메릴랜드 보건 및 정신위생국
가족보건 관리국
메릴랜드 WIC 프로그램 오피스

사업자 승인 신청서

본 양식은 "참고용" 입니다.
신청시 반드시 영문서식을 사용하시기 바랍니다

DATE RECEIVED BY STATE WIC OFFICE

현재 사업자의 스탬프 (있을 경우)

작성안내: 신청인을 대신하는 주인, 임원, 매니저 및 기타 개인은 아래의 양식을 빠짐없이 기입하고 해당란에 서명하여야 본 서류의 진본임이 확인됩니다. ***필수 정보를 제공하지 않을 경우 신청서 승인거부의 사유가 됩니다.***

비지니스 유형

아래의 해당사항에 체크하십시오

☐ 개인소유

☐ 파트너쉽

☐ MBE/WBE

개인 소유의 법인
☐ 예 ☐ 아니오

공개거래된 법인
☐ 예 ☐ 아니오

메릴랜드소재? 예 ☐ 아니오 ☐

메릴랜드 소재가 아닐 경우 소재주 _____

소유주/법인명시

소유주/법인 이름	연방납세 번호
소유주/법인 우편주소	P.O. Box 번호
도시	주 / 우편번호
전화번호 ( )	팩스번호 ( ) / 소유주/법인 이메일 주소

소유주—현재 소유주의 모든 이름을 기입하십시오. 법인의 경우 모든 임원을 기입하십시오(필요한 경우 별도의 용지를 이용하십시오)

정자로 기입하십시오. 이름 (성, 이름 순)	전체 주소	전화번호

이권 명시

소유주, 관리자 또는 법인의 임원 가운데 메릴랜드 보건 및 정신위생국(DHMH)에 관련하여 계약된 관계당국 위원의 임원이거나 이사의 직위를 갖고 있는 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

소유주, 관리자 또는 법인의 임원 가운데 정부 및 개인 보건에 관련된 에이전시의 이사, 임명자 및 선출직을 맡고 있는 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

소유주, 관리자 또는 법인의 임원의 직계가족 가운데 메릴랜드 보건 및 정신위생국(DHMH)에 관련하여 계약된 관계당국 위원의 임원이거나 이사의 직위를 갖고 있는 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

위의 질문 가운데 해당되는 사항이 있다면 그 관계 및 상황을 자세히 명시하십시오. 필요하다면 별도의 용지를 이용하십시오.

배경

1. 현재 메릴랜드 WIC 사업자로서 소유 및 관리하고 있는 모든 상점을 명시하십시오.
(필요할 경우 별도의 용지를 이용하십시오.)**정자로 기입하십시오**

소유자 이름	업소 이름 및 주소

2. 최근 3 년 이내에 인수한 업소가 있다면 현재소유자와 이전 소유자와의 관계는 무엇입니까 ? **정자로 기입하십시오**

업소 이름 및 위치	인수 날짜	현재 소유자 이름	이전 소유자 이름	관계

메릴랜드 WIC 프로그램은 모든 신청자의 자격에 대한 진위여부를 확인하고 그와 같은 확인 결과에 따라 적절한 승인을 하게 될 것입니다.
(비지니스를 대신하여 신청할 권리가 있는) **소유자, 임원 또는 매니저의 확인 및 서명**

1. 본인은 WIC 프로그램 사업자 승인을 신청하며 본 비지니스에 대한 계약체결의 권리를 갖고 있습니다.

2. 본인은 현재 신청중인 사업자 및 현재소유자의 사업승인 신청자나 임원, 매니저 등이 비지니스 운영자질의 결함으로 인하여 소송이나 유죄판결을 받은 적이 없음을 확인합니다. 비지니스 운영자질의 결함으로 인한 것이라는 것은 사기, 담합 위반, 횡령, 절도, 위조, 날조 및 기록 파괴, 허위진술, 장물수령, 허위청구 및 정의위반 등이 포함되는 것입니다.

3. 본인은 신청자격 심사, 프로그램 코디네이션, 승인 및 관련규정 준수활동 등의 목적으로 본인과 본회사/비지니스에 대한 필요 및 요구되는 정보가 연방농산부의 영양음식 서비스, 메릴랜드 보건 및 정신위생국과 관련 계약 에이전트; 푸드스탬프 프로그램 등에 제공되는 것을 승인합니다.

4. 본인은 사업자 신청자나 신청자의 현재소유자, 임원, 매니저 등이 USDA/FNS 프로그램으로부터 실격, 자격정지 또는 벌금처벌을 받은 적이 없음을 확인합니다.

5. 본인은 본 신청서에 제공한 정보가 본인의 지식과 이해, 정보 및 신념에 따라 진실이며 사실적인 것임을 확인합니다. 본 신청서에 허위기재된 정보는 후일 적발될 경우 계약 취소의 사유가 됨을 이해합니다.

소유자/대표자 서명	날짜
소유자/대표자 PRINT 이름	직위

메릴랜드의 WIC 프로그램은 특정의 소매업자와 계약을 맺어야 할 의무는 없습니다. 신청이 거부된 경우 각 신청자는 항소를 할 수 있는 권리가 있습니다. 계약의 만료는 항소의 대상이 될 수 없습니다.

미국농산부(USDA)는 인종, 피부색, 출신국, 성별, 나이 또는 장애에 따른 차별을 금합니다. 본 프로그램에 대한 커뮤니케이션을 위하여 (점자, 큰 글씨, 오디오테이프 등) 별도의 수단을 요하는 장애자는 USDA's TARGET Center (전화:202-720-2600 [음성 및 TDD])로 문의하십시오. 기타 불평사항을 문서로 접수하시려면 Administrator, Food and Nutrition Service, USDA, 301 Park Center Drive, Alexandria, VA 22302 로 보내주시기 바랍니다. USDA 는 평등고용 원칙을 준수합니다.

유효일자 08/04

사업자 승인 신청서

소유자/법인 (또는 현재 계약)			현재 사업자 번호
업소 이름			
업소의 주소			사서함 번호
도시	카운티	주	우편번호
업소 전화번호	업소 이메일 주소		업소 팩스번호
WIC 프로그램 담당자	담당자 직위		
연방납세자 번호	주 납세자 번호	푸드스탬프 승인 # (요구되는 경우)	푸드스탬프 승인 날짜

현재 소유주 명의로 현재 위치에 얼마나 있었습니까 년 ☐ 개월 ☐

시설 및 운영

귀하의 시설은 미국장애자법령(ADA)을 준수합니까? 예 아니오 ☐

보건국 검사 날짜:

상점 유형: ☐ 식료품 상점 ☐ 약국을 겸한 식료품 상점 ☐ 약국전용 ☐ 군부대 매점

상점의 내부면적: 저장공간의 면적:

영업운영 시간: 주 7 일 24 시간 운영이면 이곳을 체크하십시오 ☐ 그렇지 않을 경우 우측에 영업시간을 기입하십시오. 공휴일의 단축 또는 연장시간은 포함시키지 마십시오.	일요일
	월요일
	화요일
	수요일
	목요일
	금요일
	토요일
연간 전체 품목에 대한 총 매상금액: $	월별 푸드스탬프 매상금액: $
연간 식품 품목 총매상 금액: $	주류 및 담배를 취급합니까?
계산대 또는 스캐너 장비의 수:	스캐너가 있을 경우, WIC 품목을 구분할 수 있습니까?

은행거래 정보

은행 이름:	계좌 시작일자:	
은행 주소:		
은행 계좌 번호:		
은행 고유(ABA) 번호: *(디파짓 용지의 좌측하단의 9 자리 숫자)*		
서명	직위	날짜

WIC PROGRAM USE ONLY: Approved: ☐ Denied: ☐ Approval/Denial Date: _____

Reason(s) for Denial: _____

Submit