

STATE OF WASHINGTON DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES

Child Care Subsidy Contact Center • PO Box 11346 • Tacoma, WA 98411-9903 무료 전화번호 844-626-8687 • 팩스: 877-309-9747

날짜:	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	부모/보호자
	사례 번호

접는 곳

신청인께:

다음 정보를 제공해주시면 저희는 귀하의 자녀 양육비 보조금을 처리하고 귀하의 자격을 결정할 것입니다. 누락된 부분이 있으면 서비스와 지불 승인이 지연될 수 있습니다. 타자로 입력하거나 정자체로 명확하게 작성하여 주십시오.

- CCSP 신청서(귀하께서 WorkFirst 활동을 하시고 있거나 Child Welfare 에서 의뢰를 한 경우에도 자녀 양육비 신청서를 작성하셔야 합니다).
- 지난 3 개월간의 가족소득 증빙서류 제출(증빙서류: 급료 명세서, 아동양육비 지불 명세서 사본, 사회보장금, 생계보조비(SSI) 및 가족이 받는 기타 소득 명세서 사본). 귀하의 근무일정을 포함해주십시오. 주정부로부터 받는 현금보조금(TANF)에 대해서는 증빙서류를 제출할 필요가 없습니다.
- 취업한 기간이 얼마되지 않아 아직 급료를 받지 않은 경우는 고용주가 작성한 서신을 제출할 수 있습니다. 서신에는 고용일, 급료(시간당, 월급 등) 그리고 근무 일정 등을 명시해야 합니다. 귀하의 고용주가 이 정보를 확인할 수 없다면 저희는 귀하의 구두 또는 서면 진술을 받을 수 있습니다. 취업 상태를 확인하기 위해 구두 또는 서면 진술을 제공하실 경우, 승인일로부터 60 일 이내에 급여명세서 사본을 제출하셔야 합니다.
- 최근 3 개월간 법원 또는 행정 명령에 따라 지급한 아동 양육비 증빙 자료

아기나 자녀의 발달이 잘 진행되고 있는지 또는 학교에 갈 준비를 위해 약간의 연습이 더 필요한지를 알 수 있습니다. 이를 위해 가족 건강 핫라인(Family Health Hotline) 1-800-322-2588 로 전화하거나 Parent Help 123 웹 사이트 http://www.parenthelp123.org/child-development/help-me-grow-washington 을 방문하여 무료 아동 발달 검사 설문지를 작성하여 자세한 내용을 숙지할 수 있습니다.

아이들은 안전해야 할 기본적인 인권이 있습니다. 학대와 방치는 육체적, 정서적 상해 및 심지어 사망의 위험에 처하게 함으로써 어린이의 안전을 위협합니다. 어린이가 학대 또는 방치의 희생자라고 의심되면 DCYF 무료 전화 1-866-END-HARM (1-866-363-4276)으로 전화하십시오.





CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

CCSP 신청 CCSP Application

신청인의 이름				수혜자/의뢰인 ID 번호			날짜	
신청인 주소(실제 주소지)					생년월일			
시 주 우편번호			이메일 주소(선택)					
신청인 주소(주소가 다를 경우 우편주소)				SSN(임의기입란)			전화번호	
\[\lambda \]	주 우편번호				신청인의 민족 배경		신청인의 성별 □ 남 □ 여	
가족이 노숙 생활을 하고 있습니까? □ 예 □ 아니오 (예: 생활함, 또는 집을 잃었거나 경제적 형편이 어려워 다른 사람				를 들어, 모텔, 쉼터, 임시 주택, 자동차, 공공 장소 등에서				
귀하께서는 지난 6 개월 동안 워싱턴주에서 아동 복지 서비스를 받았고 케이스 플랜(case plan)의 일환으로 아이를 돌보는 일을 맡은 부모이거나 법적 보호자입니까? □ 예 □ 아니오('예'라고 답한 경우, 1-844-626-8687 로 전화해서 신속 신청 절차를 밟을 자격이 있는지 알아보십시오.)								
자택에 살고 있고 책임질 의무가 있는 아동								
	•		,	<u> </u>	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
이름(성, 이름, 중간이름)	생년월일	남/ 여 민족(선택)	SSN(임의기입란)	미국 시민 합법적 2		신청인과의 관계
						예	아니오	
							아니오	
							아니오 아니오	
							아디오	
편부모 가정 또는 두 부모 가정 결정 - 필수								
귀하는 어디에 해당하십니까? □독신 □기혼 □이혼 □별거 □결혼후 따로 거주 □사별								
□ 동성 동반자 배우자 또는 아독이 다르		라이 하꼐 시	싢싢긥꺄	2 □ 。	ગ □ જાના			
배우자 또는 아동의 다른 한쪽 부모/보호자와 함께 사십니까? □ 예 □ 아니오 '아니오'라고 답한 경우, 편부모 신고(Single Parent Declaration) 양식인 DCYF 27-164 를 작성해서 신청할 때 제출하십시오.							제출하십시오.	
아래의 질문에 "예"로 답								·
배우자 또는 다른 한쪽 부/모 이름 생년월일 SSN(임			의기입린	기입란) 신청인과의 관계		위 아동과의 관계		
	작성 공간이 부	-족할 경우 별!	도로 종이	를 이용하	여 추가 정보를 제출해	주십시오.		
신청인				배우자 또는 다른 한쪽 부모/보호자				
직장(고용주)명, WORKFIRST	직장(고용주)명, WORKFIRST 활동 명칭 또는 학교 이름 직장(고			앙(고용주)명, WORKFIRST 활동 명칭 또는 학교 이름				
주소(직장, WORKFIRST 활동 또는 학교) 주소(직			소(직장, WORKFIRST 활동 또는 학교)					
전화 번호	전화 번호 시작일			전화 번호 시작일				
직장에 다닐 경우, 얼마의 급료· 됩니까?	를 받습니까, <u>그리고</u>	급료 주기는 ㅇ	H떻게		직장에 다닐 경우, 얼마의 급료를 받습니까, <u>그리고</u> 급료 주기는 어떻게 됩니까?			
□ 매주 □	격주			□ 매주 □ 격주				
-	매월	\$		□ 월 2 회 □ 매월 \$				
이 업무는 과수나 곡물의 경작, 생산, 수확 또는 가공을 포함하는 농장 고용입니까? □ 예 □ 아니오			이 업무는 과수나 곡물의 경작, 생산, 수확 또는 가공을 포함하는 농장 고용입니까? □ 예 □ 아니오					

가족 전원의 다른 월간 수입원/불로소득								
(예를 들면 다음과 같습니다: 자영업, TANF 등의 공적부조, 자녀 양육비, 사회보장 또는 VA 수당)								
소득 종류:	(이름		이름	이름	이름		
	2 게 이 ㅂ /	신청	보이	, ,	, ,			
사본 포함(최근	3 / [] ()	1:0	<u> </u>					
고 이 이 기 기 기 그 그				10 0174	N) A			
법원에서 병당인	한 아동양육비를 지불합니까?	<u></u> 예	마아니]오 월급역	当: み			
Barcode label								
14417								
		가용 :	· —					
	이상의 가용 자산을 보유하고 계십니	· —						
다음을 가용 자	산으로 취급할 수 있습니다. 현금, 은	행 계좌, 주	식/채권,	투자 계좌, 부동	산 투자.			
	부모	/보호자의	의 활동					
	신청인				는 다른 한쪽 부모/보호			
활동(직업, 학교, W 주십시오.	ORFIRST 활동) 활동시간을 오전/오후로 표시	해	활동(직약 주십시오		'활동) 활동시간을 오기	전/오후로 표시해		
	직장에서의 근무, 학교,			직정	상에서의 근무, 학교,			
월요일	WORKFIRST 활동 일정		WORKFIRST 활동 일정					
화요일								
수요일								
목요일								
금요일								
토요일								
일요일								
	L 육 제공자가 있습니까? □ 예 □ 이	네이아돈	야유 제-	 포자 이르·				
전화번호/주소	수 세 6 시 기 사람 기 기 기 기 기 기 기	17 10	0 7 /11	0 / 1 - 1 - 1 - 1				
사회복지결제시	스템(SSPS) 식별번호:							
	는 제공자를 이용하시려면 자녀 양육	비사근이	l 무의하	사시 ¢				
기 리, 현기, 기 자녀 양육 시작		12201	1 6 9 9	日八五				
	글. F육 제공자 시설로부터 귀하의 활동	장소 (직장,	학교 등)	까지 이동하는데	얼마나 걸립니까	?		
기타 부모/보호	자: 아동 양육 제공자 시설로부터 귀	하의 활동	장소(직정	}, 학교 등) 까지 (이동하는데 얼마니	· 걸립니까?		
		자녀의 활	·돚 익저					
추가 자녀의 경우 별도의 용지에 정보를 적어 제출하십시오.								
자녀의 이름	학교 일정				탁아서비스 일정			
, , , , ,	(정확한 요일과 시간)			(ろ	<u> 확한 요일과 시간)</u>			
귀하의 취학 연	령 자녀에게 학교 수업 시나 여름 방학	학 동안에 퇴	박아 서비	스가 필요합니까	-? 🗌 예 🗌 아	니오		
장애아동이 있습	盲니까? □ 예 □ 아니오							
예라고 답변하셨	셨다면 <mark>844-626-8687</mark> 로 전화하여 자	녀 양육비.	보조금에	특수 요구 급여	에 대한 정보를 문	의하십시오.		

심의회 요청 권리 WAC 110-15-0280

DCYF 의 결정에 동의하지 않을 경우 Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489 로 연락해 심의회를 요청할 수 있습니다. 심의회는 다음과 같이 신청해야만 합니다.

- 현재 받고 있는 혜택을 계속 받기를 원하신다면, 이 조치 유효일이나 유효일 전에 또는 이 조치 통지서를 송부한 날로부터 10일 전에 신청해야 합니다, 또는
- 이 서신을 받은 날짜로부터 90일 이내에 신청해야 합니다.

귀하는 심의회에서 스스로를 대변하거나 변호사나 귀하가 선택한 사람을 대동해 귀하를 대변하게 할 수 있는 권리가 있습니다. 법적 서비스를 제공하는 사무실에 연락하여 무료 법적 조언이나 대변인의 도움을 받으실 수도 있습니다.

본인은 위증 시 처벌을 받는 다는 조건 하에, 이 양식에 본인이 제공한 모든 정보가 정확하고 본인이 아는 바를 기입하였음을 증명합니다.

본인은 고의로 허위 진술을 하거나 신고해야 할 정보를 신고하지 않은 경우 범죄 행위가 된다는 점을 인정합니다. 본인이 잘못된 것임을 알고 있는 정보를 신고할 경우 형사 기소, 본인에게 받을 자격이 없는 수당의 반환, 5 년간 자녀 양육 혜택수령 능력 상실이 발생할 수 있음을 인정합니다. (RCW 74.08.055)

신청인의 서명	날짜	다른 한쪽 부모/법적보호자 서명	날짜

모든 프로그램 및 활동에서 차별은 금지되어 있습니다. 어느 누구도 인종이나 피부 색, 종교, 신념, 출신 국가, 성별, 연령, 혼인 유무, 퇴역군인, 베트남전 참전자 지위, 장애를 이유로 배제되어서는 안됩니다.

CCSP APPLICATION DCYF 14-417 KO (REV. 08/2022) Korean