

노스캐롤라이나 주 보건후생부
사회복지과

재지급 진술서

카운티: _____

FNS 케이스 번호: _____

보고 날짜: _____

발행월/년도: _____

이름: _____

주소: _____

보고 및 재지급 조치 사유:

이로써 본인은 가정의 사고로 인해 식품 및 영양 서비스 수당으로 구입한 식품이
파손되었음을 신고하며, 이러한 사실을 위증하거나 기만할 경우 이에 따라 처벌을 받는다는
사실을 인정합니다. 사고로 인해 손실된 식품 및 영양 서비스 수당으로 구입한 식품 구입비는
\$ _____입니다. 본인은 최대 재지급금이 식품 및 영양 서비스 부서가 지급하는 1 개월치
수당을 초과할 수 없음을 이해하고 있습니다.

이로써 본인은 식품 및 영양 서비스 수당을 강압적으로 갈취 당했음을 신고하며, 이러한
사실을 위증하거나 기만할 경우 이에 따라 처벌을 받는다는 사실을 인정합니다. 본인은
이러한 사실을 해당 법 집행기관에 보고했으며 경찰 사고 경위서를 작성하였습니다.

본 진술서는 상기 보고 날짜로부터 10 일 이내에 서명하여 식품 및 영양 서비스에 제출해야
합니다. 그렇지 않을 경우, 식품 및 영양 서비스 수당이 재지급되지 않을 수 있습니다.

본인은 고의로 거짓 정보를 제공함으로써 해당 프로그램을 위반하여 유죄로 인정되는 경우
다음과 같은 불이익을 당할 수 있음을 이해하고 있습니다.

- ▶ 처음 유죄로 인정되는 경우, 12 개월 동안 식품 및 영양 서비스 수당을 받을 수 없습니다.
- ▶ 두 번째 유죄로 인정되는 경우, 24 개월 동안 식품 및 영양 서비스 수당을 받을 수
없습니다. 그리고
- ▶ 세 번째 유죄로 인정되는 경우, 남은 여생 동안 식품 및 영양 서비스 수당을 받을 수
없습니다.

서명: _____

날짜: _____

증인(서명이 "x" 또는 다른 표시로 되어 있는 경우): _____

당 기관용

재지급 승인 날짜: _____

재지급 금액: \$ _____

담당자 서명: _____

담당자 번호: _____