

미국 재향군인 및 장애를 겪는 이들을 위한 시 전역 감독 면허 대기자 명단: 신청 양식 지침

신청 대상

다음에 해당될 경우 시 전역 도시 감독 면허를 신청할 수 있습니다.

- 만 18 세 이상인 경우.
- 뉴욕시 보건 및 정신위생부에서 발급한 만료되지 않은 현재 이동식 식품 판매 면허(ID 배지)를 소지한 경우.
- 미국 재향 군인 또는 장애가 있는 경우.

만료되지 않은 현재 이동식 식품 판매 면허가 없는 경우, 본 대기 명단에 신청하기 전 발급받아야 합니다. 이동식 식품 판매 허가증 발급 방법에 관한 자세한 정보는 **311** 로 전화하시거나 nyc.gov/health/mobilefood를 방문하시기 바랍니다.

정의

- **미국 재향군인:** 미국 군대에서 현역 복무하였고 불명예 제대 이외의 군 제대(해임)를 받은 사람.
- **장애를 겪는 분:** 하나 이상의 주요 생활 활동을 상당히 제한하는 신체적 또는 정신적 장애가 있거나 있었으며 그러한 장애 기록이 있는 사람.
 - **신체 장애**는 다음의 신체 체계 중 하나 이상에 영향을 미치는 생리적 장애나 질병 또는 해부학적 손실입니다. 신경, 근골격, 특수 감각 장기, 호흡기(발음 기관 포함), 심혈관, 비뇨생식기, 혈액 및 림프계, 피부 및 내분비계. 그 예로는 정형외과적, 시각적, 언어 및 청각 장애, 뇌성 마비, 근육위축증, 다발성 경화증 등이 있으나 이에 국한되지 않습니다.
 - **정신 장애**는 지적 장애, 기질성 뇌 증후군, 정서 또는 정신 질환, 특정 학습 장애와 같은 정신적 또는 심리적 장애가 포함됩니다.
- **장애가 있는 미국 재향군인:** 미국 보훈처에서 장애 등급이 10% 이상(미국 군대에서 현역으로 복무하는 동안 발생한 장애)이 있는 것으로 인증된 미국 군대의 재향군인.

신청 방법

1 단계: 신청 양식을 완료하십시오.

- 양식이 없으신 경우, nyc.gov/health/mobilefood를 방문하여 "Waiting List Application Form for the Citywide Supervisory License for People with Disabilities and U.S. Veterans" (장애를 겪는 분과 미국 재향군인들을 위한 시 전역 감독 면허 대기자 명단 신청 양식)을 찾으십시오. 또한 **311** 로 전화하여 "mobile food" (이동식 식품 판매)라고 문의하여 신청서를 우편으로 받을 수 있습니다.
- 영문으로 양식을 작성하고 각 섹션에 대한 다음 지침을 읽으십시오.

개인 정보

미리 작성되지 않은 한, 귀하의 이동식 식품 판매 허가증 번호를 포함하여 귀하의 개인 정보를 작성하십시오. 본 섹션에 빈칸을 두지 마십시오.

카테고리를 선택하십시오

본 섹션은 본인이 어느 카테고리에 가장 알맞는지 묻습니다. 장애가 있는 미국 재향군인, 장애를 겪는 분 또는 미국 재향군인 (장애가 없는). 대기자 명단 위치에 대한 우선 순위는 이 순서를 따라갑니다. 하나 이상의 카테고리를 선택한 경우, 본인이 해당되는 가장 높은 카테고리로 지정됩니다.

대상 자격 증명을 위해 필요한 문서

시 전역 감독 면허 신청을 위한 대기자 명단에서 귀하께서 선정되시는 경우, 대기자 명단 신청서에서 선택한 카테고리의 대상 자격에 대한 증빙 서류를 제공하여야 합니다. 당시에 증빙 서류를 제공하지 못할 경우, 귀하의 신청서는 거부됩니다. 증명을 위해 필요한 문서는 다음과 같습니다.

- **장애가 있는 미국 재향군인:** 귀하께 복무 관련 장애가 있음을 인정하는 미국 보훈처 발행 편지 원본.
- **장애를 겪는 분:**
 - 귀하의 신체적 또는 정신적 장애를 명확하게 설명하고 다음으로부터의 공증된 서명이 포함된 원본 편지 또는 증명서.
 - 면허 소지 의사, 안과, 검안과, 심리학 의사, 또는
 - 주정부 기관과 협력하여 장애인을 위한 프로그램을 수행하고 주립 직업 재활 사무소와 같이, 그러나 이에 국한되지 않는, 지원자가 서비스를 받고 있는 사회 기관의 공인 대리인.
 - 또는
 - 지원자의 신체적 또는 정신적 장애를 입증하는 1년 이내의 증명서, 예를 들어 신체적 또는 정신적 장애에 근거한 소득세 면제 또는 소셜 시큐리티 혜택 확인을 포함하되 이에 국한되지 않음.
- **미국 재향군인:**
 - 미국 보훈처가 발급한 복무 증명서 원본
 - 또는
 - 미국 보훈처가 발급하는 DD214 양식 원본
 - 또는

- 미국 보훈처가 발급한 귀하의 원본 DD214 의 Type #4(유형#4) 사본

미국 보훈처 지역 사무실 주소는 245 W. Houston St., New York, NY 10014 입니다. 지역 사무실 전화 번호는 800-827-1000 입니다.

2 단계: 작성된 신청 양식을 2026 년 4 월 28 일까지 이메일 또는 우편으로 제출하십시오.

- 오직 하나의 신청서만 제출하실 수 있습니다. 하나보다 더 많이 제출하시면, 보내신 첫 신청서만 수락할 것입니다.
- 양식을 제출하려면 다음 중 하나의 방법을 이용하실 수 있습니다.
 - 이메일: mfvpermitwaitlist@health.nyc.gov 로 전송.
 - 우편:
New York City Department of Health and Mental Hygiene
MFV Permit Waiting Lists
125 Worth Street, C.N. #1000
New York, NY 10013
- 대기자 명단이 생성된 후, 귀하의 상태를 통지하는 편지를 받게 될 것입니다.