



CCS Central 2
PO Box 346031
Bethesda, MD 20827

회신: 아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 신청서

신청자분께:

저희 아동보호 장학금(Child Care Scholarship)은 메릴랜드 규정 코드(COMAR 13A.14.06)에서 규정된 가족의 수입 및 필요에 따라 지원 대상이 되는 가정의 아동에게 제공됩니다.

동봉된 신청서를 작성하여 필요한 모든 서류와 함께 저희에게 회신해 주시기 바랍니다. 신청서에 나와 있는 모든 질문에 대해 주시고 공간을 작성해 주시기 바랍니다. 신청서를 모두 작성하여 필요한 모든 서류와 함께 제출해주시면 신속하게 처리됩니다. 신청서를 작성 완료하지 않으시거나, 필요한 서류가 누락된 경우, 신청서 처리에 최대 30일까지 소요될 수 있으며, 거부될 수도 있습니다.

신청서에서 섹션 2에 **생년월일** 및 **연락 전화번호**를 기입해 주십시오. 이 정보를 사용하여 CCS Central 2의 자동 전화 메뉴에서 귀하의 케이스 상세 내용에 액세스하실 수 있습니다.



신청서를 작성 완료하시려면 **반드시** 모든 가족 구성원의 정보를 보내주셔야 합니다. 여기에는 본인과 배우자, 또는 귀하의 가정에 있는 자녀의 다른 부모가 포함됩니다.

이 체크리스트를 사용하여 신청서 작성이 완료되었는지 확인하십시오.

- 이메일 주소 필수 제공
- 최근 연속된 사(4)주 동안의 급여 명세서(매주 4회, 2주 2회)
- 신분 증명(예: 운전면허증, 출생증명서, 정부 발행 신분증)
- 고용주 또는 학교의 레터 마크가 박힌 전용 편지지에 작성된 활동 증명서(예: 근무, 교육 또는 직업훈련)
- 기타 모든 수입 증명
- 아동 지원 협력 또는 지급 증명
- 주소 증명(예: 유틸리티 청구서, 리스)
- 가정 내 모든 자녀의 출생 증명서
- 비공식 혈연 돌봄 전용 - 부양자와 아동의 관계 증명서

귀하가 자격을 충족하는 경우, 장학금이 발행되며, 자금을 사용할 수 있게 됩니다. 메릴랜드주 교육부(MSDE)는 센터 돌봄, 가족 아동 보호 및 비공식 돌봄에 대한 비용을 지급합니다. CCS Central 2은 다른 유형의 돌봄을 설명해줄 수 있으며, 아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 프로그램에 대한 모든 질문에 답변해드릴 수 있습니다. 1-877-227-0125로 연락해 주십시오.

감사합니다.

CCS Central 2
 1-877-227-0125

아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 프로그램과 관련하여 사기가 의심되시는 경우, Reportccsfraud.org으로 신고해 주십시오

이 지침을 읽어보시면 신청서 작성에 도움이 될 것입니다.

모든 질문에 답변하셔야만 합니다.

섹션 1 일반 정보

신청서 유형:

- “신규(New)” 신청서는 현재 아동보호 보조금(Child Care Subsidy, CCS)을 받지 않는 분이나 신청을 거부당한 후 최신 정보로 다시 신청하시는 분을 위한 것입니다.
- “재결정(Redetermination)”은 현재 보조금 지원을 받는 분들께서 최소 12 개월에 한 번씩 작성해야 합니다.

돌봄의 부양자 유형:

- “공식(Formal)” 부양자는 메릴랜드 주법으로부터 라이선스를 받거나 규정되는 보육 시설(Child Care Center) 또는 가정 보육 시설(Family Child Care Home)을 말합니다. CCS 프로그램 자금을 수령하는 공식 부양자는 메릴랜드 EXCELS 프로그램에 참여해야만 합니다.
- “비공식(Informal)” 부양자는 메릴랜드법에 따라 라이선스를 받지 않았으며 1) 혈연 돌봄 2) 비혈연 가정 내 돌봄으로 제한됩니다. 혈연 돌봄을 선택하시는 경우, 해당 관계는 증조부모, 조부모, 이모, 고모, 삼촌, 외삼촌 또는 해당 아동의 집에 거주하지 않는 18 세 이상의 순위 형제자매가 됩니다. 관계 증명서는 신청서와 함께 제출하셔야 합니다. 비공식 부양자를 선택하시는 경우, 해당하는 신청 패키지에 추가 양식이 포함되어야 하며, 비공식 부양자로 승인되기 전에 작성 완료하셔야 합니다. 비공식 부양자로 승인될 때까지 비공식 장학금은 지급되지 않습니다. 추가 양식에 대해서는 CCS Central 2, 1-877-227-0125 번으로 전화하시기 바랍니다.

섹션 2 신청자 정보

집 주소가 있는 카운티:

- 볼티모어 시에 거주하시는 경우 “City”를 입력하십시오.

양식에 입력하신 생년월일 및 연락 전화번호를 적어주시기 바랍니다. 이 정보는 자동 전화 시스템에서 케이스 정보에 액세스하시는 데 필요한 정보입니다. 아동보호 보조금(CCS) 자격이 결정된 경우, 당사자 ID 가 할당되고, 자동 전화 시스템에 향후 액세스할 수 있도록 우편으로 보내집니다.

섹션 3 돌봄 필요 정보

아동보호 지원이 필요한 이유를 확인할 수 있도록 이 섹션에 있는 모든 질문에 대해 주십시오.

섹션 4 아동 정보

- 이 섹션에서는 가정 내에 아동보호가 필요한 13 세 이하의 아동 각각에 대해 질문에 답변하시기 바랍니다.
- 가정 내에 아동이 3 명 이상인 경우, 이 섹션을 추가로 복사하여 정보를 입력하시기 바랍니다.
- **나열된 가정 내 모든 아동에 대해 출생 증명서를 첨부하셔야 합니다.**

아동 지원을 신청하지 않을 “정당한 이유”로는 신청으로 인해 아동 및 아동과 함께 거주하는 대상자에게 심각한 신체적 또는 감정적 위해를 가져올 경우, 아동의 입양이 논의 중이거나 진행 중인 경우 또는 아동이 간간 또는 근친상간으로 인해 태어난 경우 등이 포함될 수 있습니다. 해당 아동에 대해 아동 지원을 신청하지 않았으며, “정당한 이유”가 있는 경우, **CCS Central 2, 1-877-227-0125 번으로 전화하여** 정정 양식을 요청하시기 바랍니다.

섹션 5 그 외 가정 내 구성원

섹션 4 의 아동 정보에 아동으로 기입되지 않은 가정 내 모든 구성원에 대해 이 섹션의 질문에 답하시기 바랍니다. 가정 내에 구성원이 4 명 이상인 경우, 이 섹션을 추가로 복사하여 정보를 입력하시기 바랍니다.

섹션 6 활동 정보

섹션 5 에 나와 있는 그 외 가정 내 구성원으로 기입된 각 가정 내 구성원에 대해 질문 1 의 대답이 “예”인 경우, 이 섹션의 각 활동에 대한 질문에 답하시기 바랍니다. 선택한 “활동 유형”이 각 활동 상자에 입력된 “조직의 이름(Name of the Organization)”과 관련이 있습니다.

총 이동 시간은 부양자가 활동을 위해 왕복하는 데 걸리는 시간을 계산하는 것입니다. 1 일 당 2 시간을 초과할 경우에는 추가 설명이 필요합니다. 이동 시간은 “활동 시간(Activity Hours)”이 제출되지 않는 이상, 인정되지 않습니다.

활동 시간을 시작 시간과 종료 시간으로 입력:

| 월요일 | 화요일 |
|-----------------|------------------|
| 오전 8 시에서 오후 5 시 | 오전 10 시에서 오후 3 시 |

가정 내에 구성원 활동이 4 개 이상인 경우, 이 섹션을 추가로 복사하여 정보를 입력하시기 바랍니다.

“고용(Employment)” 관련 모든 활동에 대해, 회사의 레터 헤드 가 있는 용지에 고용주가 근무 시간을 확인해주는 레터를 첨부하여야 합니다.

“교육(Education)” 또는 “훈련(Training)” 관련 모든 활동에 대해 학교 레터 헤드 가 있는 용지에 교육 날짜 및 시간을 확인하는 학교/훈련 일정 사본을 첨부해야 합니다.

섹션 7 아동 돌봄 일정

섹션 6 활동 정보에 나와 있는 활동에 따라 아동 돌봄에 필요한 날짜와 시간에 대해 이 섹션에 나와 있는 모든 질문에 답하시기 바랍니다.

아동 돌봄에 필요한 시간을 시작 시간과 종료 시간으로 입력:

| 월요일 | 화요일 |
|-----------------|------------------|
| 오전 8 시에서 오후 5 시 | 오전 10 시에서 오후 3 시 |

섹션 8 수입 정보

섹션 5 에 나와 있는 기타 가정 내 구성원으로 기입된 모든 가정 내 구성원 수입에 대해 이 섹션의 모든 질문에 답하시기 바랍니다. 가정 내에 구성원 수입 유형이 4 가지 이상인 경우, 이 섹션을 추가로 복사하여 정보를 입력하시기 바랍니다.

“총 수입(Gross Income)”은 세금 공제 전 기준으로 지급 받는 총 금액 또는 본인이 버는 총 금액입니다.

신청자, 배우자, 그 외 가정 내 부모, 성인 및 미성년 자녀에 대한 물리적 양육권을 보유한 배우자의 최근 4 주 동안 총 수입(매주 4 회 또는 2 주 2 회 급여 명세서)를 증명으로 첨부해야 합니다.

| | |
|---|---|
| 메릴랜드 주 교육부/아동보호국 아동보호 보조금(Child Care Subsidy) 프로그램 아동보호를 위한 신청서/재결정 | 반송: CCS Central 2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827 |
|---|---|

신청서 작성에 도움이 필요하신 경우에는 CCS Central 2, 1-877-227-0125 번으로 전화하십시오

| | |
|-------------------|--|
| 섹션 1 일반 정보 | |
| 신청서 유형: | <input type="checkbox"/> 신규(New) <input type="checkbox"/> 재결정(Redetermination) |
| 돌봄의 부양자 유형: | <input type="checkbox"/> 공식(Formal) <input type="checkbox"/> 비공식 혈연 돌봄(Informal Relative Care): <i>혈연의 이름과 관계 필수</i> <input type="checkbox"/> 비공식 비혈연의 가정 내 아동 돌봄 |

| | |
|---|---|
| 섹션 2 신청자 정보 | |
| 성명(성, 이름): | 사회보장번호(SSN) (<i>선택사항</i>): |
| 생년월일(DOB): <i>MM/DD/YYYY</i> | 성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 결혼 상태: <input type="checkbox"/> 미혼/결혼 경력 없음 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 사별 |
| 인종: <i>아래 선택사항 참조</i> | 히스패닉/라틴계입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 가정 내에서 사용하는 1차 언어: |
| 미국 시민: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 외국인 상태(미국 시민이 아닌 경우): <i>아래 선택사항 참조</i> | 현직 군인 신분입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 선택사항 인종: | 선택사항 외국인 상태: |
| <ul style="list-style-type: none"> • 미국계 인디언 또는 알래스카 네이티브 • 아시아계 • 흑인 또는 아프리카계 미국인 • 네이티브 하와이안 또는 태평양 아일랜드어 • 백인 | <ul style="list-style-type: none"> • 영주권자 • 망명자 • 조건부 입국이 허용된 외국인 • 가석방자(1년 이상) • 추방이 유예된 외국인 |
| <ul style="list-style-type: none"> • 난민 • 가정폭력 피해 외국인 배우자, 아동 또는 아동의 부모 • 미등록자 • 합법적으로 공인된 외국인의 자녀 | |
| 집 주소: Street Apt Number City State Zip Code County | |
| 우편물 주소(집 주소와 다른 경우): Street City State Zip Code | |
| 연락 전화번호: | 그 외 연락 전화번호: 이메일 주소: |
| 본인과 한 집에 살지 않는 아동의 자녀 양육비를 지급하십니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 한부모입니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 미성년 부모입니까(18세 미만)? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| SNAP(푸드 스탬프)를 받습니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 주택 보조금을 받습니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |

| | |
|---|---|
| 섹션 3 돌봄 필요 정보 | |
| 1. 임시 현금 지원(Temporary Cash Assistance, TCA)을 받습니까? | 예 아니요 절대 아니요 예인 경우, 시작일: |
| 2. TCA는 보호 중인 아동만을 위한 것입니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 3. 가정 구성원은 총 몇 명입니까? | 명수: |
| 4. 연간 총수입은 얼마입니까? | 달러 총액: |
| 5. 어떤 활동을 합니까? | <input type="checkbox"/> 구직/근무 <input type="checkbox"/> 커뮤니티 서비스 <input type="checkbox"/> 공립학교(초등, 중등 또는 고등) <input type="checkbox"/> 대학(학부) |
| 6. 생물학적 자녀는 아니지만 혈연 관계인 아동의 아동보호 지원(Child Care Assistance)을 원하십니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 7. 현재 양육권이 있는 혈연 관계의 아동은 몇 명입니까? | 명수: |
| 8. 본인 또는 가정 내 누구든 보충적 보장소득(Supplemental Security Income, SSI)을 받고 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 9. 본인의 책임 하에 있는 아동 중 장애가 있는 아동이 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 10. 현재 홈리스입니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 11. 백만 달러 가치의 자산을 보유하고 계십니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |

| 섹션 4 아동 정보 | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| 아동 1 | 성명(성, 이름): | 성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 | 생년월일(DOB): MM/DD/YYYY | SSN (선택사항): | |
| | 인종: <i>아래 선택사항 참조</i> | 히스패닉/라틴계입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 미국 시민: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 외국인 상태(미국 시민이 아닌 경우): <i>아래 선택사항 참조</i> | |
| | 선택사항 인종: | <ul style="list-style-type: none"> 미국계 인디언 또는 알래스카 네이티브 아시아계 흑인 또는 아프리카계 미국인 네이티브 하와이안 또는 태평양 아일랜드어 백인 | 선택사항 외국인 상태: | <ul style="list-style-type: none"> 영주권자 망명자 조건부 입국이 허용된 외국인 가석방자(1년 이상) 추방이 유예된 외국인 | <ul style="list-style-type: none"> 난민 가정폭력 피해 외국인 배우자, 아동 또는 아동의 부모 미등록자 합법적으로 공인된 외국인의 자녀 |
| | 1. 이 아동이 보충적 보장소득(SSI)을 받고 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |
| | 2. 아동과 본인의 관계는 어떻게 됩니까? | | | | |
| | 3. 아동에게 장애가 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |
| | 4. 아동이 사회보장 혜택을 받고 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |
| | 5. 이 아동에 대해 아동 지원을 신청하시겠습니까? | | | | |
| | 6. 이 아동은 아동 지원을 받고 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |
| | 7. 이 아동의 부재 부모의 이름은 무엇입니까? | | | | |
| 8. 이 아동이 헤드스타트(Head Start) 프로그램을 받고 있습니까? 예 아니요 예인 경우, 시작일은 어떻게 됩니까? | | | | | |
| 9. 비공식 혈연 돌봄(Informal Relative Care)을 사용할 경우, 부양자와 아동의 관계는 어떻게 됩니까? <i>관계</i> | | | | | |
| 아동 2 | 성명(성, 이름): | 성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 | 생년월일(DOB): MM/DD/YYYY | SSN (선택사항): | |
| | 인종: <i>위 선택사항 참조</i> | 히스패닉/라틴계입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 미국 시민: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 외국인 상태(미국 시민이 아닌 경우): <i>위 선택사항 참조</i> | |
| | 1. 이 아동이 보충적 보장소득(SSI)을 받고 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |
| | 2. 아동과 본인의 관계는 어떻게 됩니까? | | | | |
| | 3. 아동에게 장애가 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |
| | 4. 아동이 사회보장 혜택을 받고 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |
| | 5. 이 아동에 대해 아동 지원을 신청하시겠습니까? | | | | |
| | 6. 이 아동은 아동 지원을 받고 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |
| | 7. 이 아동의 부재 부모의 이름은 무엇입니까? | | | | |
| | 8. 이 아동이 헤드스타트(Head Start) 프로그램을 받고 있습니까? 예 아니요 예인 경우, 시작일은 어떻게 됩니까? | | | | |
| 9. 비공식 혈연 돌봄(Informal Relative Care)을 사용할 경우, 부양자와 아동의 관계는 어떻게 됩니까? <i>관계</i> | | | | | |
| 아동 3 | 성명(성, 이름): | 성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 | 생년월일(DOB): MM/DD/YYYY | SSN (선택사항): | |
| | 인종: <i>위 선택사항 참조</i> | 히스패닉/라틴계입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 미국 시민: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 외국인 상태(미국 시민이 아닌 경우): <i>위 선택사항 참조</i> | |
| | 1. 이 아동이 보충적 보장소득(SSI)을 받고 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |
| | 2. 아동과 본인의 관계는 어떻게 됩니까? | | | | |
| | 3. 아동에게 장애가 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |
| | 4. 아동이 사회보장 혜택을 받고 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |
| | 5. 이 아동에 대해 아동 지원을 신청하시겠습니까? | | | | |
| | 6. 이 아동은 아동 지원을 받고 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |
| | 7. 이 아동의 부재 부모의 이름은 무엇입니까? | | | | |
| | 8. 이 아동이 헤드스타트(Head Start) 프로그램을 받고 있습니까? 예 아니요 예인 경우, 시작일은 어떻게 됩니까? | | | | |
| 9. 비공식 혈연 돌봄(Informal Relative Care)을 사용할 경우, 부양자와 아동의 관계는 어떻게 됩니까? <i>관계</i> | | | | | |

섹션 5 그 외 가정 내 구성원

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| 가정 내 구성원 1 | 성명(성, 이름): | 성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 | 생년월일(DOB): MM/DD/YYYY | SSN (선택사항): | |
| | 인종: <i>아래 선택사항 참조</i> | 히스패닉/라틴계입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 미국 시민: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 외국인 상태(미국 시민이 아닌 경우): <i>아래 선택사항 참조</i> | |
| | 선택사항 인종: <ul style="list-style-type: none"> •미국제 인디언 또는 알래스카 네이티브 •아시아계 •흑인 또는 아프리카계 미국인 •네이티브 하와이안 또는 테평양 아일랜드 •백인 | 선택사항 외국인 상태: <ul style="list-style-type: none"> •영주권자 •망명자 •조건부 입국이 허용된 외국인 •가석방자(1년 이상) •추방이 유예된 외국인 | <ul style="list-style-type: none"> •납민 •가정폭력 피해 외국인 배우자, 아동 또는 아동의 부모 •미등록자 •합법적으로 공인된 외국인의 자녀 | | |
| | 현재 군인 신분입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 1 차 언어: | 신청자와의 관계: <i>아래 선택사항 참조</i> | | |
| | 신청자와의 관계 선택사항: <ul style="list-style-type: none"> •입양 자녀 •생물학적 자녀 •형제자매 •의붓자녀 | <ul style="list-style-type: none"> •사촌 •수양 자녀 •손주/중손주 •조카 | <ul style="list-style-type: none"> •피보호자(Ward) •기타(혈연) •기타(비혈연) | | |
| | 1. 가정 내 구성원이 아동 돌봄을 어렵게하는 활동을 하고 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |
| 2. 가정 내 구성원에게 근로 소득 또는 불로 소득이 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | | |
| 3. 가정 내 구성원이 아동 돌봄을 하지 못하게 만드는 상황이 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | | |

| | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|--|
| 가정 내 구성원 2 | 성명(성, 이름): | 성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 | 생년월일(DOB): MM/DD/YYYY | SSN (선택사항): | |
| | 인종: <i>위 선택사항 참조</i> | 히스패닉/라틴계입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 미국 시민: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 외국인 상태(미국 시민이 아닌 경우): <i>위 선택사항 참조</i> | |
| | 현재 군인 신분입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 1 차 언어: | 신청자와의 관계: <i>위 선택사항 참조</i> | | |
| | 1. 가정 내 구성원이 아동 돌봄을 어렵게하는 활동을 하고 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |
| | 2. 가정 내 구성원에게 근로 소득 또는 불로 소득이 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |
| | 3. 가정 내 구성원이 아동 돌봄을 하지 못하게 만드는 상황이 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |

| | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|--|
| 가정 내 구성원 3 | 성명(성, 이름): | 성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 | 생년월일(DOB): MM/DD/YYYY | SSN (선택사항): | |
| | 인종: <i>위 선택사항 참조</i> | 히스패닉/라틴계입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 미국 시민: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 외국인 상태(미국 시민이 아닌 경우): <i>위 선택사항 참조</i> | |
| | 현재 군인 신분입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 1 차 언어: | 신청자와의 관계: <i>위 선택사항 참조</i> | | |
| | 1. 가정 내 구성원이 아동 돌봄을 어렵게하는 활동을 하고 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |
| | 2. 가정 내 구성원에게 근로 소득 또는 불로 소득이 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |
| | 3. 가정 내 구성원이 아동 돌봄을 하지 못하게 만드는 상황이 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |

| | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|--|
| 가정 내 구성원 4 | 성명(성, 이름): | 성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 | 생년월일(DOB): MM/DD/YYYY | SSN (선택사항): | |
| | 인종: <i>위 선택사항 참조</i> | 히스패닉/라틴계입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 미국 시민: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 외국인 상태(미국 시민이 아닌 경우): <i>위 선택사항 참조</i> | |
| | 현재 군인 신분입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 1 차 언어: | 신청자와의 관계: <i>위 선택사항 참조</i> | | |
| | 1. 가정 내 구성원이 아동 돌봄을 어렵게하는 활동을 하고 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |
| | 2. 가정 내 구성원에게 근로 소득 또는 불로 소득이 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |
| | 3. 가정 내 구성원이 아동 돌봄을 어렵게 만드는 상황에 있습니까? | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | |

섹션 6 활동 정보

| | | | | | | |
|---------|---|---|--------------------------|-------|----------|--|
| 활동 1 | 신청자/가정 내 구성원 이름(섹션 2 또는 5): | | 활동 유형: <i>아래 선택사항 참조</i> | | | |
| | 선택사항 활동 유형: <ul style="list-style-type: none"> •구직 •커뮤니티 서비스 •교육 | <ul style="list-style-type: none"> •교육 •훈련 •FIA 개인 책임 플랜 | | | | |
| | 조직 이름: | | 조직 전화번호: | | | |
| | 조직 주소: | Street | City | State | Zip Code | |

| | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | 기준이 있는 활동 일정이 없는 경우 주당 총 시간 입력: | | | | 부양자에게서 활동까지 왕복시간 입력: | | | |
| | 활동 시간 | 일요일 다음까지 | 월요일 다음까지 | 화요일 다음까지 | 수요일 다음까지 | 목요일 다음까지 | 금요일 다음까지 | 토요일 다음까지 |
| 활동 2 | 신청자/가정 내 구성원 이름(섹션 2 또는 5): | | | | 활동 유형: 위 선택사항 참조 | | | |
| | 조직 이름: | | | | 조직 전화번호: | | | |
| | 조직 주소: Street | | City | | State | | Zip Code | |
| | 기준이 있는 활동 일정이 없는 경우 주당 총 시간 입력: | | | | 부양자에게서 활동까지 왕복시간 입력: | | | |
| 활동 시간 | 일요일 다음까지 | 월요일 다음까지 | 화요일 다음까지 | 수요일 다음까지 | 목요일 다음까지 | 금요일 다음까지 | 토요일 다음까지 | |
| 활동 3 | 신청자/가정 내 구성원 이름(섹션 2 또는 5): | | | | 활동 유형: 위 선택사항 참조 | | | |
| | 조직 이름: | | | | 조직 전화번호: | | | |
| | 조직 주소: Street | | City | | State | | Zip Code | |
| | 기준이 있는 활동 일정이 없는 경우 주당 총 시간 입력: | | | | 부양자에게서 활동까지 왕복시간 입력: | | | |
| 활동 시간 | 일요일 다음까지 | 월요일 다음까지 | 화요일 다음까지 | 수요일 다음까지 | 목요일 다음까지 | 금요일 다음까지 | 토요일 다음까지 | |
| <p>“고용(Employment)” 관련 모든 활동에 대해, 회사의 레터 헤드가 있는 용지에 고용주가 근무 시간을 확인해주는 레터를 첨부하여야 합니다. “교육(Education)” 또는 “훈련(Training)” 관련 모든 활동에 대해 학교 레터 헤드가 있는 용지에 교육 날짜 및 시간을 확인하는 학교/훈련 일정 사본을 첨부해야 합니다.</p> | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--|
| 섹션 7 아동 돌봄 일정(Child Care Schedule) | | | | | | | | |
| 학령 아동: 돌봄 일정이 제공되지 않은 경우, 아동은 한 단위의 장학금(주당 15 시간)을 받을 수 있습니다. | | | | | | | | |
| 기준이 있는 아동 돌봄 일정이 없는 경우, 주당 총 시간을 입력해주세요: | | | | | | | | |
| 본인의 활동에 기반하여 아동 돌봄이 필요한 구체적인 요일 및 시간은 어떻게 됩니까? | | | | | | | | |
| 아동 1 | 일요일 다음까지 | 월요일 다음까지 | 화요일 다음까지 | 수요일 다음까지 | 목요일 다음까지 | 금요일 다음까지 | 토요일 다음까지 | |
| 기준이 있는 아동 돌봄 일정이 없는 경우, 주당 총 시간을 입력해주세요: | | | | | | | | |
| 본인의 활동에 기반하여 아동 돌봄이 필요한 구체적인 요일 및 시간은 어떻게 됩니까? | | | | | | | | |
| 아동 2 | 일요일 다음까지 | 월요일 다음까지 | 화요일 다음까지 | 수요일 다음까지 | 목요일 다음까지 | 금요일 다음까지 | 토요일 다음까지 | |
| 기준이 있는 아동 돌봄 일정이 없는 경우, 주당 총 시간을 입력해주세요: | | | | | | | | |
| 본인의 활동에 기반하여 아동 돌봄이 필요한 구체적인 요일 및 시간은 어떻게 됩니까? | | | | | | | | |
| 아동 3 | 일요일 다음까지 | 월요일 다음까지 | 화요일 다음까지 | 수요일 다음까지 | 목요일 다음까지 | 금요일 다음까지 | 토요일 다음까지 | |

섹션 8 수입 정보

| | | |
|---|---|--|
| 수입 1 | 수입이 있는 가정 내 구성원 성명: | 수입 유형: 아래 선택사항 참조 |
| | 선택사항 수입 유형: <ul style="list-style-type: none"> ●이혼 수당 ●군인 급여 ●자녀 양육비 - 법원 명령 ●자녀 양육비 - 자발적 ●SS 혜택 | <ul style="list-style-type: none"> ●SSI ●자영업 총액 ●TCA ●팁/수수료 급여 ●실업 급여 |
| | 가정 내 구성원의 수입 빈도가 어떻게 됩니까? | 가정 내 구성원이 지급 시마다 받는 총 수입(\$): |
| | 수입이 양육비인 경우, 이를 지급하는 부재 부모의 성명은 무엇입니까? | |
| 수입 2 | 수입이 있는 가정 내 구성원 성명: | 수입 유형: 위 선택사항 참조 |
| | 가정 내 구성원의 수입 빈도가 어떻게 됩니까? | 가정 내 구성원이 지급 시마다 받는 총 수입(\$): |
| | 수입이 양육비인 경우, 이를 지급하는 부재 부모의 성명은 무엇입니까? | |
| 수입 3 | 수입이 있는 가정 내 구성원 성명: | 수입 유형: 위 선택사항 참조 |
| | 가정 내 구성원의 수입 빈도가 어떻게 됩니까? | 가정 내 구성원이 지급 시마다 받는 총 수입(\$): |
| | 수입이 양육비인 경우, 이를 지급하는 부재 부모의 성명은 무엇입니까? | |
| 수입 4 | 수입이 있는 가정 내 구성원 성명: | 수입 유형: 위 선택사항 참조 |
| | 가정 내 구성원의 수입 빈도가 어떻게 됩니까? | 가정 내 구성원이 지급 시마다 받는 총 수입(\$): |
| | 수입이 양육비인 경우, 이를 지급하는 부재 부모의 성명은 무엇입니까? | |
| 신청자, 배우자, 그 외 가정 내 부모, 미성년 부모의 부모, 성인 및 미성년 자녀에 대한 물리적 양육권을 보유한 배우자의 최근 4 주동안 총 수입 증명서를 첨부하십시오. | | |

귀하의 신청서를 통해 귀하가 혜택 및 서비스 지원 대상인지 여부를 알 수 있습니다. 이 혜택은 공공 비용으로 지급되기 때문에 반드시 정확한 정보를 제공하여야 합니다. 이는 공공기관 및 민간기관, 사업체를 통해 확인될 수 있습니다. 이 신청서에 기재한 내용에 변경 사항이 있는 경우, 그로부터 10일 이내에 이를 보고해야 합니다. 고의로 거짓 정보를 제공하거나, 고의로 변경 사항 보고를 하지 않는 경우, 자격 박탈의 대상이 되며, 아래와 같은 처벌을 받게 될 수 있습니다.

섹션 8- 메릴랜드 주식식 법전(Annotated Code) 형법조항 504 내용:

- (a) 필요에 따른 사회, 건강 또는 영양 프로그램 기반 또는 메릴랜드주가 전체 또는 부분을 재정적 지원하고, 주 또는 정치적 하부구조에서 관리 집행하는 현금, 부동산, 푸드 스탬프, 메디케어 또는 기타 본인에게 자격이 주어지지 않은 지원을 기만적으로 획득 또는 획득하려 시도하거나 타인의 이런 기만적 획득을 돕는 사람은 경범죄 대상이 됩니다. 본 섹션의 목적에 따라 사기에는 다음이 포함됩니다.
 - (1) 고의로 거짓 진술하거나 진정합니다
 - (2) 고의로 가정 또는 재정적 조건의 중요 변경 사항을 공개하지 않습니다
 - (3) 다른 사람인 척 가장합니다
- (b) 유죄 판결 시, 지급 액수 및 지급 받은 방법에 대한 질문 기회 제공 및 통지 이후, 해당 본인은 불법적으로 받은 현금, 부동산, 푸드스탬프, 메디케어 또는 기타 지원 또는 이에 상응하는 가치를 전액 반환해야 하며, 1,000 달러 이하의 벌금이나 3년 이하의 징역 또는 벌금 및 징역에 처해지게 됩니다.

정보 공개 동의:

본인은 메릴랜드주 교육부 아동보호 지원국(MSDE/CCS), 메릴랜드주 인사과 감찰국(DHR/OIG) 또는 그 어떤 MDSE의 권한을 위임 받은 자로부터 그 어떤 개인, 파트너십, 기업, 협회 또는 정부 기관이 본인의 CCS 혜택 자격 증명을 구성하기 위한 목적으로 유지하는 기록에 접촉, 검토 및 획득할 수 있도록 권한을 위임합니다. 여기에는 고용, 재정(은행 기록 포함), 학교/교육, 임대/주택 및 메릴랜드주 소득세 기록 등이 포함됩니다. 여기에 서명함으로써, 본인이 서명인이며, 본인은 본 정보 공개에 동의할 권한이 있으며, MSDE/CCS가 이메일 및/또는 텍스트 메시지로 프로그램 정보를 제공하는 것을 허용합니다. 본 양식의 사본은 원본과 동일한 효력을 가집니다.

| | |
|---|----|
| 부모 성명 정자체 | 날짜 |
| 부모 서명 | 날짜 |
| 기타 부모 성명(가정 내 부모/배우자 또는 미성년 자녀의 부모) 정자체 | 날짜 |
| 기타 부모 서명(가정 내 부모/배우자 또는 미성년 자녀의 부모) | 날짜 |

서명 및 날짜가 없는 신청서는 반환됩니다.

신청자가 CCS Central 2 온라인 부모/부양자 포털을 통해 신청서를 제출한 경우, 전자 서명도 제출 가능합니다.

신청서 날짜는 제출 45일 이내여야 합니다. 재결정 종료일부터 45일 이전에는 재결정 서류를 제출하지 마십시오.

아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 프로그램과 관련하여 사기가 의심되시는 경우, Reportccsfraud.org 으로 신고해 주십시오