

보육 지원 신청서

안내문(CFWB-012A)을 읽고 서류 체크리스트(CFWB-012B)를 검토하여 이 신청서 작성을 위한 도움말과 필요한 서류 정보를 확인하십시오.

주의 사항: 이 신청서는 카테고리 2 또는 3* 보육 지원만 신청할 때 사용합니다(현금 지원을 받지 않는 가정). 카테고리 1 보육 지원(현금 지원 수령 가정)을 포함하여 현금 지원이나 다른 혜택을 신청하려면 뉴욕주 특정 혜택 및 서비스 신청서(LDSS-2921)를 작성해야 합니다.

참고: 선택 사항으로 명시된 부분을 제외한 모든 섹션을 기재해야 이 양식을 완전히 작성한 것으로 인정됩니다. 양식의 필수 섹션을 모두 작성하지 않으면 보육 지원 대상으로 고려되지 않습니다.

다음에 해당하는 신청인은 소득과 관계없이 보육 지원을 받을 자격이 있을 수 있으므로 이 신청서를 작성할 필요가 없습니다. 직장 근무를 위해 보육 지원이 필요하고 위탁 아동을 위한 지원만 신청하는 위탁 부모 보호 또는 예방 서비스를 받고 있는 가정
자세한 정보는 신청서 안내문(CFWB-012A)을 참조하십시오. 신규 변경/재인증 재개

OFFICE USE ONLY	Case #: _____	Application Date: _____
------------------------	---------------	-------------------------

섹션 1 - 신청인	성(가명이나 결혼 전 성이 있는 경우 괄호 안에 작성하십시오): _____ 이름: _____ 중간 이름 이니셜: _____ 혼인 상태: _____
	집 주소: _____ 아파트 호수: _____ 시/자치구: _____ 주: _____ 우편 번호: _____
	임시 주소입니까? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요 '예'라고 대답한 경우, 다음 중 해당하는 거주지가 있습니까?(한 가지 선택): <input type="radio"/> 노숙자 보호소 <input type="radio"/> 다른 가족과 동거 <input type="radio"/> 호텔/모텔 <input type="radio"/> 자동차, 버스, 기차 <input type="radio"/> 공원, 캠프장 <input type="radio"/> 기타
	전화번호(직장): _____ 전화번호(집): _____ 전화번호(휴대폰 또는 기타): _____ 이메일: _____
	현금 지원(CA)을 받고 있습니까? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요 CA 번호: _____ 주 사용 언어는 무엇입니까? <input type="radio"/> 영어 <input type="radio"/> 스페인어 <input type="radio"/> 기타 _____ 선호 언어는 무엇입니까?? <input type="radio"/> 영어 <input type="radio"/> 스페인어 <input type="radio"/> 기타 _____

보육이 필요한 가구 내 모든 아동을 기재하십시오. (보육이 필요한 아동만)

섹션 2 보육이 필요한 아동	이름(성, 이름)	중간 이름 이니셜	관계	생년월일	성별	아동의 부모가 모두 집에 거주하고 있습니까?	민족 히스패닉 또는 라틴계**	인종** (아래 범례 참조)	소셜 시큐리티 번호(선택 사항)	아동에게 장애가 있습니까?	아동이 미국 시민/미국 국적이거나 이민 상태 조건을 충족합니까?
	1.										
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											

* 카테고리 1: 보육 보장 적격 가정 - 현금 지원(CA) 신청 혹은 수령, 또는 CA 대신 보육 지원 이용 또는 임시 보육 서비스 이용
 카테고리 2: 자금이 마련될 때 이용 자격이 있는 가정
 카테고리 3: 자금이 마련되었을 때 이용 자격이 있고 ACS에서 아동 가정 서비스 계획에 등록된 가정

** 민족 및 인종 정보 제공은 선택 사항이며 보육 지원을 받는 자격이나 이 기관에서 제공하는 지원의 분량에 영향을 미치지 않습니다.

인종 소속 코드:
AI 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민
AS 아시아
BL 흑인 또는 아프리카계 미국인
HP 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민
WH 백인

섹션 2A에서 작성하지 않은 전체 가구의 다른 구성원을 기재하고, 보육이 필요하지 않은 18세 미만의 아동도 포함하십시오. 본인을 먼저 작성하고, 함께 거주하는 모든 사람을 이어서 작성하십시오.

섹션 2B 가족 구성원	성명(성, 이름)(가명이나 결혼 전 성이 있는 경우 괄호 안에 작성하십시오)	중간 이름 이니셜	관계	생년월일	성별	민족 히스패닉 또는 라틴계**	인증** (오른쪽 범례 참조)	소셜 시큐리티 번호(선택 사항)
	1.		본인					
	2.							
	3.							
	4.							
	5.							
	6.							
	7.							
	8							

가족 구성원을 추가하려면 별도의 페이지를 첨부하십시오. 가정에 거주하고 있고 보육을 신청하는 아동의 부모 또는 보호자, 귀하의 배우자 정보를 작성하십시오.

인증 소속 코드:

- AI 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민
- AS 아시아
- BL 흑인 또는 아프리카계 미국인
- HP 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민
- WH 백인

OFFICE USE ONLY Family Size: _____

섹션 3 아동/가족 필요 사항	보육 지원을 신청하는 이유는 무엇입니까? <input type="radio"/> 직장 <input type="radio"/> 직업 훈련/교육 활동 <input type="radio"/> 가정 폭력 서비스 이용 중 <input type="radio"/> 구직 중 <input type="radio"/> 노숙 중 <input type="radio"/> 승인된 약물 남용 치료 프로그램에 참여	현재 부모 중에 현역 미국 군인(상근)이 있습니까? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요 부모 중 현재 주 방위군 또는 예비군이 있습니까? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요 비양육 부모가 보육을 담당할 수 있습니까? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요	신청인이 다른 신청 절차를 통해 보육 서비스를 이용 및/또는 신청하고 있습니까? <i>'예'라고 대답한 경우 해당 기관을 명시하십시오.</i> <input type="radio"/> 교육청(DOE) <input type="radio"/> 인적자원관리국(HRA) <input type="radio"/> 뉴욕시 청소년 및 지역 공동체 개발국(DYCD) <input type="radio"/> 노숙자 복지부(DHS) <input type="radio"/> 근로자 교육 컨소시엄(CWE) <input type="radio"/> 아동 서비스 행정 (ACS)
---------------------	---	---	---

섹션 4 - 직장 (보육 지원 신청 사유가 직장인 경우)	신청인의 고용주 이름: _____	전화번호: _____	주소: _____	시/자치구: _____	주: _____	우편 번호: _____
	근무 시작일: _____	교대 근무가 필요한 직무입니까? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요	초과 근무(OT)가 필요한 직무입니까? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요			
	신청인에게 다른 직장이 있는 경우					
	신청인의 고용주 이름: _____	전화번호: _____	주소: _____	시/자치구: _____	주: _____	우편 번호: _____
	근무 시작일: _____	교대 근무가 필요한 직무입니까? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요	초과 근무(OT)가 필요한 직무입니까? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요			
	가구 내 다른 부모, 보호자 또는 의붓부모					
신청인의 고용주 이름: _____	전화번호: _____	주소: _____	시/자치구: _____	주: _____	우편 번호: _____	
근무 시작일: _____	교대 근무가 필요한 직무입니까? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요	초과 근무(OT)가 필요한 직무입니까? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요				
가구 내 다른 부모, 보호자 또는 의붓부모에게 다른 직장이 있는 경우						
신청인의 고용주 이름: _____	전화번호: _____	주소: _____	시/자치구: _____	주: _____	우편 번호: _____	
근무 시작일: _____	교대 근무가 필요한 직무입니까? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요	초과 근무(OT)가 필요한 직무입니까? <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요				

섹션 5
근무/활동/이동 시간 일정

일반적인 근무/활동 일정(예: 교육/직업 활동)

일요일		월요일		화요일		수요일		목요일		금요일		토요일	
시작:	종료:	시작:	종료:	시작:	종료:	시작:	종료:	시작:	종료:	시작:	종료:	시작:	종료:

가구 내 다른 부모, 보호자 또는 의붓부모의 일반적인 근무/활동 일정

일요일		월요일		화요일		수요일		목요일		금요일		토요일	
시작:	종료:	시작:	종료:	시작:	종료:	시작:	종료:	시작:	종료:	시작:	종료:	시작:	종료:

이동 시간 내려줄 때: 보육 장소에서 근무/활동 장소까지 이동 시간
 해당하는 시간을 한 가지 선택하십시오. 15분 30분 45분 1시간 1시간 이상. 1시간 이상인 경우 대략적인 소요 시간 _____ 대중교통을 이용합니까? 예 아니요
 데리러 올 때: 근무/활동 장소에서 보육 장소까지 이동 시간
 해당하는 시간을 한 가지 선택하십시오. 15분 30분 45분 1시간 1시간 이상. 1시간 이상인 경우 대략적인 소요 시간 _____ 대중교통을 이용합니까? 예 아니요
 배우자/다른 부모: 보육 장소에서 근무/활동 장소까지 이동 시간
 해당하는 시간을 한 가지 선택하십시오. 15분 30분 45분 1시간 1시간 이상. 1시간 이상인 경우 대략적인 소요 시간 _____ 대중교통을 이용합니까? 예 아니요
 데리러 올 때: 근무/활동 장소에서 보육 장소까지 이동 시간
 해당하는 시간을 한 가지 선택하십시오. 15분 30분 45분 1시간 1시간 이상. 1시간 이상인 경우 대략적인 소요 시간 _____ 대중교통을 이용합니까? 예 아니요

아래 표는 부모가 또 다른 교대 근무, 직장생활 또는 활동을 하는 경우에만 작성하십시오.

일요일		월요일		화요일		수요일		목요일		금요일		토요일	
시작:	종료:	시작:	종료:	시작:	종료:	시작:	종료:	시작:	종료:	시작:	종료:	시작:	종료:

아래 표는 가구 내 다른 부모, 보호자 또는 의붓부모가 교대 근무, 직장생활 또는 활동을 하는 경우에만 작성하십시오.

일요일		월요일		화요일		수요일		목요일		금요일		토요일	
시작:	종료:	시작:	종료:	시작:	종료:	시작:	종료:	시작:	종료:	시작:	종료:	시작:	종료:

귀하 또는 귀하와 함께 신청하는 사람이 다음 출처를 통해 자금을 받고 있는지 표시하십시오. **체크리스트(CFWB-012B)에서 필요한 서류를 확인하십시오. 정자체로 작성**

섹션 6 소득 정보	출처	예/아니요	총 금액	수령 빈도(예: 매주, 격주, 매월 등)	받는 사람은 누구입니까?	Type of Documentation	Monthly Calculations
	신청인 임금/급여(초과 근무 수당, 수수료, 훈련 프로그램, 팁 포함)			\$		본인	
가구 내 다른 부모, 보호자 또는 의붓부모 임금/급여(초과 근무 수당, 수수료, 훈련 프로그램, 팁 포함)			\$				
자영업 순소득			\$				
자녀 양육비(수령)			\$				
이혼 수당/배우자 지원금(수령)			\$				
실업 보험 혜택, 산재 수당			\$				
소셜 시큐리티 혜택(SSI 포함)			\$				
장애 수당(NYS, VA, 개인)			\$				
임대/하숙/셋방 수입(수령)			\$				
배당금/이자 - 주식, 채권, 저축			\$				
퇴직금, 연금/연금 보험			\$				
현금 지원(CA) 보조금, 사회 안전망 수당			\$				
기타(구체적으로 기재)			\$				
	총 소득		\$				

섹션 7
서비스 제공자

귀하에게 뉴욕주 아동 보육 정책 보조금을 받는 보육 지원을 이용할 자격이 있는 경우, 귀하는 센터 보육과 재택 보육 중에 선택할 수 있습니다. 면허가 없거나 등록되지 않은 서비스 제공자를 선택하면, 해당 서비스 제공자는 법적 면제 서비스 제공자로 등록되어 있어야 합니다. 선택한 서비스 제공자의 이름과 주소를 기재하십시오. 페이지를 첨부하여 더 많은 서비스 제공자를 추가할 수 있습니다.

이름: _____ 프로그램 번호 (해당하는 경우): _____ 이름: _____ 프로그램 번호(해당하는 경우): _____ 이름: _____ 프로그램 번호(해당하는 경우): _____
주소: _____ 주소: _____ 주소: _____

섹션 8
인증

- 본인은 이 양식에 포함된 정보가 본인 또는 본인 가족의 서비스/지원 수령 자격을 결정하는 데 사용된다는 것을 이해합니다. 본인은 이 신청 양식에 서명함으로써 본인이 제공한 정보를 입증 또는 확인하는 모든 조사 또는 보육 지원에 대한 본인의 요청과 관련된 기타 모든 조사에 전적으로 협조할 것을 동의합니다. 본인은 추가 정보 요청이 있을 때 해당 정보를 제공하겠습니다.
- 소셜 시큐리티 번호를 제공하면 서비스 중복, 사기를 방지하거나 연방 신고를 위해 연방, 주, 지방 기관에서 사용될 수 있습니다.
- 본인은 본인의 필요 사항, 소득, 주소, 주거 환경, 가구 구성 또는 보육 장소의 주소, 보육 제공자, 서비스 비용 및/또는 보육이 필요한 시간이 변경되는 경우 즉시 기관에 알리는 데 동의합니다.
- 본인은 보육이 필요하다고 기재한 아동이 미국 시민, 미국 국적 또는 이민 상태 조건을 충족하는 개인임을 확인합니다. 본인은 해당하는 경우 이민 상태 확인을 위해 아동에 대한 정보가 이민 및 귀화 서비스국(INS)에 제출될 수 있다는 것을 이해합니다. 또한 본인은 아동에 대한 본 정보의 사용 또는 공개가 이민 상태 확인 및 보육 지원 프로그램 제공 관리 또는 집행과 직접적으로 연결된 개인 및 기관으로 제한된다는 것을 이해합니다.
- 본인은 이 신청서가 명시된 보육 지원 목적을 위해서만 사용된다는 것을 이해합니다. SNAP, Medicaid, 현금 지원, 기타 서비스 등 기타 지원을 받으려면 추가 신청서가 필요합니다. 하지만 이 신청서 및 이 신청서에 대한 조사의 일환으로 획득한 모든 정보는 귀하가 다른 지원 또는 혜택을 신청하거나 신청했던 모든 시, 주, 연방 기관에 공유될 수 있습니다.
- 연방 및 주법에 따라, 보육 지원을 신청하거나 자격에 대한 질문에 답변할 때 진실을 말하지 않는 경우, 또는 다른 사람으로 하여금 본인의 신청 내역이나 자격 유지에 대해 진실을 말하지 못하게 하는 경우, 벌금, 징역 또는 두 가지 처벌을 모두 받을 수 있습니다. 보육 지원 서비스를 받거나 유지하기 위해 보육 지원 자격 최초 획득 또는 자격 유지와 관련하여 사실을 숨기거나 공개하지 않는 경우, 또는 보육 지원을 신청하는 대상의 권리에 영향을 미칠 수 있는 사실을 숨기거나 공개하지 않는 경우에도 처벌을 받습니다. 신청인이 누군가를 대리하여 신청하도록 인가받은 대리인인 경우, 보육 지원은 신청인이 아닌 해당 개인을 위해 사용되어야 합니다. 정보를 숨기거나 잘못된 정보를 제공하여 보육 지원을 받는 것은 불법입니다.
- 본인은 가족 자산이 \$1,000,000.00를 초과하지 않는다는 것을 확인합니다.

인증, 신념, 연령, 피부색, 성별, 종교, 국적, 외국인 또는 시민권 보유 여부, 신체 또는 정신 장애, 젠더, 성 정체성, 성적 지향, 임신, 결혼 또는 파트너십 상태를 근거로 차별하지 않는 것은 뉴욕시 아동서비스국의 정책이자 약속입니다.

귀하의 권리 및 책임 정보는 <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148A.pdf>에서 확인할 수 있습니다.
인터넷에 접속할 수 없는 경우, NYC ACS에 (212) 835-7610번으로 전화하여 다음의 안내 책자를 요청할 수 있습니다.
LDSS-4148A: 권리와 책임에 대해 알아야 할 사항, **LDSS-4148B:** 사회 복지 프로그램에 대해 알아야 할 사항, **LDSS-4148C:** 긴급 상황이 발생했을 때 알아야 할 사항

인증: 본인은 위증죄로 처벌될 수 있다는 전제하에 보육 지원과 관련하여 본인이 NYC ACS에 제공했거나 제공할 모든 정보가 정확하다는 사실을 맹세 및/또는 단언합니다. 본인은 위의 안내문과 첨부된 안내문을 모두 읽고 이해했습니다. 본인은 상기된 인증 내용을 이해하고 이에 동의합니다.

부모/보호자가 둘인 경우, 두 사람 모두 서명하십시오.
부모/보호자 서명: _____ 부모/보호자 서명: _____ 부모/보호자 서명: _____
정자체 이름: _____ 날짜: _____ 정자체 이름: _____ 날짜: _____ 정자체 이름: _____ 날짜: _____

Section 9
Office Only

Authorized Days and Hours of Care:

Sunday	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday
from to	from to	from to	from to	from to	from to	from to

Eligibility determined and approved by (print and initial): _____ Date: _____

Length of Eligibility from _____ to _____ Codes: RFC: _____ PR: _____ FS: _____

Authorized Days and Hours of Care for Second Shift/Work/Activity Schedule
(Complete only if parent provides second shift/work/activity schedule in Section 5)

Sunday	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday
from to	from to	from to	from to	from to	from to	from to

추가 자녀(해당되는 경우)

보육이 필요한 가구 내 모든 아동을 기재하십시오. (보육이 필요한 아동만)

섹션 2 보육이 필요한 아동	이름(성, 이름)	중간 이름 이니셜	관계	생년월일	성별	아동의 부모가 모두 집에 거주하고 있습니까?	민족 히스패닉 또는 라틴계**	인종** (아래 범례 참조)	소셜 시큐리티 번호(선택 사항)	아동에게 장애가 있습니까?	아동이 미국 시민/미국 국적이거나 이민 상태 조건을 충족합니까?
	9										
10											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											

* 카테고리 1: 보육 보장 적격 가정 - 현금 지원(CA) 신청 혹은 수령, 또는 CA 대신 보육 지원 이용 또는 임시 보육 서비스 이용
 카테고리 2: 자금이 마련될 때 이용 자격이 있는 가정
 카테고리 3: 자금이 마련되었을 때 이용 자격이 있고 ACS에서 아동 가정 서비스 계획에 등록한 가정

** 민족 및 인종 정보 제공은 선택 사항이며 보육 지원을 받는 자격이나 이 기관에서 제공하는 지원의 분량에 영향을 미치지 않습니다.

인종 소속 코드:
AI 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민
AS 아시아
BL 흑인 또는 아프리카계 미국인
HP 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민
WH 백인

추가 가족 구성원(해당되는 경우)

섹션 2A에서 작성하지 않은 전체 가구의 다른 구성원을 기재하고, 보육이 필요하지 않은 18세 미만의 아동도 포함하십시오. 본인을 먼저 작성하고, 함께 거주하는 모든 사람을 이어서 작성하십시오.

섹션 2B 가족 구성원	성명(성, 이름)(가명이나 결혼 전 성이 있는 경우 괄호 안에 작성하십시오)	중간 이름 이니셜	관계	생년월일	성별	민족 히스패닉 또는 라틴계**	인증** (오른쪽 범례 참조)	소셜 시큐리티 번호(선택 사항)
	9.							
	10.							
	11.							
	12.							
	13.							
	14.							
	15.							
	16.							
	17.							
	18.							
	19.							
	20.							
	21.							
	22.							
	23.							
	24.							
	25.							
	26.							
	27.							
	28.							

가족 구성원을 추가하려면 별도의 페이지를 첨부하십시오. 가정에 거주하고 있고 보육을 신청하는 아동의 부모 또는 보호자, 귀하의 배우자 정보를 작성하십시오.

인증 소속 코드:

- AI 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민
- AS 아시아
- BL 흑인 또는 아프리카계 미국인
- HP 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민
- WH 백인

OFFICE USE ONLY Family Size: _____

추가 공급자(해당하는 경우)

섹션 7 서비스 제공자

귀하에게 뉴욕주 아동 보호 정액 보조금을 받는 보호 지원을 이용할 자격이 있는 경우, 귀하는 센터 보호와 재택 보호 중에 선택할 수 있습니다. 면허가 없거나 등록되지 않은 서비스 제공자를 선택하면, 해당 서비스 제공자는 법적 면제 서비스 제공자로 등록되어 있어야 합니다. 선택한 서비스 제공자의 이름과 주소를 기재하십시오. 페이지를 첨부하여 더 많은 서비스 제공자를 추가할 수 있습니다.

이름: _____ 프로그램 번호 (해당하는 경우): _____ 이름: _____ 프로그램 번호(해당하는 경우): _____ 이름: _____ 프로그램 번호(해당하는 경우): _____
 주소: _____ 주소: _____ 주소: _____

이름: _____ 프로그램 번호 (해당하는 경우): _____ 이름: _____ 프로그램 번호(해당하는 경우): _____ 이름: _____ 프로그램 번호(해당하는 경우): _____
 주소: _____ 주소: _____ 주소: _____

이름: _____ 프로그램 번호 (해당하는 경우): _____ 이름: _____ 프로그램 번호(해당하는 경우): _____ 이름: _____ 프로그램 번호(해당하는 경우): _____
 주소: _____ 주소: _____ 주소: _____

소득 기록

아동 가족 복지과 카테고리 2 또는 3 보육 지원 신청서 작성 안내*

보육 지원은 보육을 위한 정액 보조금이 있을 때 제공 가능합니다.
사용 가능한 보조금이 없는 경우, 아동은 대기 명단에 등록될 수 있습니다.

학부모/보호자님께,

이 신청서는 카테고리 2 또는 3에 해당하는 가정의 보육 지원만 신청할 때 사용됩니다.

카테고리 2 또는 3 아동 보육 지원만 신청하는 경우(현금 지원을 수령하지 않는 가정) 이 약식 신청서를 사용할 수 있습니다. 카테고리 1 보육 지원(현금 지원 수령 가정)을 포함하여 다른 혜택(현금 지원, 영양 보조 지원 프로그램(푸드 스탬프), 주택 에너지 지원, Medicaid 또는 다른 서비스)을 신청하려면 **뉴욕주 특정 혜택 및 서비스 신청서(LDSS-2921)**를 요청하십시오.

뉴욕주 특정 혜택 및 서비스 신청서(LDSS-2921)가 아닌 보육 지원 신청서를 제출하면 보조금이 지원될 때 이용할 수 있는 카테고리 2 및 3의 보육 지원만 신청하게 됩니다. 귀하는 보장되는 보육인 카테고리 1을 신청하지 않고 있습니다.

아래의 안내문에는 신청서 작성을 위한 도움말이 있습니다. 신청서를 작성한 후 파란색 또는 검은색 잉크를 사용해 대문자(A, B, C) 정자체로 명확하게 기재하시기 바랍니다. 또는 컴퓨터로 양식을 작성한 후 저장한 뒤 인쇄할 수도 있습니다.

이 신청서에는 **반드시** 소득 증빙, 주소 증빙, 재직 증빙 같은 증거 서류를 포함해야 합니다.

필요한 서류 전체 목록은 첨부된 제출 체크리스트(CFWB-012B)에서 확인하십시오.

신청서 작성 전 필독 사항

- ▶ 귀하가 예방 또는 보호 아동 복지 서비스를 받고 있거나 고용된 위탁 부모인 경우, 이미 보육 지원을 받을 자격이 있으므로 이 신청서를 작성할 필요가 없습니다. 보육 지원을 요청하려면 귀하의 케이스 담당 관리자에게 연락하십시오.
- ▶ 현금 지원(CA)을 받고 있는 경우, 보육 지원 관련 문의는 인적자원관리국(HRA) 직업 센터에 해야 합니다.

참고: 필수 입력 항목을 기재하지 않으면 전체 신청서가 미완 상태로 간주됩니다.

담당자 기입란

회색 음영 처리된 공간은 담당자 기입란입니다. 해당 섹션에는 아무것도 **작성하지 마십시오.**

*카테고리 1: 보육 보장 적격 가정 - 현금 지원(CA) 신청 혹은 수령, 또는 CA 대신 보육 지원 이용 또는 임시 보육 서비스 이용
카테고리 2: 자금이 마련될 때 이용 자격이 있는 가정
카테고리 3: 자금이 마련되었을 때 이용 자격이 있고 ACS에서 아동 가정 서비스 계획에 등록한 가정

신규 신청서 제출, 상태 변경/재인증 요청, 케이스 재개 요청 중 원하는 사항을 오른쪽 상단에 기재하십시오.

섹션 1

신청인

신청인은 보육을 요청하는 성인 부모 또는 보호자입니다. 달리 명시된 경우를 제외하고, 이 섹션은 오직 신청인에 관한 다음 정보만 포함해야 합니다.

1. 성명과 중간 이름 이니셜을 정자체로 작성하십시오. 가명이나 결혼 전 성이 있는 경우 괄호 안에 작성하십시오.
 2. 혼인 상태(미혼, 기혼, 이혼 또는 사별)를 표시하십시오.
 3. 집 주소를 정자체로 작성하십시오.
 4. 임시 주소 여부를 표시하십시오. 가족이 현재 노숙자 보호소에 거주하거나, 다른 가정과 동거, 호텔/모텔 투숙, 자동차/버스/기차 투숙, 공원/캠핑장 또는 기타 장소에서 지내는 경우에만 '예'를 선택하십시오.
 5. 직장, 자택, 휴대폰/기타(해당하는 경우) 전화번호를 지역 번호를 포함하여 정자체로 작성하십시오.
 6. 이메일 주소를 작성하십시오(선택 사항).
 7. 현금 지원 상태에 '예' 또는 '아니요'를 선택하십시오. **(CA 수령자는 인적자원국(HRA) 직업 센터 담당자를 통해 보육 서비스를 신청해야 합니다).**
 8. 가정에서 가장 자주 사용하는 언어에 해당하는 상자를 선택하십시오. '기타'를 선택한 경우, 언어명을 정자체로 작성하십시오.
 9. 선호하는 언어를 선택하십시오. '기타'를 선택한 경우, 언어명을 정자체로 작성하십시오.
- ▶ 서류: 뉴욕시 거주 증명을 위해 필요한 서류를 체크리스트(CFWB-012B)에서 확인하십시오.

섹션 2A

보육이 필요한 아동

1. 가구에서 보육 지원을 신청하는 각 아동의 성명과 중간 이름 이니셜을 정자체로 작성하십시오.
 2. 가구 내 각 아동에 대해 귀하와의 관계를 정자체로 작성하십시오(예: 자녀).
 3. 기재한 각 아동의 생년월일을 정자체로 작성하고 해당하는 성별 상자를 선택하십시오.
 4. 아동의 부모가 모두 함께 집에 거주하는지 표시하십시오.
 5. 신청 대상 아동이 히스패닉 또는 라틴계에 해당하는지 여부에 따라 '예' 또는 '아니요'를 선택하십시오. 민족 정보 제공은 선택 사항이며 보육 지원을 받는 자격이나 이 기관에서 제공하는 지원의 분량에 영향을 미치지 않습니다.
 6. 인증 열에 보육이 필요한 각 아동의 정보를 작성하십시오. 아동 한 명에 대해 여러 인증 카테고리를 선택할 수 있습니다. 인증 정보 제공은 선택 사항이며 보육 지원을 받는 자격이나 이 기관에서 제공하는 지원의 분량에 영향을 미치지 않습니다. 아래의 코드를 사용하십시오.
AI - 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민 **AS** - 아시아 **BL** - 흑인 또는 아프리카계 미국인
HP - 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민 **WH** - 백인
 7. 각 아동의 소셜 시큐리티 번호(SSN)를 제공하십시오. 신청인의 SSN은 제공하지 않아도 됩니다. 서비스 중복, 사기를 방지하거나 연방 신고를 위해 연방, 주, 지방 기관에서 SSN을 사용할 수 있습니다.
 8. 보육 지원을 신청하는 아동의 장애 유무에 따라 '예' 또는 '아니요'를 선택하십시오.¹ 아동이 보육 지원 서비스를 받을 자격이 있는 것으로 결정되면 <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> 에서 특수 필요 신청서를 받으십시오.
 9. 보육이 필요한 아동이 미국 시민, 미국 국적 또는 조건을 충족하는 이민 상태인지에 따라 '예' 또는 '아니요'를 선택하십시오.
 10. 아동을 추가하려면 별도의 페이지를 첨부하십시오(보육이 필요한 아동이 여덟(8) 명을 초과하는 경우).
- ▶ 서류: 보육이 필요한 아동에 한하여 시민권/이민 상태 증명에 필요한 서류를 체크리스트(CFWB-012B)에서 확인하십시오.

¹ 장애나 특수한 필요가 있는 아동은 시각 장애, 귀먹음이나 다른 청각 장애, 기형 장애, 정서 장애, 정신 지체, 학습 장애, 언어 장애, 건강 장애, 자폐증 또는 여러 장애 등의 질환을 한 가지 이상 진단받았고 해당 질환이 일반적으로 행동할 수 있는 능력에 부정적인 영향을 미치는 수준이기 때문에 스스로 자신을 돌볼 수 없는 아동입니다. 이러한 진단은 전문의, 면허나 자격증이 있는 심리학자 혹은 진단을 내릴 수 있는 적절한 자격 증명이 된 전문가가 내려야 합니다.

섹션 2B

가족 구성원

1. 가족 구성원은 전체 가구의 다른 구성원으로, 보육이 필요하지 않은 아동도 포함됩니다. 본인을 먼저 작성한 후 아동의 다른 부모, 보호자, 의붓부모(해당하는 경우)를 포함하여 함께 거주하는 모든 사람을 작성하십시오. 보호자에는 아동의 부모 역할을 대신하는 법정 후견인, 친척 또는 다른 사람이 포함됩니다. 성명과 중간 이름 이니셜(해당하는 경우)을 정자체로 작성하십시오.
 2. 각 사람에 대해 신청인과의 관계를 정자체로 작성하십시오(예: 배우자, 동거인, 조부모, 부모 등).
 3. 각 가구 구성원의 생년월일을 정자체로 작성하고 해당하는 성별 상자를 선택하십시오.
 4. 각 가구 구성원이 히스패닉 또는 라틴계에 해당하는지에 따라 '예' 또는 '아니요'를 선택하십시오. 민족 정보 제공은 선택 사항이며 보육 지원을 받는 자격이나 이 기관에서 제공하는 지원의 분량에 영향을 미치지 않습니다.
 5. 신청인과 함께 거주하는 모든 사람에 대해 인종 열을 작성하십시오. 한 사람에 대해 여러 인종 카테고리를 선택할 수 있습니다. 인종 정보 제공은 선택 사항이며 보육 지원을 받는 자격이나 이 기관에서 제공하는 지원의 분량에 영향을 미치지 않습니다. 아래의 코드를 사용하십시오.
AI - 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민 **AS** - 아시아 **BL** - 흑인 또는 아프리카계 미국인
HP - 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민 **WH** - 백인
 6. 가구 구성원의 소셜 시큐리티 번호(SSN)를 기입하십시오. SSN 기입은 선택 사항입니다. 서비스 중복, 사기를 방지하거나 연방 신고를 위해 연방, 주, 지방 기관에서 SSN을 사용할 수 있습니다.
 7. 가구 구성원이 여덟(8) 명을 초과하는 경우, 별도의 페이지를 첨부해 모든 정보를 작성하십시오.
- ▶ 서류: 보육 지원의 필요 여부와 관계없이, 부모/신청인과 아동의 관계를 확인하고 아동의 연령을 확인하기 위해 가구 내 만 18세 미만인 모든 아동에 대해 필요한 서류를 체크리스트(CFWB-012B)에서 확인하십시오.

섹션 3

아동/가족 필요 사항

1. 보육 지원을 요청하는 이유에 해당하는 상자를 선택하십시오.
 - 직장
 - 직업 훈련 또는 교육 활동
 - 가정 폭력 서비스 이용 중
 - 구직 중
 - 노숙 중
 - 승인된 약물 남용 치료 프로그램에 참여
 2. 비양육 부모의 보육 가능 여부를 '예' 또는 '아니요'에 표시하십시오.
 3. 부모 중 현재 미국 현역 군인이 있는지 해당하는 상자에 표시하십시오. 신청서 작성을 완료하려면 '예' 또는 '아니요'를 선택해야 합니다.
 4. 부모 중 현재 주 방위군 또는 예비군이 있는지 해당하는 상자에 표시하십시오. 신청서 작성을 완료하려면 '예' 또는 '아니요'를 선택해야 합니다.
 5. 신청인이 다른 기관의 보육 서비스를 이용 및/또는 신청 중인지 표시하고 해당 기관을 선택하십시오.
- ▶ 서류: 각 보육 지원 사유에 필요한 서류를 체크리스트(CFWB-012B)에서 확인하십시오. 병역 증빙 서류는 필요하지 않습니다. 신청인은 병역으로 받는 소득 증빙 서류를 제출해야 합니다.

섹션 4 직장

(보육 지원 신청 사유가 직장 때문이거나 직장 소득을 보고하는 경우, 가구 내 고용된 부모, 보호자 또는 의붓부모 각각에 대해 작성하십시오.)

1. 신청인의 고용주 이름, 주소, 전화번호를 정자체로 작성하십시오.
2. 고용 시작일을 정자체로 작성하십시오.
3. 직장에서 교대 근무 및/또는 야간 근무가 필요한지에 따라 적절한 상자를 선택하십시오.
4. 해당하는 경우, 가구 내 다른 부모, 보호자 또는 의붓부모의 고용주 이름, 주소, 전화번호를 정자체로 작성하십시오.
5. 해당하는 경우 가구 내 다른 부모, 보호자 또는 의붓부모의 고용 시작일을 정자체로 작성하십시오.
6. 해당하는 경우, 가구 내 다른 부모, 보호자 또는 의붓부모의 직장에서 교대 근무 및/또는 야간 근무가 필요한지에 따라 적절한 상자를 선택하십시오.

▶ 서류: 직장 증빙에 필요한 서류를 체크리스트(CFWB-012B)에서 확인하십시오.

섹션 5 근무/활동/이동 시간 일정

(직장에 다니거나 교육/직업 활동을 하는 가구 내 부모, 보호자 또는 의붓부모 각각에 대해 작성하십시오.)

1. 일반적인 요일별 근무 또는 활동 시간을 정자체로 작성하십시오. 시간대(AM 또는 PM)를 알려주십시오.
2. 또 다른 교대 근무, 직장생활 또는 활동을 하는 경우, 해당 활동의 일정을 정자체로 작성하십시오.
3. 해당하는 경우, 다른 교대 근무, 직장 또는 활동의 일반적인 요일별 근무 또는 활동 시간을 정자체로 작성하십시오.
4. 가구 내 다른 부모, 보호자 또는 의붓부모가 다른 교대 근무, 직장생활 또는 활동을 하는 경우, 해당 활동의 일정을 정자체로 작성하십시오.
5. 신청인이 직장/활동 장소와 서비스 제공 장소를 오가는 데 소요되는 시간을 선택하십시오.
6. 신청인이 직장/활동 장소와 서비스 제공 장소를 오가기 위해 대중교통을 이용하는지 표시하십시오.
7. 해당하는 경우, 가구 내 다른 부모, 보호자 또는 의붓부모가 직장/활동 장소와 서비스 제공 장소를 오가는 데 소요되는 시간을 선택하십시오.
8. 가구 내 다른 부모, 보호자 또는 의붓부모가 직장/활동 장소와 서비스 제공 장소를 오가기 위해 대중교통을 이용하는지 표시하십시오.

섹션 6 소득 정보

이 섹션에서는 본인 또는 가구 구성원의 소득 항목에 대해서만 답변하십시오. 신청인 **그리고** 가구 내 다른 성인(신청인과 함께 사는 배우자, 또는 공통된 자녀가 한 명 이상 있고 신청인과 함께 사는 성인 포함)의 소득/수당 혜택 정보를 기재하십시오. 보육 지원을 요청하는 대상 아동에 대해 법적 책임을 지고 있는 만 18세 미만의 개인에 대한 정보도 기재하십시오.

1. 각 소득 유형에 대해 신청인, 그리고 신청인과 함께 사는 개인에 대해 '예' 또는 '아니요'를 선택하십시오(✓).
2. '예'로 답변한 항목에 대해 달러(\$) 금액 또는 가치, 수령 빈도, 소득을 받는 사람의 이름을 정자체로 작성하십시오.
3. 모든 소득 항목을 신청서에 보고해야 합니다.
4. 현금 지원을 수령한다고 표시한 경우, HRA 직업 센터 담당자를 통해 보육 서비스를 신청해야 합니다.
5. 어떤 소득 유형에 해당하는지 확실하지 않다면 '기타'에 작성할 수 있습니다.

▶ 서류: 소득 증빙에 필요한 서류를 체크리스트(CFWB-12B)에서 확인하십시오.

섹션 7 서비스 제공자

1. 귀하에게 뉴욕주 아동 보육 정액 보조금을 받는 보육 지원을 이용할 자격이 있는 경우, 귀하는 센터 보육과 재택 보육 중에 선택할 수 있습니다.
2. 아동을 등록하고 싶은 서비스 제공자/프로그램을 알고 있는 경우, 이름과 주소, ACS 프로그램 번호(해당하는 경우)를 기재하십시오.

섹션 8 인증

인증 섹션을 자세히 읽고 서명하십시오. 신청자가 다른 사람을 대신해 신청서를 작성하는 경우, 본인의 이름으로 서명해야 합니다. 두 부모가 있는 가구는 **부모 두 사람 모두 신청서에 서명해야 합니다**.

귀하는 서명함으로써 전체 가족 자산이 \$1,000,000를 초과하지 않음을 확인하게 됩니다. 가족 자산의 예: 현금, 저축 및 당좌 예금, 주택, 부동산, 자동차, 주식, 채권, 뮤추얼 펀드, IRA, 401(k), 연금, 신탁 자금, 생명 보험, 안전 금고 보관물 등

섹션 9 담당자 기입란

이 섹션은 작성하지 마십시오. 귀하의 보육 서비스 이용 자격을 판단하는 담당자가 사용하는 섹션입니다.

유권자 등록 정보

보육 지원 신청서의 마지막 페이지는 투표 등록 신청서입니다. 유권자 등록 신청 양식 작성에 도움이 필요한 경우 311번으로 전화하시기 바랍니다. 유권자 등록 신청 또는 거부는 보육 지원을 받는 자격이나 이 기관에서 제공하는 지원의 분량에 영향을 미치지 않습니다.

권리 및 책임 정보

권리 및 책임 정보는 <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148a.pdf> 에서 확인할 수 있습니다.

인터넷에 접속할 수 없는 경우, NYC ACS에 (212) 835-7610번으로 전화하여 필요한 권리 및 책임 안내 책자를 우편으로 받도록 요청할 수 있습니다.

- LDSS-4148A: 권리와 책임에 대해 알아야 할 사항
- LDSS-4148B: 사회 복지 프로그램에 대해 알아야 할 사항
- LDSS-4148C: 긴급 상황이 발생했을 때 알아야 할 사항

자영업자:

- 자영업 기간이 1년 이상인 경우, 작성 완료 및 서명한 최신 소득 신고서(예: 1040, 1065, Schedule C, SE(동업), K-1, 등)
- 자영업 기간이 1년 미만인 경우, CFWB-031 자영업 소득 정보 증명서를 작성하여 제출

기타 소득:

- CFWB-012에서 신청인이 명시한 기타 소득을 증명할 수 있는 최근 수표, 급여 명세서 또는 최근 지급 서신(SSI, SSD, 실업 급여, 임대 수익, 연금, 연금 보험, 산재 보상금, 이혼 수당, 자녀 양육비 포함)

7. 보육 신청 사유:

신청인은 보육 신청 사유에 대해 다음 중 한 가지 서류를 제출해야 합니다.

a. 주당 최소 10시간 근무로 최저 임금 수령:

- 상기된 직장 근무 및/또는 자영업자에게 필요한 소득 증빙 서류를 참조하십시오.

b. 교육/직업 활동:

직업 학교, 2년제 또는 4년제 전문 대학(다음 서류 중 한 가지 제출)

- 학교 도장이 찍힌 CFWB-005
- 훈련 또는 교육 기관의 공식 용지 서신도 인정되지만, CFWB-005에서 요구하는 모든 필수 정보가 포함되어 있어야 합니다.

c. 구직 중(다음 서류 중 한 가지 제출):

- CFWB-026 - 구직 기록
- 뉴욕주 노동청에서 승인한 구직 계획서
- 실업 보험금 수령 증빙

d. 노숙(다음 중 한 가지 서류 제출):

- 호텔/보호소의 추천서
- CFWB-027 거주 질문/증명서

e. 가정 폭력 위탁(가정 폭력 서비스 제공자):

- 가정 폭력에 대응하는 서비스 위탁

f. 승인된 약물 남용 치료 프로그램에 참여

- 약물 남용 치료를 위한 서비스 의뢰

양식과 신청 안내문은 <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> 페이지에서 확인하십시오.
자세한 정보는 311번 또는 212-835-7610번으로 문의하십시오.

The City of New York
Administration for Children's Services
Division of Child and Family Well-Being
66 John Street, 7th Floor
New York, New York 10038



신청서 제출 방법

보육 지원 신청서(CFWB-012)를 작성하고 가족 규모, 거주지, 소득, 보육 신청 사유를 증명할 수 있는 모든 필수 서류를 준비하십시오. 제출하기 전 신청 체크리스트를 참조해 신청서를 제대로 작성했는지 확인하십시오.

절차 진행을 위해 작성한 신청서와 서류를 아래 주소로 보내주십시오.

NYC Children – EDU
PO Box 40
Maplewood, NJ 07040

모든 서류는 미국 우편 서비스를 통해 보내야 합니다. 서류를 Fedex 또는 UPS를 통해 사서함으로 보내면 안 됩니다.

신청과 관련해 궁금한 점이 있는 경우 ACS 보육 지원 콜센터에 212- 835-7610 번으로 문의하시기 바랍니다.



66 John Street/8th Floor
New York, New York 10038

Child.FamilyWellBeing@acs.nyc.gov
www.nyc.gov/acs

안내문

대상: 보육 지원을 신청하는 모든 부모/보호자

제목: 이민 상태

특정 프로그램을 이용하려면 보육이 필요한 아동이 미국 시민 또는 미국 국적이거나 이민 상태가 조건을 충족한다는 사실을 보여주는 증빙이 필요합니다.

귀하나 보육이 필요한 아동 이외의 가구 구성원에 대한 이민 상태는 요청하지 않습니다.

궁금한 점이 있거나 아동의 시민권 또는 이민 상태 증빙이 필요하지 않고 보조금이 지원되는 유아 돌봄 및 교육 프로그램 목록을 받으려면 ACS 아동 가족 복지과 핫라인에 (212) 835-7610번으로 전화하거나 당국의 웹사이트 (<http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/eligibility.page>)를 방문하시기 바랍니다.

뉴욕주 기관용 유권자 등록 신청서

“현 거주지에서 유권자 등록이 되어 있지 않았을 경우, 오늘 여기서 등록을 신청하시겠습니까?”

- 예 예에 표시한 경우 아래 유권자 등록 신청서를 작성해 주십시오
- 아니요 등록하지 않겠습니다 또는
- 이미 현재 주소로 등록했습니다 또는
- 우편 등록 신청서를 신청해 받았습니다

아무 항목에도 표시하지 않은 경우, 유권자 등록을 신청하지 않은 것으로 간주됩니다.

서명 _____ 날짜 _____

이름을 정자체로 기재 _____

중요 사항!

유권자 등록 신청 여부는 본 기관을 통해 귀하에게 제공되는 지원 금액에 영향을 미치지 않습니다.

유권자 등록 신청서 작성에 어려움이 있다면 기꺼이 도와드리겠습니다. 원하신다면 작성에 필요한 도움을 받으실 수 있으니 문의해 주십시오. 도움을 원치 않으시면 혼자서 신청서를 작성하실 수 있습니다.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই রুমটি ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

개정 05/04/2021

유권자 등록 신청서 (작성 지침은 뒷면 참조)

예, 부재자 투표 신청서가 필요합니다 **파란색 또는 검은색 펜을 사용해 정자체로 작성하십시오** 예, 선거일 지원 근무자로 활동하고 싶습니다

1	미국 시민입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 만일 대답을 아니요라고 하셨다면 이 신청서를 작성하지 마십시오		2	A) 선거일 전이나 선거 당일에 만 18세가 됩니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 B) 16세 이상이고, 투표일 당일 또는 그 이전에 18세 이상이어야 하며, 그러한 투표 시점에 18세가 될 때까지 등록이 “진행 중”이라고 표시되어 있으면 어떤 투표도 행사할 수 없게 된다는 사실을 알고 계십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 앞의 두 개 질문에 모두 아니요라고 답했다면 투표 등록을 할 수 없습니다.		For Board Use Only		
	3	성		이름	중간 이니셜		호칭	
4	거주지 주소(우편사서함(P.O. Box) 불가)		아파트 호수	도시/타운/빌리지	우편번호		카운티	
5	우편물 수취 주소(위와 다를 경우)		우편 사서함, Star Route 등	우체국	우편번호			
6	생년월일	7	성별(선택 사항)	8	전화(선택 사항)	이메일(선택 사항)		
10	마지막으로 투표한 연도	당시 주소(주택 번호, 도로명, 도시명 기재)				9	신분증 번호 (해당 항목에 표시하고 번호를 기재) <input type="checkbox"/> 뉴욕주 DMV 번호 — — — — — <input type="checkbox"/> 사회 보장 번호(Social Security Number) 마지막 4자리 — — — — <input type="checkbox"/> 뉴욕주 DMV 번호 또는 사회 보장 번호 없음	
	투표 카운티/주	투표 시 사용한 이름(현재 이름과 다를 경우)						
11	정당 정당 가입을 희망합니다 <input type="checkbox"/> 민주당(Democratic party) <input type="checkbox"/> 공화당(Republican party) <input type="checkbox"/> 보수당(Conservative party) <input type="checkbox"/> 근로가족당(Working Families party) <input type="checkbox"/> 기타 _____ 어떤 정당에도 가입하고 싶지 않고 독립된 유권자가 되고 싶습니다 <input type="checkbox"/> 미가입					12	선서: 본인은 다음의 사실을 맹세 또는 단언합니다 • 본인은 미국 시민입니다. • 본인은 선거일 이전에 최소 30일 동안 해당 카운티, 도시, 빌리지에 거주할 예정입니다. • 본인은 뉴욕주 유권자 등록 요건을 모두 충족합니다. • 아래의 서명 또는 표시는 본인의 서명 또는 표시입니다. • 상기 정보는 사실입니다. 본인은 상기 정보가 사실이 아닐 경우 유죄 판결을 받을 수 있고 \$5,000의 벌금형 및/또는 최고 4년간의 징역형에 처해질 수 있음을 이해합니다.	
							_____/_____/_____ 잉크로 서명 또는 표시 날짜	

(선택 사항) 장기 및 조직 기증 등록

성		
이름	미들 이니셜	호칭
주소		
아파트 호수	도시/타운/빌리지	우편번호
생년월일	성별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	
노동자 색	신장	피트 인치
이메일	DMV 또는 ID NYC 번호	

본인은 아래에 서명함으로써 다음 내용을 확인합니다.

- 16세 이상입니다.
- 본인의 장기와 조직을 이식 및 연구 목적을 위해 기증하기로 동의합니다.
- 선관위가 기증자 등록을 위해 본인의 이름 및 신원 정보를 뉴욕주 장기 및 조직 기증에 제공할 수 있도록 승인합니다.
- 또한, 본인이 사망했을 경우, 등록부가 이러한 정보를 연방정부의 규제를 받는 장기 확보 기관, 뉴욕주의 허가를 받은 조직 및 안구 은행, 뉴욕주 보건국 국장(NYS Commissioner of Health)의 승인을 받은 기타 기관에 제공할 수 있도록 승인합니다.



서명 _____ 날짜 _____

등록 자격 요건

신청서 사용 목적:

- 뉴욕주에서 유권자로 등록
- 마지막 투표 이후 이름 및/또는 주소가 변경된 경우 해당 정보를 변경
- 정당에 가입하거나 가입 정당을 변경
- 16세 또는 17세인 경우 투표 사전 등록.

등록 필수 조건:

- 미국 시민이어야 함
- 18세 이상(16세 또는 17세에 사전 등록은 가능하지만 18세가 될 때까지 투표 불가)
- 선거일 이전에 최소 30일 동안 뉴욕시 또는 뉴욕 카운티의 거주자여야 함
- 중범죄 유죄판결로 가석방 또는 복역 중이지 않아야 합니다
- 타 지역에서 유권자 등록을 요청하지 않음
- 법원에서 무능력자로 인정되지 않음

중요 사항!

귀하의 유권자 등록 또는 등록 거부 권리, 유권자 등록 여부의 결정 또는 등록 신청에 대한 사생활 보호 권리, 정당 또는 기타 정치적 선호 사항을 스스로 선택할 권리가 타인에 의해 침해되었다고 판단되는 경우 아래 뉴욕주 선거관리위원회(NYS Board of Elections)로 불만을 제기하실 수 있습니다.

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729
전화: 1-800-469-6872

TDD/TTY 사용자는 711번을 눌러 뉴욕주 릴레이 서비스(New York State Relay)를 통해 연결

웹사이트: www.elections.ny.gov

귀하의 등록 결정 의사는 기밀 사항으로 취급되며 유권자 등록 목적으로만 사용됩니다. 유권자 등록을 하지 않기로 결정한 개인 및/또는 본 신청서가 제출된 사무실에 관련된 정보는 기밀 사항이며 유권자 등록 목적으로만 사용됩니다.

신원 확인 절차

선거일 이전에 본 신청서 9번 항목에 기재된 DMV 번호(운전면허증 번호 또는 비운전자 ID 번호)나 사회 보장 번호 마지막 4자리를 통해 귀하의 신원을 확인할 예정입니다.

DMV 또는 사회 보장 번호가 없다면 사진이 부착된 유효한 신분증, 가장 최근의 공과금 고지서, 은행 입출금 내역서, 급여 지불 수표, 정부 발행 수표 또는 본인의 이름과 주소가 기재된 기타 정부 발행 문서를 통한 신원 확인이 가능합니다. 위에 해당하는 신분증의 사본을 본 신청서에 동봉해 접수할 수 있습니다.

선거일 전에 귀하의 신원을 확인할 수 없는 경우, 처음 투표 시 신분증 제시를 요청받게 됩니다.

신청서 작성 시 주의 사항:

선거관리위원회에 거짓된 정보를 제공하거나 허위로 유권자 등록을 진행하는 행위는 범죄 행위입니다.

9번 항목: 반드시 하나를 선택해야 합니다. 궁금한 점이 있으면 위에 명시된 신원 확인 절차를 참고하십시오.

10번 항목: 전에 한 번도 투표한 적이 없으면 "없음(None)"이라고 기재하고, 마지막으로 투표한 날짜를 기억할 수 없으면 물음표(?)를 기재하십시오. 다른 이름을 사용하여 투표한 경우 해당 이름을 기재하고, 그렇지 않으면 "같음(Same)"이라고 기재하십시오.

11번 항목: 하나의 항목에만 표시하십시오. 정당 가입은 선택 사항이지만, 정당 예비 선거에 투표하려는 투표자는 해당 정당에 가입해야 합니다(주 정당 규칙에서 별도로 허용하는 경우는 제외).