



STATE OF WASHINGTON  
**DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES**  
CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

부모 이름 및 주소

사레 번호

날짜

접는 곳

**CCSP 탁아 서비스 재신청**  
**CCSP Child Care Reapplication**

귀하의 **탁아서비스 보조금 프로그램(CCSP) 자격은** \_\_\_\_\_ **에 종료됩니다.**  
재신청하시려면 \_\_\_\_\_ 까지 저희에게 연락해주셔야 합니다. WAC 110-15-0109.

재신청은 (844) 626-8687로 전화를 하거나 동봉한 CCSP 재신청서(DCYF 14-430)를 작성하셔서 제출하시면 됩니다. 다음 인터넷 주소에서도 신청하실 수 있습니다  
[www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org).

재신청서를 제출하시기 전에 양식에 기재하신 모든 정보가 진실하고 정확하다는 선언문을 잘 읽으신 후 서명하여야 합니다. 작성하신 양식은 동봉한 봉투에 넣어 부치시거나 팩스 1-877-309-9747로 보내주실 수 있습니다. 가족이 지난 3개월간 수령한 모든 소득 증빙서류를 제공해주십시오. 제공할 증빙서류로는 급여 명세서, 최근의 총 월근무시간과 총소득이 나와 있는 근로소득 명세서, 아동양육비 지불금, 승인 서신 또는 월명세서 등을 들 수 있습니다.

귀하의 탁아서비스 일정과 탁아서비스 제공처가 변경되면 반드시 당국에 알려야만 합니다.

\_\_\_\_\_까지 재신청하지 않으면, 탁아 보조금이 \_\_\_\_\_에 종료되고 서비스 제공자가 DCYF로부터 보조금을 받을 수 없게 됩니다.

**변경사항 보고**

전화: 1-844-626-8687, 팩스: 1-877-309-9747 (각 페이지에 귀하의 클라이언트 ID를 기재해주십시오) 또는 [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org)



**CCSP 재신청**  
**CCSP Reapplication**

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
시 주 우편번호	신청인의 민족 배경	신청인의 성별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
<p>가족이 노숙 생활을 하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 (예를 들어, 모텔, 쉼터, 임시 주택, 자동차, 공공 장소 등에서 생활함, 또는 집을 잃었거나 경제적 형편이 어려워 다른 사람 집에 얹혀 살고 있음.)</p> <p>귀하께서는 지난 6개월 동안 워싱턴주에서 아동 복지 서비스를 받았고 케이스 플랜(case plan)의 일환으로 아이를 돌보는 일을 맡은 부모이거나 법적 보호자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 ('예'라고 답한 경우, 1-844-626-8687로 전화해서 신속 신청 절차를 밟을 자격이 있는지 알아보십시오.)</p>		

**자택에 살고 있고 책임질 의무가 있는 아동**

작성 공간이 부족할 경우 별도로 종이를 이용하여 추가 정보를 제출해주시요.

이름 (성, 이름, 중간이름)	생년월일	남/ 여	민족 (선택)	SSN (임의기입란)	미국 시민 또는 합법적 거주자	신청인과의 관계
					<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
					<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
					<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
					<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	

**편부모 가정 또는 두 부모 가정 결정 - 필수**

귀하는 어디에 해당하십니까?  독신  기혼  이혼  별거  결혼 후 따로 거주  사별  
 동성 동반자 등록

배우자 또는 아동의 다른 한쪽 부모/보호자와 함께 사십니까?  예  아니요  
'아니요'라고 답한 경우, [편부모 신고\(Single Parent Declaration\) 양식인 DCYF 27-164](#)를 작성해서 신청할 때 제출하십시오.

아래의 질문에 "예"로 답한 경우:

배우자 또는 다른 한쪽 부모 이름	생년월일	SSN (임의기입란)	신청인과의 관계	위 아동과의 관계

작성 공간이 부족할 경우 별도로 종이를 이용하여 추가 정보를 제출해주시요.

신청인	배우자 또는 다른 한쪽 부모/보호자
직장 (고용주)명, WORKFIRST 활동 명칭 또는 학교 이름	직장 (고용주)명, WORKFIRST 활동 명칭 또는 학교 이름
주소 (직장, WORKFIRST 활동 또는 학교)	주소 (직장, WORKFIRST 활동 또는 학교)
전화 번호 시작일	전화 번호 시작일
직장에 다닐 경우, 얼마의 급여를 받습니까, <u>그리고</u> 급여 주기는 어떻게 됩니까? <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 월 2회 <input type="checkbox"/> 매월 \$	직장에 다닐 경우, 얼마의 급여를 받습니까, <u>그리고</u> 급여 주기는 어떻게 됩니까? <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 월 2회 <input type="checkbox"/> 매월 \$

이 업무는 과수나 곡물의 경작, 생산, 수확 또는 가공을 포함하는 농장 고용입니까?  예  아니요

이 업무는 과수나 곡물의 경작, 생산, 수확 또는 가공을 포함하는 농장 고용입니까?  예  아니요

**가족 전원의 다른 월간 수입원/블로소득**

(예를 들면 다음과 같습니다: 자영업, TANF 등의 공적부조, 자녀 양육비, 사회보장 또는 VA 수당)

소득 종류: 사본 포함 (최근 3개월분)	이름 신청 본인	이름	이름	이름

법원에서 명령한 아동양육비를 지불합니까?  예  아니요 월 금액: \$

	Barcode label	 14417
--	---------------	--

**가용 자산**

\$1,000,000.00 이상의 가용 자산을 보유하고 계십니까?  예  아니요  
 다음을 가용 자산으로 취급할 수 있습니다. 현금, 은행 계좌, 주식/채권, 투자 계좌, 부동산 투자.

**부모/보호자의 활동 일정**

신청인		배우자 또는 다른 한쪽 부모/보호자
활동 (직업, 학교, WORFIRST 활동) 활동시간을 오전/오후로 표시해 주십시오.		활동 (직업, 학교, WORFIRST 활동) 활동시간을 오전/오후로 표시해 주십시오.
월요일	직장에서의 근무, 학교, WORKFIRST 활동 일정?	직장에서의 근무, 학교, WORKFIRST 활동 일정?
화요일		
수요일		
목요일		
금요일		
토요일		
일요일		

귀하는 아동 양육 제공자가 있습니까?  예  아니요  
 보육 담당자 서명:  
 전화번호/주소:  
 사회복지결제시스템 (SSPS) 식별번호:  
**가족, 친구, 이웃 제공자를 이용하시려면 자녀 양육비 보조금에 문의하십시오**  
 자녀 양육 시작일:  
**신청인:** 아동 양육 제공자 시설로부터 귀하의 활동 장소 (직장, 학교 등)까지 이동하는데 얼마나 걸립니까?  
  
**기타 부모/보호자:** 아동 양육 제공자 시설로부터 귀하의 활동 장소 (직장, 학교 등)까지 이동하는데 얼마나 걸립니까?

### 자녀의 활동 일정

추가 자녀의 경우 별도의 용지에 정보를 적어 제출하십시오.

자녀의 이름	학교 일정 (정확한 요일과 시간)	탁아서비스 일정 (정확한 요일과 시간)

귀하의 취학 연령 자녀에게 학교 수업 시나 여름 방학 동안에 탁아 서비스가 필요합니까?  예  아니요  
 장애아동이 있습니까?  예  아니요

**예라고 답변하셨다면 844-626-8687로 전화하여 자녀 양육비 보조금에 특수 요구 급여에 대한 정보를 문의하십시오.**

### 심의회 요청 권리 WAC 110-15-0280

본 결정에 동의하지 않으실 경우, 본 사무실에 연락하시거나 Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489로 서면으로 연락하여 심의회를 요청하실 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 10 일 전에 신청해야 합니다, 또는
- 이 서신을 받은 날짜로부터 90 일 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, 5년간 자녀 양육 혜택 수령 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.