득 금액을 확인할 수 있습니다. 확인작업 결과 사회보장급여를 전혀 받지 못하게 되거나 액수가 줄어 들 수 있으며 허위 사실을 보고한 경우에는 행정 청구 (administrative claims)를 당하거나 피소될 수 있습니다.