

메릴랜드 주 교육부/아동보호국 아동보호 장학금 (Child Care Scholarship) 프로그램 환경 변경 양식	반송지: CCS Central 2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827
--	---

이 양식을 작성하는 데 도움이 필요하시면, 877-227-0125로 CCS 중앙 센터 2에 연락해 주십시오.

섹션 1 일반 정보	
이름:	성:
당사자 ID:	생년월일(DOB): 월/일/년
사회보장번호(SSN) (선택사항):	연락 전화번호:
우편 주소:	거리명
	시
	주
	우편번호

섹션 2 보고된 변경 유형 <small>(필수, 적어도 한 개를 선택해야 합니다)</small>	
<input type="checkbox"/> 활동 증가	섹션 3 완료 서명, 날짜를 적고 및 지원 문서 첨부하기
<input type="checkbox"/> 가족 구성원에 추가된 아동	섹션 4를 완료 서명, 날짜를 적고 및 지원 문서 첨부하기
<input type="checkbox"/> 수입 손실 <input type="checkbox"/> 수입 증가(섹션 5의 SMI 차트 참조)	섹션 5 완료 서명, 날짜를 적고 및 지원 문서 첨부하기
<input type="checkbox"/> SSI 개시 <input type="checkbox"/> SSI 종료	섹션 6 완료 서명, 날짜를 적고 및 지원 문서 첨부하기
<input type="checkbox"/> 보류 중인 TCA 승인 <input type="checkbox"/> 보류 중인 TCA 거부 <input type="checkbox"/> TCA 종료	섹션 7 완료 서명, 날짜를 적고 및 지원 문서 첨부하기
<input type="checkbox"/> 이름 변경	섹션 8 완료 서명, 날짜를 적고 및 지원 문서 첨부하기

SSI - 보조적 수입 보장; TCA - 일시 현금 지원

섹션 3 활동 증가 보고							
가정 내 구성원 성명(섹션 1에서):	활동 유형: <small>아래 선택사항 참조</small>						
활동 유형 선택: <ul style="list-style-type: none"> • 구직 • 커뮤니티 서비스 • 교육 • 고용 • 훈련 • FIA 개인 책임 플랜 							
조직 이름:	조직 전화번호:						
조직 주소: 거리(street):	시:						
	주:						
	우편번호:						
표준 활동 일정이 없다면, 주당 총 시간을 입력하십시오:	각 주 총 출퇴근 시간은 얼마입니까? 시간: 분:						
활동 시간	일요일	월요일	화요일	수요일	목요일	금요일	토요일
	-	-	-	-	-	-	-
섹션 3에서 요구하는 문서 - 귀하는 활동 시간 증명 을 첨부해야 합니다(예: 급여 명세서, 학교 시간표, FIA 계획).							

섹션 4 가족 구성원으로 추가된 아동 보고

가족 구성원으로 추가된 아동에 대한 정보

알림 아동보호가 필요한 아동에 대한 아동지원 활동이 취해져야 하며 본 변경사항이 요청된 문서가 제공되어야 합니다.

성명(성, 이름):	성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성	생년월일(DOB): 월/일/년	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>
인종 선택: <ul style="list-style-type: none"> • 미국제 인디언 또는 알래스카 네이티브 • 아시아계 • 흑인 또는 아프리카계 미국인 • 네이티브 하와이안 또는 태평양 아일랜더 • 백인 	외국인 체류 상태 선택: <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 	
아동보호가 필요합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
1 이 아동이 보충적 보장수입(SSSI)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?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 아니라면, “정당한 이유”가 필요합니다. 1-866-243-8796으로 전화해 양식을 수정하십시오.	
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 헤드 스타트(Head Start) 프로그램을 받고 있습니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예인 경우, 시작일은 어떻게 됩니까? 월/일/년	

섹션 4에서 요구하는 문서 - 귀하는 아동의 출생 증명서와 해당 시, **후견인 증명서**, **SSI 확인 편지**, **사회 보장 수혜금 편지**, **양육비 확인**을 첨부해야 합니다. 1) 자발적; 2) 법원 명령; 3) “정당한 이유”; 또는 4) 양육비 증명

섹션 5 수입 변경 사항 보고

수입 변경 사항 또는 상실에 대한 정보

변경 유형	가정 내 구성원 성명	수입 유형 <i>(아래 선택사항 참조)</i>	신규 수입 액수 <i>(수의 변화만 해당)</i>
<input type="checkbox"/> 수입 손실 <input type="checkbox"/> 수입 증가, 아래 SMI 차트를 확인하십시오.			
수입 유형 선택: <ul style="list-style-type: none"> • 이혼 수당 • 군인 급여 • 자녀 양육비 - 법원 명령 • 자녀 양육비 - 자발적 	<ul style="list-style-type: none"> • SS 혜택 • SSI • 자영업 총액 • TCA 	<ul style="list-style-type: none"> • 팀/수수료 급여 • 실업 급여 • 퇴직군인 지원/혜택 • 임금/급여 	<ul style="list-style-type: none"> • 근로자 보상 • 기타

수입 증가 보고:

가족 규모 권리는 SMI 표를 참조하십시오.

귀하의 통합 가구 수입이 SMI의 85% 이상이라면, 이 양식을 제출하고 필요한 문서를 첨부하십시오.

귀하의 통합 가구 수입이 SMI의 85% 이하라면, 이 양식을 제출하지 마십시오. 재결정 기간 동안 수입 변경사항을 보고 바랍니다.

메릴랜드 주 중간 수입(SMI)의 85%

가족 규모	SMI의 85%
2	\$63,153
3	\$78,013
4	\$92,873
5	\$107,732
6	\$122,592
7	\$125,378

섹션 5에서 필요한 문서

수입 손실이 일어났다면, 귀하는 귀하의 마지막 적격성 결정 이후 각각의 이전 고용주에게 받은 별도 편지를 첨부해야 합니다. **통합 가족 수입이 위의 SMI 차트의 85% 이상으로 증가했다면**, 수입 증명을 첨부하십시오.

섹션 6 보조적 소득 보장(SSI) 변경	
아동의 성명 (이름, 성, 중간이름):	생년월일: 월/일/년
<input type="checkbox"/> SSI 개시	
<input type="checkbox"/> SSI 종료	
섹션 6에서 필요한 문서 - SSI 알림 편지 첨부하기	

섹션 7 임시 현금 지원(TCA) 변경	
<input type="checkbox"/> 보류 중인 TCA 승인	
<input type="checkbox"/> 보류 중인 TCA 거부	
<input type="checkbox"/> TCA 종료됨	
섹션 7에서 필요한 문서 보류 중인 TCA 승인: TCA 보상 알림 편지 첨부; 보류 중인 TCA 거부: 활동 시간 증명 첨부(예: 급여 명세서, 학교 시간표, FIA 계획); TCA 종료: 활동 증명(예: 급여 명세서, 학교 시간표, FIA 계획) 및 TCA 종료 알림 편지 첨부	

섹션 8 이름 변경	
이전 성명:	
새 성명:	효력일: 월/일/년
섹션 8에 필요한 문서 - 귀하의 법적 성명 변경 증명을 첨부해야 합니다.	

섹션 서명 9 및 날짜	
본인은 본인의 지식과 믿음에 따라 제공한 정보가 진실하고 정확함을 선서하며, 그렇지 않은 경우 위증죄의 처벌을 받을 수 있음을 알고 있습니다.	
서명 (필수)	날짜 (필수)
서명과 날짜가 적혀야 변경 요청은 처리됩니다. 전자식 서명은 허용되지 않습니다. 날짜는 제출 후 45일 안이어야 합니다.	

— 알림 —

모든 변경 사항은 본 환경 변경 양식을 사용하여 지원 문서를 제출하십시오.

보고된 변경 사항은 아동보호 중앙센터 2에서 모든 요구되는 문서를 수령 후 적용됩니다.