

CCS - DHS	메릴랜드 주 교육부/아동보호국 아동보호 장학금(Child Care Scholarship)/TCA & MORA TCA 승인/ DHS-MORA 위탁 양식	이메일: CCSCentral2DHSReferral@maryland.gov
------------------	--	---

섹션 1 세대주 정보 (본 위탁 양식은 TCA 승인 신청자 전용입니다)

이 가족이 TCA 승인을 받았습니까 예 아니요 (아닌 경우, 중단하십시오. TCA 위탁 유예 양식 사용) 승인 날짜: 월/일/년

우선 순위 1 유형 선택: TCA 승인 MORA/TCA

보호 유형 선택: 공식 비공식 (부모에게 이 절차를 통보하는 데 최대 60 일 또는 그 이상 걸릴 수 있습니다)

성명(성, 이름, 중간이름):

생년월일(DOB):	성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성	사회보장번호(SSN) (선택사항):
------------	---	---------------------

고객 이메일 주소:

고객 우편물 주소:

거리 시 주 우편번호

1. 이 개인이 SSI 승인을 받았습니까? 예 아니요
2. 이 가족이 노숙 중입니까? 예 아니요
3. 세대주가 퇴역 군인입니까? 예 아니요
4. 이 개인이 TCA 활동 승인을 받았습니까?
5. 아동 보호 센터에서 승인된 활동에 이 아동이 가입되어 있습니까? 예 아니요
6. **승인된 활동의 주당 활동 시간:** _____
7. 부모가 승인된 활동에 참석하는 요일은 어떻게 됩니까. 해당되는 요일에 동그라미를 치십시오. 일 월 화 수 목 금 토
8. 부모가 하루에 승인된 활동에 참석하는 시간은 어떻게 됩니까. _____
9. 부모의 승인된 활동이 월요일부터 금요일까지 저녁 7시부터 오전 6시 사이입니까? 예 아니요
10. 부모의 승인된 활동이 토요일이나 일요일에 있습니까? 예 아니요
11. 부모가 아동 보호 센터에서 승인된 활동까지 갈 때, 편도로 걸리는 시간은 몇 분입니까: _____

섹션 2 세대주 정보(다른 부모 또는 후견인)

우선 순위 1 유형 선택: TCA 승인 MORA/TCA

성명(성, 이름, 중간이름):

생년월일(DOB):	성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성	사회보장번호(SSN) (선택사항):
------------	---	---------------------


고객 이메일 주소:

우편물 주소: 거리 시 주 우편번호

1. 이 개인이 SSI 승인을 받았습니까? 예 아니요
2. 이 가족이 노숙 중입니까? 예 아니요
3. 이 개인이 퇴역 군인입니까? 예 아니요
4. 이 개인이 TCA 활동 승인을 받았습니까?
5. 아동 보호 센터에서 승인된 활동에 이 아동이 가입되어 있습니까? 예 아니요
6. 승인된 활동의 주당 활동 시간: _____
7. 부모가 승인된 활동에 참석하는 요일은 어떻게 됩니까. 해당되는 요일에 동그라미를 치십시오. 일 월 화 수 목 금 토
8. 부모가 하루에 승인된 활동에 참석하는 시간은 어떻게 됩니까. _____
9. 부모의 승인된 활동이 월요일부터 금요일까지 저녁 7시부터 오전 6시 사이입니까? 예 아니요
10. 부모의 승인된 활동이 토요일이나 일요일에 있습니까? 예 아니요
11. 부모가 아동 보호 센터에서 승인된 활동까지 갈 때, 편도로 걸리는 시간은 몇 분입니까: _____

섹션 3 아동 정보 --					
아동 1	성명(성, 이름, 중간이름):		성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성	생년월일(DOB):	SSN (선택사항):
	인종:	히스패닉/라틴계입니까?: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	선택사항 인종: • 미국계 인디언 또는 알래스카 네이티브 • 아시아계		• 흑인 또는 아프리카계 미국인 • 네이티브 하와이안 또는 태평양 아일랜드 • 백인
	1. 아동과 부모의 관계는 어떻게 됩니까?				
	2. 이 아동에게 아동보호 장학금(CHILD CARE SCHOLARSHIP)이 필요합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요				
	3. 아동에게 장애가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요				
	4. 아동이 현재 SSI 를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예인 경우, SSI 레터에 나와 있는 수령 금액 제공: \$ _____				
	5. 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				
	6. 이 아동이 주립 Pre-K 에 다니고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예인 경우, 시작일은 어떻게 됩니까? 월/일/년				
	7. 이 아동이 공립 학교에 다니고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예인 경우, 몇 학년까지 마쳤습니까: _____				
	8. 이 아동이 학기 중 아동 보호 센터에 몇 시간이나 있게 됩니까: _____				
	9. 이 아동이 학기 중에는 학교 이전 또는 이후에만 갑니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요				
10. 아동이 아동 보호 센터에 가는 요일에 표시하십시오. 일 월 화 수 목 금 토					
11. 이 아동은 월요일부터 금요일까지 오후 7시부터 오전 6시 사이에 최소 1시간 동안 아동 보호 센터에 가게 됩니까 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					

섹션 3 아동 정보 --					
아동 2	성명(성, 이름, 중간이름):		성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성	생년월일(DOB):	SSN (선택사항):
	인종:	히스패닉/라틴계입니까?: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	선택사항 인종: • 미국계 인디언 또는 알래스카 네이티브 • 아시아계		• 흑인 또는 아프리카계 미국인 • 네이티브 하와이안 또는 태평양 아일랜드 • 백인
	1. 아동과 부모의 관계는 어떻게 됩니까?				
	2. 이 아동에게 아동보호 장학금(CHILD CARE SCHOLARSHIP)이 필요합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요				
	3. 아동에게 장애가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요				
	4. 아동이 현재 SSI 를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예인 경우, SSI 레터에 나와 있는 수령 금액 제공 \$ _____				
	5. 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				
	6. 이 아동이 주립 Pre-K 에 다니고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예인 경우, 시작일은 어떻게 됩니까? 월/일/년				
	7. 이 아동이 공립 학교에 다니고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예인 경우, 몇 학년까지 마쳤습니까: _____				
	8. 이 아동이 학기 중 아동 보호 센터에 몇 시간이나 있게 됩니까: _____				
	9. 이 아동이 학기 중에는 학교 이전 또는 이후에만 갑니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요				
10. 아동이 아동 보호 센터에 가는 요일에 표시하십시오. 일 월 화 수 목 금 토					
11. 이 아동은 월요일부터 금요일까지 오후 7시부터 오전 6시 사이에 최소 1시간 동안 아동 보호 센터에 가게 됩니까 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요					

섹션 4  이니셜	이니셜 섹션 5, 신청자가 TCA 승인을 받았다는 사실을 확인하고: 1. 고객이 TCA 위탁 진술을 한 날로부터 10 영업일 이내에 시작하는 TCA 승인 활동을 하고 있거나 승인을 받았습니다 2. DHS TCA/MORA 사례 관리자 가 각 세대주의 승인된 활동에 대해 주당 시간, 일수 및 위치를 포함했습니다 3. 이 위탁 양식에 나온 아동만 아동보호 장학금(Child Care Scholarship)을 받게 됩니다 4. TCA 가 유효한 상태이고 고객이 장학금이 필요한 다른 아동을 가족에 추가하고 싶다면, 고객은 TCA/MORA 사례 관리자에게 연락하여 환경 변경 양식을 작성하도록 해야만 합니다
--	---

아동보호 장학금 DHS 위탁 양식을 작성하면 메릴랜드 아동보호국에서 TCA 및 TCA/MORA 승인 활동 참여를 승인을 받은 부모에게 아동보호 장학금을 발급하도록 권한이 부여됩니다. 아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 혜택은 공공 비용으로 제공되며, 위탁 양식 및 지원 TCA 또는 MORA 정보에 포함된 정보는 사실입니다. CCS Central 2 는 위탁 당시 TCA 승인 상태를 확인하고 유효한 TCA 상태가 아닌 경우에는 거부할 것입니다. CCS Central 2 는 위탁의 섹션 4 에 올라와 있는 아동에게만 장학금을 제공하며 DHS 사례에서 요구하는 단위의 보호 시간에 기초할 것입니다. 이 때 시간은 TCA 승인 활동 및 아동 보호 프로그램에서 승인된 활동까지 가는 이동 시간을 기반으로 해야 합니다. TCA 고객의 승인된 활동이 아동 보호 프로그램에서 이루어지는 경우, 이동 시간은 허가되지 않습니다. 아동/가족이 제기한 아동보호 장학금 가입 및 확인이 TCA 및 승인된 활동의 자격 요건을 충족시키면 연방 및 주 감사 목적에 대한 확인을 하게 됩니다. 재결정 시에 부모가 더 이상 TCA 자격을 가지고 있지 않은 경우, 가족은 아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 프로그램의 모든 자격 요건을 충족시켜야 하며, CCS 신청을 작성 완료하고, CCS 신청이 승인 또는 거부되기 위한 지원 문서를 제공해야 합니다.

섹션 8- 메릴랜드 주석식 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 청문 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 3 년 이하의 징역 또는 벌금 및 징역에 처해지게 됩니다.

정보 공개 동의:

다음에 서명함으로써, 본인은 메릴랜드 주 교육부, 아동보호국, 아동보호 장학금 지부(MSDE/CCS), DHR/OIG(Maryland state Department of Human resources Office of Inspector General) 또는 MDSE로부터 연락, 검토 및 개인, 파트너십, 기업, 협회 또는 정부 기관으로부터 CCS 혜택을 받기 위한 내 자격 인증을 구축하기 위한 목적으로 해당 기관들이 권한을 부여 받은 각종 기관이 CCS 혜택에 있어 본인의 자격 입증을 구축하기 위한 목적으로 각종 개인, 파트너십, 기업, 협회 또는 정부 기관이 연락, 검토 및 보유 중인 기록을 획득할 수 있도록 권한을 부여합니다. 여기에는 TCA 활동, 고용, 재정(은행 기록 포함), 학교/교육 임대/주택 및 메릴랜드 소득세 기록에 대한 증명 등이 포함되지만, 이에 국한되지 않습니다. 다음에 서명함으로써, 본인은 서명인이며, 메릴랜드 아동보호국(Maryland Office of Child Care)과 메릴랜드 헤드 스타트 프로그램에 가입된 세대주를 대신하여 서비스를 요청하는 헤드 스타트(Head Start) 프로그램 사이에서 정보 공개하는 것에 동의할 능력이 있음을 인증합니다. 본 양식의 사본은 원본과 동일한 효력을 가집니다.

TCA 승인 활동 주소:	승인된 활동 유형: <input type="checkbox"/> 직업 <input type="checkbox"/> 훈련 <input type="checkbox"/> 교육 <input type="checkbox"/> 기타: _____
승인된 활동을 위한 연락 담당자 성명 및 직위:	승인된 활동 연락 전화번호:
다음 서명 및 날짜로 DHS/MORA 직원은 CCS Central 2 가 TCA 승인을 받은 가정의 아동 또는 아동들에게 아동보호 장학금을 지급하도록 권한을 부여합니다.	날짜: 월/일/년
_____ DHS/MORA 직원 서명	_____ DHS/MORA 직원 정자체 성명
DHS/MORA 연락처 정보	
이메일 주소: _____	_____ DHS/MORA 연락 전화번호

**서명 및 날짜가 없는 위탁 서류
반환되지 않으며 또한 처리되지 않습니다.**

DHS 사례 관리자의 전자 서명은 허용되지 않습니다. 날짜는 제출 후 45 일 안이어야 합니다. 장학금 시작 날짜는 CCS Central 2 가 수령한 날짜 이전이 될 수 없으며 또한 TCA 활동 시작일로부터 10 영업일 이전에 시작될 수 없습니다.

개정일 11.1.2021