

	메릴랜드 주 교육부/아동보호국 아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 프로그램 상고 취하 요청서	반송: https://family.childcareportals.org/
--	---	---

행정심리사무국의 항변 요청을 취하하고 싶으시다는 통지를 받았습니다. 취하 요청서에 서명하시면 저희쪽에서 항변 요청을 취하할 수 있습니다. 본 양식에 서명하신 뒤 위 주소로 반송해 주십시오.

섹션 1 일반 정보	
이름:	성:
생년월일(DOB):	연락 전화번호:
사회보장번호(SSN) (선택사항):	

섹션 2 서명	
본 항목에 서명하여 본인은 행정심리사무국의 항변 요청을 취하하겠다는 의사를 표시합니다.	
서명	날짜
이 상고 취하 요청서는 서명 날인된 양식 없이 진행되지 않습니다.	

섹션 1 신청자(양육권 당사자) 일반 정보	
이름:	성:
생년월일(DOB):	연락 전화번호:
사회보장번호(SSN) (선택사항):	

섹션 2 비양육권 당사자					
이름:			성:		
사회보장번호(SSN) (선택사항):					
집 주소:	Street	Apt #	City	State	Zip Code

섹션 3 지불 금액	
지불한 금액:	빈도수:

섹션 4 아동들	
아동 1 성명:	아동 2 성명:
아동 3 성명:	아동 4 성명:

섹션 5 서명	
서명함으로써, 본인은 양육권 당사자에게 상기 기입된 금액을 지급하고 있으며, 본인은 현재 가정의 구성원이 아님을 분명히 합니다. 가족에 재합류하는 경우, 본인은 재검토를 위한 CCS 신청서에 서명하며, 본인의 수입 및 활동을 보고할 것입니다.	
비양육권 당사자 서명	날짜
서명함으로써, 본인은 비양육권 당사자로부터 상기 기입된 금액을 지급받고 있으며, 부재 부모가 현재 가정의 구성원이 아님을 분명히 합니다. 부재 부모가 가족에 재합류할 경우, 재검토에서 부재 부모는 CCS 신청서에 서명하고 수입 및 활동을 보고합니다.	
양육권 당사자 서명	날짜
자발적 양육비 합의서 처리를 위해서는 서명을 하여야 합니다.	

	메릴랜드 주 교육부/아동보호국 아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 프로그램 자영업 증명서	반송: https://family.childcareportals.org/
--	--	--

섹션 1 일반 정보	
이름:	성:
생년월일(DOB):	연락 전화번호:
사회 보장 번호 (선택사항):	회사명:

섹션 2 수입 (최근 3개월 수입을 제공하십시오). 수입 증명 첨부			
직업명:		EIN:	
월	총 지급액	수령일	근무한 시간
업무 일정: (일정이 불규칙한 경우, 주당 근무한 날짜의 수를 알려주십시오.)			
일일 근무 시간은 몇 시입니까? 예: 오전 9시 – 오후 5시:		다음 시간에도 근무합니까: ☐ 야간 ☐ 주말	
주당 근무한 시간:		지난 3개월 평균 근무 시간:	

섹션 3 증명
본인, _____,은 이로써 다음 정보를 증명합니다: 본인은 이 수입이 제 자영업 수입임을 증명합니다. 본인은 주 및 연방 자영업 납세의 의무를 지니고 있습니다. 본인은 손익을 실현할 잠재력이 있습니다. 본인의 지시에 따라 이 양식에서 제공한 정보는 진실하고 정확합니다. 본인이 제공한 정보가 참이 아니거나 정보를 보류하고 있다면, 합법적으로 사기 또는 위증죄의 처벌을 받을 수 있음 알고 있습니다. 또한 사기 또는 오류로 인해 발생한 모든 비용을 메릴랜드 주에 변제할 것입니다.

섹션 4 서명	
정보 공개 동의 본인은 본인의 아동보호 장학금 적격성을 결정하기 위해 아동보호 장학금 프로그램에 의해 승인되고 사용됨을 이해합니다.	
서명:	날짜:

	메릴랜드 주 교육부/아동보호국 아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 프로그램 장학금 연장 요청 양식	반송지: https://family.childcareportals.org/
--	---	---

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

섹션 2 바우처 정보			
바우처 연장이 필요한 아동			
아동 성명	아동 생년월일(DOB)	아동 사회보장 번호(SSN) (선택사항)	연장 시작일

섹션 3 활동 정보			
승인된 활동 세부사항			
가족 구성원 성명	활동	시작일	종료일
"고용(Employment)"인 활동에 대해 고용인이 인정한 레터를 첨부해야 합니다. "교육(Education)" 또는 "훈련(Training)"과 관련된 모든 활동에 대해 교육 날짜 및 시간을 확인하는 학교/훈련 일정 사본을 첨부해야 합니다.			

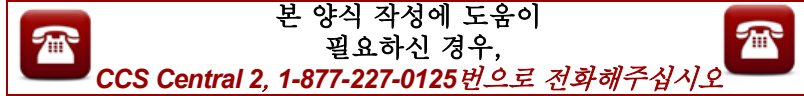
섹션 3 서명	
본인은 본인의 지식과 믿음에 따라 제공한 정보가 진실하고 정확함을 선서하며, 그렇지 않은 경우 위증죄의 처벌을 받을 수 있음을 알고 있습니다.	
서명	날짜
서명이 없는 장학금 연장 요청은 처리되지 않습니다.	

청문회 요청 - 아동보호 장학금



청문회 요청 방법은 어떻게 됩니까?

이 페이지 뒷면에 있는 양식을 작성하십시오. 양식을 CCS Central 2의 CCS 프로그램으로 보내 주십시오.



청문회 요청 기간은 얼마나 됩니까?

청문회는 통지를 받은 날로부터 **90일** 이내에 요청하여야 합니다.



청문회를 기다리는 동안에 아동보호 장학금을 받으려면 어떻게 해야 합니까?

가장 최근 통지 및 아동보호 장학금을 수령한 날로부터 **10일** 이내에 청문회를 요청받은 경우, 자격이 종료되지 않으면 서비스는 지속됩니다.



기다리는 동안 아동보호 장학금을 받게 되면, 부채가 생기는 것입니까?

예. 판사가 당국의 손을 들어 귀하가 항소에서 패하게 되면, 아동보호를 위해 지급받은 금액을 다시 반납하여야 합니다.



청문회는 언제 어디에서 열립니까?

행정심리사무국(Office of Administrative Hearings)에서 청문회 장소 및 시간을 알리는 통지를 전달할 것입니다.



청문회에 제가 참석해야 합니까?

예. 참석하지 않으면 패소하게 됩니다. 참석 불가능한 경우, 행정심리사무국(Office of Administrative Hearings), 전화 410-229-4100번으로 전화하면 청문회 일정 변경 등을 도와드립니다.



도움을 주거나 대변자와 함께 가도 됩니까?

예. 변호사, 친구 또는 친척이 동반할 수 있습니다. 무료 법률 지원을 받고 싶은 경우, 리걸 에이드(Legal Aid), 1-800-999-8904번으로 전화하십시오.



청문회 준비는 어떻게 할 수 있습니까?

CCS Central 2로 연락하여 본인과 함께 자격 결정을 검토하고 필요한 서류를 제출할 수 있는 담당자와 얘기하십시오.

	메릴랜드 주 교육부/아동보호국 아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 프로그램 청문회 요청 - 아동보호 장학금	반송: https://family.childcareportals.org/
--	--	--

이 양식 작성은 귀하의 서비스 관련 결정에 동의하지 않는 경우에만 하셔야 합니다.
아동보호 장학금 프로그램의 조치에 동의하지 않는 경우,
감독관과 그 이유에 대해 논의할 수 있습니다.
저희가 양식 작동을 도와드릴 수도 있으며, 1-877-227-0125번으로 연락하여 청문회 관련 도움을 요청하실 수 있습니다.

섹션 1 본인에 대한 정보를 제공해 주십시오 이 상자의 공간을 작성한 뒤 2-4 상자를 작성해 주십시오. 정자체로 작성해 주십시오.		
이름:		생년월일(DOB):
주소:		카운티:
시:	주:	우편번호:
연락 전화번호:		사회보장번호(SSN) (선택사항):

섹션 2 귀하의 아동보호 장학금(CCS) 프로그램 결정에 대해 항소하시겠습니까? 예, 아니요를 표시해 주십시오.
☐ 예, CCS 프로그램 결정에 항소하고 싶습니다.
☐ 아니요, CCS 프로그램 결정에 항소하지 않겠습니다.

섹션 3 청문회를 원하는 이유는 무엇입니까?
☐ 신청을 허용받지 못했습니다.
☐ 지원 받은 금액이 잘못됐습니다.
☐ 신청이 반려되었습니다.
☐ 지원이 부정확하게 유예, 감액 또는 종료되었습니다.
☐ 신청이 정확히 처리되지 않았습니.
☐ 본인이 받은 지원에 대해 반납해야 한다는 사실에 동의하지 않습니다.
☐ 필요한 서비스를 받지 못하고 있습니다.
이와 관련한 통지를 받으셨다면, 통지에 적힌 날짜는 어떻게 됩니까? MM/DD/YYYY
청문회를 원하는 이유는 무엇입니까? 어떤 일이 발생했는지 알려 주십시오.

섹션 4 서명	
본인은 통지 받은 날짜 및 혜택을 수령한 날짜로부터 10일 이내에 청문회를 요청해야 하며, 서비스 기간이 종료되지 않은 경우, 청문회를 기다리는 동안 혜택을 받을 수 있음을 이해합니다. 본인이 항소에 패하는 경우, 혜택에 해당하는 금액을 반환해야 할 수 있습니다.	
☐ 청문회를 기다리는 동안 혜택 받기를 원하지 않는 경우에는 여기에 체크해 주십시오.	
서명:	날짜:

메릴랜드 주 교육부/아동보호국 아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 프로그램 부양자 이사 장학금 요청 양식(Provider Move Scholarship Request Form)		반송: https://family.childcareportals.org/
---	--	--

섹션 1 일반 정보						
이름:			성:			
당사자 ID:			생년월일(DOB): <i>MM/DD/YYYY</i>			
사회보장번호(SSN) <i>(선택 사항)</i> :			연락 전화번호:			
주소:	Street	Apt #	City	State	Zip Code	County

섹션 2 장학금 정보			
신규 장학금이 필요한 아동			
아동 성명	아동 생년월일(DOB)	아동 사회보장 번호(SSN) <i>(선택 사항)</i>	신규 장학금 시작 날짜

섹션 3 부양자 정보	
부양자 이사 정보	
부양자 성명	부양자 새 주소

섹션 3 서명	
본인은 본인의 지식과 믿음에 따라 제공한 정보가 진실하고 정확함을 선서하며, 그렇지 않은 경우 위증죄의 처벌을 받을 수 있음을 알고 있습니다.	
서명	날짜
부양자 이사 장학금 요청 양식(Provider Move Scholarship Request Form) 처리를 위해서는 서명을 하여야 합니다.	

	메릴랜드 주 교육부/아동보호국 아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 프로그램 부양자 주소 변경 양식	반송: https://family.childcareportals.org/
--	---	--

섹션 1 일반 정보	
부양자 성명:	☐ 공식 부양자 ☐ 비공식 부양자
부양자 ID 번호:	연락 전화번호:

섹션 2 현재 지불 주소						
지불 주소:	Street	Apt #	City	State	Zip Code	County

섹션 3 새 지불 주소						
지불 주소:	Street	Apt #	City	State	Zip Code	County
변경사항 효력 발생일: MM/DD/YYYY						
공과금 청구서, 리스 계약서의 첫번째 페이지와 서명이 나온 페이지 또는 모기지 명세서 사본을 새 주소 증명으로 첨부해야 합니다.						

섹션 4 서명	
본인은 본인의 지식과 믿음에 따라 제공한 정보가 진실하고 정확함을 선서하며, 그렇지 않은 경우 위증죄의 처벌을 받을 수 있음을 알고 있습니다.	
부양자 서명:	날짜:
부양자 주소 변경 양식 처리를 위해서는 서명을 하여야 합니다.	

참고: 송장, 편지와 등 다른 서류의 우편물 주소를 변경해야 하거나 본인 시설의 위치가 변경된 경우에는 다음으로 연락해 주십시오.

- 라이선스 - 지역 라이선스 사무실로 연락하십시오. (라이선스 전문가의 최신 이메일 주소를 알고 있어야 합니다)
- 등록 가정 보육 부양자 - 지역 라이선스 사무실로 연락하십시오. (라이선스 전문가의 최신 이메일 주소를 알고 있어야 합니다)
- 비공식 부양자 - 아동보호 장학금 중앙위(Child Care Scholarship Central)로 연락하십시오. (CCS Centra 21이 귀하의 최신 이메일 주소를 알고 있도록 하십시오)

	메릴랜드 주 교육부/아동보호국 아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 프로그램 제공자 변경 양식	반송지: https://family.childcareportals.org/
--	--	---

섹션 1 일반 정보	
이름:	성:
당사자 ID:	생년월일(DOB): 월/일/년
사회보장번호(SSN) (선택사항):	연락 전화번호:

섹션 2 중단 제공자 정보	
귀하는 중단하는 각 제공자에 대해 각각의 제공자 변경 양식을 완료해야 합니다.	
변경사항 효력 발생일: 월/일/년	
중단하는 제공자 성명:	제공자 전화번호:
제공자 주소: 거리	아파트 # 시 주 우편번호
아동 성명	보호 중단일
	월/일/년
	월/일/년
	월/일/년
	월/일/년
	월/일/년
기억해야 할 사항: - 귀하가 중단할 아동보호 제공자에게 적어도 5일 전에 알려야 합니다. - 귀하는 중단한 아동보호 제공자에 대한 CCS 할당 고용인 부담 잔액이 있어서는 안 됩니다.	
이 문서에 서명하면 각 당사자는 제공자에게 고용인 부담금에 대한 채무가 없다는 것을 동의합니다. 제공자가 본 문서에 서명을 거부한다면, 부모는 아동보호 제공자에게 완납했다는 가장 최근 고용인 부담금 영수증을 첨부해야 합니다.	
부모 서명 날짜	중단 제공자 서명 날짜

섹션 3 새 제공자 정보 귀하는 새로 시작하는 각 제공자에 대해 각각 제공자 변경 양식을 완료해야 합니다. 참고: 새 장학금은 아무리 늦어도 보호 시작 날짜 또는 본 양식을 CCC 중앙기관에서 수령한 날부터 효력이 발생합니다.	
새 제공자 소개: ☐ 공식(허가받은) ☐ 비공식 (비공식 보호에 대한 양식이 필요하면 1-877-227-0125를 통해 CCS 중앙 기관에 연락해 주십시오.)	
아동 성명	보호 시작일
	월/일/년
	월/일/년
	월/일/년
	월/일/년
	월/일/년

섹션 4 임시 보호에 대한 장학금 요청 본 요청은 귀하의 제공자가 자발적으로 1일에서 2주까지 개방하지 않을 경우 사용됩니다.		
임시 장학금	시작일: 월/일/년	종료일: 월/일/년
제공자: ☐ 공식(허가받은) ☐ 비공식 (비공식 보호에 대한 양식이 필요하면 1-877-227-0125를 통해 CCS 중앙 기관에 연락해 주십시오.)		

섹션 5 서명 본인은 본인의 지식과 믿음에 따라 제공한 정보가 진실하고 정확함을 선서하며, 그렇지 않은 경우 위증죄의 처벌을 받을 수 있음을 알고 있습니다.	
서명	날짜
서명이 없는 장학금 연장 요청은 처리되지 않습니다	
귀하가 가족 구성원 변경 사항에 대한 정보를 고의로 보류하면, 귀하는 지급된 모든 아동보호 가치를 기관에 채무를 지게 됩니다.	
다음은 10일 이내에 보고하여야 합니다. • 가정 내 총 수입 증가가 주의 중위 수입의 85% 이상으로 증가했습니다. • 수입 변경사항에는SSI, TCA 또는 Head Start가 포함됩니다. • 가정 내 총 구성원의 수 변경(가정 내 아동 증가. 배우자 증가는 재결정으로 보고) • 이사한 경우, 새 주소 • 아동보호 부양자 변경 • 아동 지원이 더 이상 필요하지 않은 경우 • 가족이 더 이상 메릴랜드에 거주하지 않는 경우 • 100만 달러 이상의 수입을 얻은 경우	

	메릴랜드 주 교육부/아동보호국 아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 프로그램 온라인 클래스 확인	반송: https://family.childcareportals.org/
--	---	--

온라인 클래스는 승인된 활동으로 간주됩니다. 검토를 받을 수 있도록 귀하는 공식 카탈로그에서 클래스 설명 및 온라인 클래스를 듣는 날짜 및 시간이 명시된 본인 진술서를 제공해야 합니다. 보고된 시간에 있는 학습 시간은 포함시키지 **마십시오**.

섹션 1 일반 정보	
이름:	성:
생년월일(DOB):	연락 전화번호:
사회보장번호(SSN) (선택사항):	

섹션 2 온라인 클래스 세부 사항							
조직 이름:				조직 웹사이트:			
클래스 이름:				클래스 설명:			
활동 시간	일요일	월요일	화요일	수요일	목요일	금요일	토요일
기준이 있는 활동 일정이 없는 경우 이 활동에 사용하는 주당 총 시간 을 입력해주시십시오:							

섹션 3 서명	
서명함으로써, 본인은 상기 진술된 주당 총 시간 동안 온라인 클래스에 참석함을 분명히 합니다.	
서명	날짜

	메릴랜드 주 교육부/아동보호국 아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 프로그램 정당한 이유 청구	반송: https://family.childcareportals.org/
--	---	--

섹션 1 신청자(양육권 당사자) 일반 정보	
이름:	성:
생년월일(DOB):	연락 전화번호:
사회보장번호(SSN) (선택사항):	

섹션 2 비양육권 당사자	
이름:	성:
사회보장번호(SSN) (선택사항):	

섹션 3 “정당한 이유”의 정의	
“아동 지원을 구하기 위한 협조를 거부할 정당한 이유”란 협조로 인해 관련 아동 또는 대상자가 피해를 당할 수 있다는 의미입니다. 이 이유는 다음으로 제한됩니다. • 협조할 경우, 아동에게 심각한 신체적 또는 감정적 피해를 초래할 수 있습니다. • 협조할 경우, 대상자에게 심각한 신체적 또는 감정적 피해를 초래해 대상자가 아동을 돌볼 수 없게 될 수 있습니다. • 아동이 강간 또는 근친상간의 결과로 태어났습니다. • 아동의 법적 입양이 법원에 의해 결정된 경우입니다. • 사회 복지 기관에서 대상자가 자녀를 키울지 또는 입양을 위해 양육을 포기할지 두고 있는 경우입니다(단, 이 절차가 3개월 이상 지속되고 있어야 합니다).	

섹션 4 “정당한 이유”의 증거	
“정당한 이유” 청구를 증명하기 위해 수용 가능한 증거는 다음으로 제한됩니다. • 아동이 강간 또는 근친상간의 결과로 태어났다는 사실을 보여주는 출생 증명서, 의료 또는 경찰 기록 • 아동의 법적 입양이 법원에 의해 결정되었다는 사실을 보여주는 법원 서류 • 부재 부모가 아동 또는 대상자에게 피해를 가할 수 있다는 사실을 보여주는 법원, 의료, 경찰 또는 정신감정 서류 • 협조로 인해 아동 또는 대상자의 감정적 건강에 피해가 될 수 있음을 보여주는 의료 또는 정신건강 전문가의 진술서 • 대상자의 정당한 이유 청구의 기반을 형성하는 상황에 대해 알고 있는 대상자 본인 이외의 개인이 작성한 선서 진술서	

섹션 5 서명	
정당한 이유의 정의를 읽었거나, 다른 사람이 읽어 주었으며, 현재 본인은 아동 지원을 구하기 위한 협조를 거부할 정당한 이유 청구를 하고자 합니다.	
CCS 대상자의 서명	날짜

대상자에게 알리는 말:

정당한 이유 청구를 하는 경우, 해당 청구를 지지하는 모든 증거를 **CCS Central 2**에 아동보호 장학금 신청서 제출일로부터 **30일** 이내에 제출하여야 합니다. 정당한 이유의 증거를 **30일** 이내에 제출하지 않는 경우, 아동 지원 서비스에 지원하지 않으면 **CCS** 케이스가 종료될 것입니다.

	메릴랜드 주 교육부/아동보호국 아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 프로그램 고용 확인서	반송: https://family.childcareportals.org/
--	---	--

섹션 1 일반 정보	
이름:	성:
생년월일(DOB):	연락 전화번호:
사회보장번호(SSN) (선택사항):	

섹션 2 신규/현재 고용 상태			
직업명:		업무 시작일: MM/DD/YYYY	
시급:	팁:	수수료:	
지급 주기: ☐ 매주 ☐ 2주당 ☐ 2개월당 ☐ 매달			
종료 기간	총 지급액	수령일	근무한 시간
업무 일정: (일정이 불규칙한 경우, 주당 근무한 날짜의 수를 알려주십시오.)			
주당 근무한 시간:		직원 근무 시간: ☐ 저녁/야간 (7pm - 6am) ☐ 주말	

섹션 3 업무 종료		
근무한 마지막 날짜: MM/DD/YYYY	최종 급여 수령일: MM/DD/YYYY	최종 수표의 총 금액:
직원이 무급 휴가를 떠났습니까? ☐ 예 ☐ 아니요		예인 경우, 돌아올 예정일: MM/DD/YYYY

섹션 4 고용주 정보		
회사 이름:	전화번호:	
주소:		
양식 작성자 성명:	서명:	
직위:	날짜: MM/DD/YYYY	전화번호:

섹션 5 서명	
정보 공개 동의 본인은 이 정보를 아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 프로그램에서 아동보호 장학금 대상 여부 판단을 위해 본 정보를 확인 및 사용하는 것을 이해합니다.	
서명:	날짜:

	메릴랜드 주 교육부/아동보호국 아동보호 장학금 (Child Care Scholarship) 프로그램 환경 변경 양식	반송지: https://family.childcareportals.org/
--	--	---

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 (필수, 적어도 한 개를 선택해야 합니다)	
☐ 활동 증가	섹션 3 완료 서명, 날짜를 적고 및 지원 문서 첨부하기
☐ 가족 구성원에 추가된 아동	섹션 4를 완료 서명, 날짜를 적고 및 지원 문서 첨부하기
☐ 수입 손실 ☐ 수입 증가(섹션 5의 SMI 차트 참조)	섹션 5 완료 서명, 날짜를 적고 및 지원 문서 첨부하기
☐ SSI 개시 ☐ SSI 종료	섹션 6 완료 서명, 날짜를 적고 및 지원 문서 첨부하기
☐ 보류 중인 TCA 승인 ☐ 보류 중인 TCA 거부 ☐ TCA 종료	섹션 7 완료 서명, 날짜를 적고 및 지원 문서 첨부하기
☐ 이름 변경	섹션 8 완료 서명, 날짜를 적고 및 지원 문서 첨부하기

SSI - 보조적 수입 보장; TCA - 임시 현금 지원

섹션 3 활동 증가 보고							
가정 내 구성원 성명(섹션 1에서):				활동 유형: 아래 선택사항 참조			
활동 유형 선택:		• 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 증명을 첨부해야 합니다(예: 급여 명세서, 학교 시간표, FIA 계획).							

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

페이지 2 / 3

섹션 6 보조적 소득 보장(SSI) 변경	
아동의 성명 (이름, 성, 중간이름):	생년월일: 월/일/년
☐ SSI 개시	
☐ SSI 종료	
섹션 6에서 필요한 문서 – SSI 알림 편지 첨부하기	

섹션 7 임시 현금 지원(TCA) 변경	
☐ 보류 중인 TCA 승인	
☐ 보류 중인 TCA 거부	
☐ 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.

	메릴랜드 주 교육부/아동보호국 아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 프로그램 주소 변경 양식	반송: https://family.childcareportals.org/
--	---	--

섹션 1 일반 정보	
이름:	성:
당사자 ID:	생년월일(DOB): <i>MM/DD/YYYY</i>
사회보장번호(SSN) (<i>선택사항</i>):	연락 전화번호:

섹션 2 새 주소 정보						
집 주소:	Street	Apt #	City	State	Zip Code	County
이사 날짜: <i>MM/DD/YYYY</i>						
우편물 주소(집 주소와 다른 경우):	Street	Apt #	City	State	Zip Code	
이사 날짜: <i>MM/DD/YYYY</i>						
공과금 청구서, 리스 계약서의 본인 이름이 나온 첫번째 페이지와 서명이 나온 페이지 또는 모기지 명세서 사본을 새 주소 증명으로 첨부해야 합니다.						

섹션 3 서명	
본인은 본인의 지식과 믿음에 따라 제공한 정보가 진실하고 정확함을 선서하며, 그렇지 않은 경우 위증죄의 처벌을 받을 수 있음을 알고 있습니다. 본인은 메릴랜드주의 거주자임을 분명히 합니다.	
서명	날짜
주소 변경 양식 처리를 위해서는 서명을 하여야 합니다.	

가정 내 변경 사항에 관한 정보를 고의적으로 숨기는 경우, 지급받은 아동보호 기금을 반환하여야 합니다. 다음은 10일 이내에 보고하여야 합니다. - 가정 내 총 수입 증가가 주의 중위 소득의 85% 이상으로 증가했습니다. - 수입 변경에는 다음이 포함됩니다. SSI, TCA 또는 헤드 스타트 프로그램 - 가정 내 총 구성원의 수 변경(가정 내 아동 증가. 배우자 증가는 제결정으로 보고) - 이사한 경우, 새 주소 - 아동보호 부양자 변경 - 아동 지원이 더 이상 필요하지 않은 경우 - 가족이 더 이상 메릴랜드에 거주하지 않는 경우 100만 달러 이상의 수입을 얻은 경우

	메릴랜드 주 교육부/아동보호국 아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 프로그램 신청 철회 요청서	반송: https://family.childcareportals.org/
--	--	--

귀하께서 더 이상 아동보호 장학금 서비스 신청을 원하지 않는다는 통지를 받았습니다. 철회 요청서에 서명하시면 저희쪽에서 귀하의 신청을 철회할 수 있습니다. 본 양식에 서명하신 뒤 위 주소로 반송해 주십시오.

섹션 1 일반 정보	
이름:	성:
생년월일(DOB):	연락 전화번호:
사회보장번호(SSN) (선택사항):	

섹션 2 서명	
본 양식에 서명함으로써 본인은 아동보호 장학금 서비스 신청을 철회하고자 합니다.	
서명	날짜
이 신청 철회 요청서는 서명 날인된 양식 없이 진행되지 않습니다.	



CCS Central 2

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 공란을 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.org](https://reportccsfraud.org)으로 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 분들에게서 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 대답해 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 강간 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 헤드에 있는 용지에 고용주가 근무 시간을 확인해주는 레터를 첨부하여야 합니다.

“교육(Education)” 또는 “훈련(Training)” 관련 모든 활동에 대해 학교 레터 헤드에 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: https://family.childcareportals.org/
---	--	--

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

섹션 1 일반 정보	
신청서 유형:	☐ 신규(New) ☐ 재결정(Redetermination)
돌봄의 부양자 유형:	☐ 공식(Formal) ☐ 비공식 혈연 돌봄(Informal Relative Care): 혈연의 이름과 관계 필수 ☐ 비공식 비혈연의 가정 내 아동 돌봄

섹션 2 신청자 정보					
성명(성, 이름):				사회보장번호(SSN) (선택사항):	
생년월일(DOB): MM/DD/YYYY	성별:	결혼 상태:		☐ 미혼/결혼 경력 없음 ☐ 기혼 ☐ 남성 ☐ 이혼 ☐ 별거 ☐ 사별	
인종: 아래 선택사항 참조		히스패닉/라틴계입니까?		가정 내에서 사용하는 1 차 언어:	
☐ 예 ☐ 아니요		☐ 예 ☐ 아니요			
미국 시민:		외국인 상태(미국 시민이 아닌 경우):		현재 군인 신분입니까?	
☐ 예 ☐ 아니요		아래 선택사항 참조		☐ 예 ☐ 아니요	
선택사항 인종: • 미국계 인디언 또는 알래스카 네이티브 • 아시아계 • 흑인 또는 아프리카계 미국인 • 네이티브 하와이안 또는 태평양 아일랜드 • 백인	선택사항 외국인 상태: • 영주권자 • 망명자 • 조건부 입국이 허용된 외국인 • 가석방자(1년 이상) • 추방이 유예된 외국인	• 난민 • 가정폭력 피해 외국인 배우자, 아동 또는 아동의 부모 • 미등록자 • 합법적으로 공인된 외국인의 자녀			
집 주소:	Street	Apt Number	City	State	Zip Code
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?		☐ 예 ☐ 아니요			
한부모입니까?		☐ 예 ☐ 아니요			
미성년 부모입니까(18 세 미만)?		☐ 예 ☐ 아니요			
SNAP(푸드 스탬프)를 받습니까?		☐ 예 ☐ 아니요			
주택 보조금을 받습니까?		☐ 예 ☐ 아니요			

섹션 3 돌봄 필요 정보	
1. 임시 현금 지원(Temporary Cash Assistance, TCA)을 받습니까?	☐ 예 ☐ 아니요 절대 아니요 예인 경우, 시작일:
2. TCA 는 보호 중인 아동만을 위한 것입니까?	☐ 예 ☐ 아니요
3. 가정 구성원은 총 몇 명입니까?	명수:
4. 연간 총수입은 얼마입니까?	달러 총액:
5. 어떤 활동을 합니까?	☐ 구직/근무 ☐ 커뮤니티 서비스 ☐ 공립학교(초등, 중등 또는 고등) ☐ 대학(학부)
6. 생물학적 자녀는 아니지만 혈연 관계인 아동의 아동보호 지원(Child Care Assistance)을 원하십니까?	☐ 예 ☐ 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?	☐ 예 ☐ 아니요
9. 본인의 책임 하에 있는 아동 중 장애가 있는 아동이 있습니까?	☐ 예 ☐ 아니요
10. 현재 홈리스입니까?	☐ 예 ☐ 아니요
11. 백만 달러 가치의 자산을 보유하고 계십니까?	☐ 예 ☐ 아니요

섹션 4 아동 정보					
아동 1	성명(성, 이름):		성별: ☐ 여성 ☐ 남성	생년월일(DOB): MM/DD/YYYY	SSN (선택사항):
	인종: 아래 선택사항 참조		히스패닉/라틴계입니까? ☐ 예 ☐ 아니요	미국 시민: ☐ 예 ☐ 아니요	외국인 상태(미국 시민이 아닌 경우): 아래 선택사항 참조
	선택사항 인종: - 미국계 인디언 또는 알래스카 네이티브 - 아시아계 - 흑인 또는 아프리카계 미국인 - 네이티브 하와이안 또는 태평양 아일랜드어 - 백인		선택사항 외국인 상태: - 영주권자 - 망명자 - 조건부 입국이 허용된 외국인 - 가석방자(1년 이상) - 추방이 유예된 외국인		- 난민 - 가정폭력 피해 외국인 배우자, 아동 또는 아동의 부모 - 미등록자 - 합법적으로 공인된 외국인의 자녀
	1. 이 아동이 보충적 보장소득(SSI)을 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요				
	2. 아동과 본인의 관계는 어떻게 됩니까?				
	3. 아동에게 장애가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요				
	4. 아동이 사회보장 혜택을 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요				
	5. 이 아동에 대해 아동 지원을 신청하시겠습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 아닌 경우, 6 페이지 지침을 참조하십시오.				
	6. 이 아동은 아동 지원을 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요				
	7. 이 아동의 부재 부모의 이름은 무엇입니까?				
아동 2	성명(성, 이름):		성별: ☐ 여성 ☐ 남성	생년월일(DOB): MM/DD/YYYY	SSN (선택사항):
	인종: 위 선택사항 참조		히스패닉/라틴계입니까? ☐ 예 ☐ 아니요	미국 시민: ☐ 예 ☐ 아니요	외국인 상태(미국 시민이 아닌 경우): 위 선택사항 참조
	1. 이 아동이 보충적 보장소득(SSI)을 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요				
	2. 아동과 본인의 관계는 어떻게 됩니까?				
	3. 아동에게 장애가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요				
	4. 아동이 사회보장 혜택을 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요				
	5. 이 아동에 대해 아동 지원을 신청하시겠습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 아닌 경우, 6 페이지 지침을 참조하십시오.				
	6. 이 아동은 아동 지원을 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요				
	7. 이 아동의 부재 부모의 이름은 무엇입니까?				
	8. 이 아동이 헤드스타트(Head Start) 프로그램을 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 예인 경우, 시작일은 어떻게 됩니까?				
아동 3	성명(성, 이름):		성별: ☐ 여성 ☐ 남성	생년월일(DOB): MM/DD/YYYY	SSN (선택사항):
	인종: 위 선택사항 참조		히스패닉/라틴계입니까? ☐ 예 ☐ 아니요	미국 시민: ☐ 예 ☐ 아니요	외국인 상태(미국 시민이 아닌 경우): 위 선택사항 참조
	1. 이 아동이 보충적 보장소득(SSI)을 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요				
	2. 아동과 본인의 관계는 어떻게 됩니까?				
	3. 아동에게 장애가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요				
	4. 아동이 사회보장 혜택을 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요				
	5. 이 아동에 대해 아동 지원을 신청하시겠습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 아닌 경우, 6 페이지 지침을 참조하십시오.				
	6. 이 아동은 아동 지원을 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 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? 관계					

섹션 5

그 외 가정 내 구성원

가정 내 구성원 1	성명(성, 이름):		성별: ☐ 여성 ☐ 남성	생년월일(DOB): MM/DD/YYYY	SSN (선택사항):
	인종: 아래 선택사항 참조		히스패닉/라틴계입니까? ☐ 예 ☐ 아니요	미국 시민: ☐ 예 ☐ 아니요	외국인 상태(미국 시민이 아닌 경우): 아래 선택사항 참조
	선택사항 인종: •미국제 인디언 또는 알래스카 네이티브 •아시아계 •흑인 또는 아프리카계 미국인 •네이티브 하와이안 또는 테평양 아일랜더 •백인		선택사항 외국인 상태: •영주권자 •망명자 •조건부 입국이 허용된 외국인 •가석방자(1년 이상) •주방이 유예된 외국인 •난민 •가정폭력 피해 외국인 배우자, 아동 또는 아동의 부모 •미등록자 •합법적으로 공인된 외국인의 자녀		
	현재 군인 신분입니까? ☐ 예 ☐ 아니요		1 차 언어:		신청자와의 관계: 아래 선택사항 참조
	신청자와의 관계 선택사항: •입양 자녀 •생물학적 자녀 •형제자매 •의붓자녀 •사촌 •수양 자녀 •손주/중손주 •조카 •피보호자(Ward) •기타(혈연) •기타(비혈연)				
	1. 가정 내 구성원이 아동 돌봄을 어렵게하는 활동을 하고 있습니까?				☐ 예 ☐ 아니요
	2. 가정 내 구성원에게 근로 소득 또는 볼로 소득이 있습니까?				☐ 예 ☐ 아니요
3. 가정 내 구성원이 아동 돌봄을 하지 못하게 만드는 상황이 있습니까?				☐ 예 ☐ 아니요	
가정 내 구성원 2	성명(성, 이름):		성별: ☐ 여성 ☐ 남성	생년월일(DOB): MM/DD/YYYY	SSN (선택사항):
	인종: 위 선택사항 참조		히스패닉/라틴계입니까? ☐ 예 ☐ 아니요	미국 시민: ☐ 예 ☐ 아니요	외국인 상태(미국 시민이 아닌 경우): 위 선택사항 참조
	현재 군인 신분입니까? ☐ 예 ☐ 아니요		1 차 언어:		신청자와의 관계: 위 선택사항 참조
	1. 가정 내 구성원이 아동 돌봄을 어렵게하는 활동을 하고 있습니까?				☐ 예 ☐ 아니요
	2. 가정 내 구성원에게 근로 소득 또는 볼로 소득이 있습니까?				☐ 예 ☐ 아니요
	3. 가정 내 구성원이 아동 돌봄을 하지 못하게 만드는 상황이 있습니까?				☐ 예 ☐ 아니요
	3. 가정 내 구성원이 아동 돌봄을 하지 못하게 만드는 상황이 있습니까?				☐ 예 ☐ 아니요
가정 내 구성원 3	성명(성, 이름):		성별: ☐ 여성 ☐ 남성	생년월일(DOB): MM/DD/YYYY	SSN (선택사항):
	인종: 위 선택사항 참조		히스패닉/라틴계입니까? ☐ 예 ☐ 아니요	미국 시민: ☐ 예 ☐ 아니요	외국인 상태(미국 시민이 아닌 경우): 위 선택사항 참조
	현재 군인 신분입니까? ☐ 예 ☐ 아니요		1 차 언어:		신청자와의 관계: 위 선택사항 참조
	1. 가정 내 구성원이 아동 돌봄을 어렵게하는 활동을 하고 있습니까?				☐ 예 ☐ 아니요
	2. 가정 내 구성원에게 근로 소득 또는 볼로 소득이 있습니까?				☐ 예 ☐ 아니요
	3. 가정 내 구성원이 아동 돌봄을 하지 못하게 만드는 상황이 있습니까?				☐ 예 ☐ 아니요
	3. 가정 내 구성원이 아동 돌봄을 하지 못하게 만드는 상황에 있습니까?				☐ 예 ☐ 아니요
가정 내 구성원 4	성명(성, 이름):		성별: ☐ 여성 ☐ 남성	생년월일(DOB): MM/DD/YYYY	SSN (선택사항):
	인종: 위 선택사항 참조		히스패닉/라틴계입니까? ☐ 예 ☐ 아니요	미국 시민: ☐ 예 ☐ 아니요	외국인 상태(미국 시민이 아닌 경우): 위 선택사항 참조
	현재 군인 신분입니까? ☐ 예 ☐ 아니요		1 차 언어:		신청자와의 관계: 위 선택사항 참조
	1. 가정 내 구성원이 아동 돌봄을 어렵게하는 활동을 하고 있습니까?				☐ 예 ☐ 아니요
	2. 가정 내 구성원에게 근로 소득 또는 볼로 소득이 있습니까?				☐ 예 ☐ 아니요
	3. 가정 내 구성원이 아동 돌봄을 어렵게 만드는 상황에 있습니까?				☐ 예 ☐ 아니요
	3. 가정 내 구성원이 아동 돌봄을 어렵게 만드는 상황에 있습니까?				☐ 예 ☐ 아니요

섹션 6

활동 정보

	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

“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.

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 입력해주시시오:							
본인의 활동에 기반하여 아동 돌봄이 필요한 구체적인 요일 및 시간은 어떻게 됩니까?							
아동 1	일요일	월요일	화요일	수요일	목요일	금요일	토요일
	다음까지	다음까지	다음까지	다음까지	다음까지	다음까지	다음까지
기준이 있는 아동 돌봄 일정이 없는 경우, 주당 총 시간을 입력해주시시오:							
본인의 활동에 기반하여 아동 돌봄이 필요한 구체적인 요일 및 시간은 어떻게 됩니까?							
아동 2	일요일	월요일	화요일	수요일	목요일	금요일	토요일
	다음까지	다음까지	다음까지	다음까지	다음까지	다음까지	다음까지
기준이 있는 아동 돌봄 일정이 없는 경우, 주당 총 시간을 입력해주시시오:							
본인의 활동에 기반하여 아동 돌봄이 필요한 구체적인 요일 및 시간은 어떻게 됩니까?							
아동 3	일요일	월요일	화요일	수요일	목요일	금요일	토요일
	다음까지	다음까지	다음까지	다음까지	다음까지	다음까지	다음까지

섹션 8 수입 정보		
수입 1	수입이 있는 가정 내 구성원 성명:	수입 유형: 아래 선택사항 참조
	선택사항 수입 유형: ●이혼 수당 ●군인 급여 ●자녀 양육비 - 법원 명령 ●자녀 양육비 - 자발적 ●SS 혜택	●SSI ●자영업 총액 ●TCA ●팁/수수료 급여 ●실업 급여 ●퇴직군인 지원/혜택 ●임금/급여 ●근로자 보상 ●기타
	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 인사와 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 의심되는 경우,
Reportccsfraud.org 으로 신고해 주십시오**