

# 아동 지원 서비스 신청



# 환영합니다!

뉴욕의 아동 지원 프로그램(Child Support Program)은 가족을 강화하고 아동에게 필요한 재정 및 의료 지원을 제공하기 위해 부모 및 후견인과 협력합니다.

## 신청 과정 시작:

1. 1~4페이지에 있는 **아동 지원 서비스에 대한 중요 정보 (Important Information about Child Support Services)** 를 검토하고, 이 서류를 참고용으로 보관하십시오.
2. **A 부분 - 신청서**(A-1에서 A-4페이지까지)의 작성을 완료하고 서명하십시오.  
**아동 지원 서비스를 받기 위해서는 반드시 신청서에 서명해야 합니다.**
3. 이 신청서에 기재된 다른 당사자(Other Party)를 포함하여 각 아동(최대 아동 2명)에 대해 **B 부분 - 아동 정보**(B-1에서 B-2페이지까지)의 작성하십시오.
4. 만약 이 신청서에 기재된 다른 당사자와 함께 보호하는 아동이 두(2) 명을 초과하는 경우, 각 추가 아동에 대해 별도 서식인 **추가 아동 정보(LDSS-5143B)** 또는 **B 부분**에 있는 **B-1페이지**의 복사본을 얻어 작성을 완료하십시오.
5. **C 부분 - 지원 서류**(C-1페이지)를 검토하고 신청서와 관련된 모든 서류의 사본을 제출하십시오.

# 아동 지원 서비스에 대한 중요 정보

1~4페이지를 읽고 참고용으로 보관해주십시오.

## 정의

**아동** - 지원이 필요한 만 21세 미만의 개인.

**양육권을 가진 부모(CP)** - 아동을 일차적으로 돌보고 양육권을 가진 부/모. 공동 양육권의 경우, 양육비를 받는 부/모가 아동 지원을 받을 자격이 있습니다.

**후견인(G)** - 만 21세 미만의 아동 최소 1명에 대한 물리적 양육권을 가진 부모가 아닌 양육자. 만약 아동이 매일 후견인과 생활하는 경우, 이 후견인이 아동의 물리적 양육권을 가집니다.

**양육권이 없는 부모(NCP)** - 양육비를 제공할 의무가 있는 부/모.

**추정 부친(AF)** - 아동의 부친일 가능성이 있지만 아직 법적으로 친부라고 인정받지 못한 사람.

## 자격 조건

뉴욕주에서 부모는 아동이 만 21세가 될 때까지 자신의 자녀를 지원해야 합니다. 만 21세 미만 아동 중 최소 한 명의 **부/모** 또는 **후견인**이 아동 지원 서비스를 신청할 수 있습니다. 만 21세 미만의 **아동** 또는 **양육권이 없는 부/모** 또는 **추정 부친**도 아동 지원 서비스를 신청할 수 있습니다.

## 기밀유지 보장

아동 지원 프로그램은 귀하의 개인정보를 보호하고 해당 정보의 무결성, 접근성, 사용을 보호해야 합니다(아동 지원 프로그램의 컴퓨터 시스템에 보관되는 케이스 정보 포함). 우리는 오직 아동 지원을 목적으로 하거나 기타 법으로 허용하는 경우에만 귀하의 주소와 기타 식별 정보를 다른 주정부와 연방 기관과 공유합니다. **정보는 법이 정한 이유에 근거하여 승인을 받은 사람에게만 공개될 수 있습니다.**

**사회보장번호의 사용:** 연방법(42 USC § 666)에 따라, 사회보장번호는 부모의 위치 파악, 부권 설정 및/또는 지원 명령의 발부, 수정, 강제의 경우, 특정 공공 이익 프로그램의 운영 또는 기타 법에서 정하는 경우에만 사용될 수 있습니다. 또한 사회보장번호는 사회보장국(Social Security Administration)을 통한 확인 대상이 됩니다.

## 안전에 대한 우려

**A 파트 - 신청의 A-1페이지 나와있는 안전 우려 관련 질문을 읽고 대답해야 한다는 점을 명심해주시기 바랍니다.** 질문에 '예'라고 체크하신 경우, 귀하의 지역 아동 지원 프로그램 사무소가 귀하의 우려에 대해 귀하와 이야기를 나누고 법원에 주소 기밀유지 진술서(Address Confidentiality Affidavit)를 제출하도록 지원할 수 있습니다. 또한 귀하의 주소가 법원으로 발송하는 서류에 표시되지 않도록 지원할 수 있습니다. **귀하의 요청에 따라** 또는 다음을 알게 된 경우, 위치 정보의 공개를 금지할 것입니다.

- 귀하가 가정폭력 쉼터에 살고 있을 경우
- 귀하가 다른 당사자가 연관된 보호 명령을 받았을 경우
- 귀하가 가정폭력으로 인한 위탁 혹은 공공 또는 민간 서비스 제공자로부터 기타 서면 성명서를 가지고 있는 경우
- 다른 쪽 당사자와의 접촉이 귀하나 아동에게 신체적 또는 정서적 유해를 가할 위험이 있다고 법원이 판단한 경우.

## 서비스

아동 지원 프로그램은 연방 및 뉴욕주 법, 규정, 정책에 따라 귀하의 상황에 적절하게 아동 지원 서비스를 제공할 것입니다. 서비스는 귀하의 지원과 협조와 함께, 아동 지원금을 지급해야 하는 한 제공될 수 있습니다. 다음의 서비스를 적절히 제공합니다.

- 양육권을 가지지 못한 부모 또는 추정 부친의 **위치**, 주소, 직장, 소득원 및 자산, 건강보험 보장에 대한 정보 취득 포함.
- 자발적 인정 과정을 통해 또는 법원 기반 과정을 통해 미혼 부모에게 출생한 아동의 **부권 설정**(법적 부친).
- 가능한 경우 부모 중 일방으로부터의 건강보험 보장 또는 현금 의료 지원 설정을 비롯한 지원 명령의 **발부** 및/또는 **수정**.
- 교육비, 아동 양육비, 현금 의료 지원을 비롯하여 지원징수부서(Support Collection Unit)를 통해 지급해야 하는 아동 지원금 또는 아동과 배우자의 합산 지원금의 **징수 및 배부**.
- (1) 임금, 혜택 또는 기타 수입의 지불 보류, (2) 연방 및 추 세금 환급액 추징, (3) 자산 및 복권 당첨금 저당, (4) 신용 당국에 보고, (5) 양육권을 가지지 못한 부모의 뉴욕주 운전면허 정지, (6) 뉴욕주 세제 및 재무부(New York State Department of Taxation and Finance)에 징수 위탁 등을 통해 **지원 의무 강제 집행**. 법원이 명령한 건강 보험 혜택도 아동 지원 프로그램에 의해 강제 집행될 수 있습니다.
- **위반 신청서** 제출 및 기소.
- 지원 징수 단위를 통해 **기존 지원 명령** 지급 지원.

위에 명시된 모든 서비스는 다른 카운티, 주, 일부 국가에 사는 부모에게도 제공됩니다.

귀하의 아동 지원 케이스는 다음을 포함하나 이에 국한되지 않는 이유로 종결될 수 있습니다.

- 부권이 설립될 수 없는 경우,
- 양육권을 가지지 못한 부모/추정 부친을 성실한 노력을 한 후에도 위치 특정할 수 없거나 가석방 없이 수감 중이거나 지원을 할 능력이 없이 장애를 얻었거나 시설에 있는 경우,
- 서비스 수령자가 서비스 제공의 다음 단계를 위해 필수적인 정보를 제공하거나 협조하는 데 실패한 경우,
- 서비스 수령자가 종결 요청을 서면 또는 구두로 한 경우, 또는
- 아동 지원 프로그램이 서비스 수령자와 연락할 수 없는 경우.

## 부권 설정

부권 설정은 아동의 법적 부친을 결정하는 과정입니다. 만약 부모가 혼인 관계가 아니라면, 추정 부친은 법적 부친이라고 판단되기 전까지는 아동에 대한 어떠한 권리나 책임도 없습니다. 추정 부친이 법적 부친이 되기 위해서는 부모가 반드시 아동의 부권을 설정해야 합니다. **아동의 부권을 설정함으로써, 부모는 아동이 혼인 관계의 부모에게 태어난 아동과 같은 권리와 혜택을 누리도록 보장하게 됩니다.** 뉴욕주에서 부권은 자발적인 부권 인정(Acknowledgment of Paternity) 서식에 서명하거나 법원 신청서를 제출하여 법원이 부권을 판단하고 친자 명령(Order of Filiation)을 내리는 방식으로 설정할 수 있습니다.

## 아동 지원 의무

법원의 판결이 있을 시(가정법원법 § 413 및 가족관계법 § 240), 기본 아동 지원 의무에는 아동을 위한 퍼센티지 기반의 의무, 건강보험 보장 및/또는 현금 의료 지원, 아동 양육비, 교육비가 포함됩니다.

### 아동 지원 퍼센티지

|          |        |
|----------|--------|
| 아동 1명    | 17%    |
| 아동 2명    | 25%    |
| 아동 3명    | 29%    |
| 아동 4명    | 31%    |
| 아동 5명 이상 | 최소 35% |

퍼센티지 지침은 최대 부모 합산 소득의 148,000달러까지 적용됩니다. 148,000달러(해당 기준은 2020년 상향 조정되며, 이후 2년마다 도시 소비자 가격 지수[CPI-U]의 변화를 반영하여 조정됨)를 초과하는 경우, 법원은 퍼센티지 지침의 적용 여부를 판단합니다. 법원은 가정법원법 § 413(1)(f) 및 가족관계법 § 240(1-b)(f)에 명시된 인자들에 의거해 퍼센티지 기반 의무에서 벗어난 판결을 할 수도 있습니다.

**저소득 의무:** 양육권을 가지지 못한 부모의 소득이 1인 기준 연방 빈곤 수준이거나 하회하는 것으로 결정될 경우, 추정 지원액은 매달 25 달러입니다. 소득이 자기 부양 준비금(연방 빈곤 수준의 135%) 이하이나 연방 빈곤 수준을 상회하는 경우, 추정 지원액은 매달 50달러입니다.

**생활비 조정(Cost of Living Adjustment, COLA):** 최소 두(2) 살이거나 CPI-U의 연간 평균 퍼센티지 변경분의 총합이 법원 명령이 발부됐거나 마지막으로 수정 또는 조정된 이후 십(10) 퍼센트 이상 변경됐다면 명령은 COLA 자격을 갖습니다. 2년마다 계좌를 검토하여 귀하의 명령이 생활비 조정의 자격 조건을 갖추었는지 결정합니다. COLA는 법원 출석 없이 이루어집니다. 명령이 COLA 자격을 갖추었을 경우 양 당사자에 고지가 발송되며, 한쪽 당사자가 조정을 요청할 수 있습니다.

**명령 수정:** 아동 지원 프로그램은 필요한 경우 귀하의 지원 명령 수정을 위한 신청서 제출을 도와드릴 수 있습니다. 한쪽 당사자는 상황의 중대한 변화 또는 가정법원법 § 451 (2)(b)에서 명시하는 기타 조건을 제시하고, 이에 근거하여 지원 명령의 수정을 모색할 권리가 있습니다.

**법적 절차와 관련한 정보권:** 귀하는 귀하가 연관된 모든 법정 절차의 시간, 일자, 장소에 대해 정보를 제공받을 권리가 있습니다. 귀하에게 지원 명령을 발부, 수정, 조정 혹은 집행하는 명령의 사본, 혹은 신청서를 각하하는 명령의 사본이 제공됩니다.

## 지원금 배부

지원금은 연방 및 뉴욕주 배부 규칙에 따라 배부됩니다.

- **만약 양육 부/모가 임시 지원을 한 번도 받은 적이 없다면**, 해당하는 경우 연간 서비스료 및 법률 서비스 비용 회수를 제외하고 마땅히 받아야 하며 징수가 완료된 모든 지원을 받게 됩니다.
- **만약 양육 부/모가 과거 임시 지원을 받은 적이 있다면**, 아동 지원 징수금은 먼저 현재의 지원금을 지급하는 데 사용된 후, 양육 부/모에게 지급해야 하는 지원 체불금/기일이 지난 미지급 지원금을 지급한 다음 사회보장서비스 지역사무소에 지급해야 하는 지원 체불금/기일이 지난 미지급 지원금을 지급하는 데 사용됩니다. 연방 세금 환급 상환액으로부터 수취한 징수금은 먼저 사회보장서비스 지역사무소에 지급해야 하는 모든 지원 체불금/기일이 지난 미지급 지원금을 지급한 다음, 양육 부/모에게 지급해야 하는 지원 체불금/기일이 지난 미지급 지원금을 지급하는 데 사용됩니다.

## 초과지불금의 보상

아동 지원 프로그램은 귀하를 대신하여 아동 지원금을 징수하여 귀하에게 지급합니다. 드물게 잘못된 지불(돈이 다른 사람에게 잘못 송금됨) 또는 미지급 지불(송금인의 은행에 의해 지급액이 지불되지 않고 반환됨) 등 기타 원인으로 인해 초과지불이 발생할 수 있습니다. 만약 이러한 상황이 발생할 경우,

- 이러한 지원금을 반환하거나 상환하는 것은 귀하의 의무입니다.
- 우리는 귀하에게 연락하여 초과지불금을 일시불로 상환하거나 귀하의 요청 시 초과지불금의 상환이 완료될 때까지 징수금의 이십오(25) 퍼센트를 원천징수하는 방식으로 조율하게 됩니다.

## 법률 서비스

신청자는 부권 설정이나 아동 지원 명령의 발부, 수정, 집행을 위해 법률 서비스를 요청할 수 있습니다. 법률 서비스를 요청하는 경우, 아동 지원 프로그램은 귀하에게 이러한 서비스의 비용에 대해 알려드리게 됩니다. 해당 비용은 지역 아동 지원 프로그램 사무소에 따라 달라질 수 있습니다(다음 섹션 참조).

- 귀하의 케이스에 배정된 변호사는 사회보장서비스 지역사무소 커미셔너의 법적 대리인이며 **귀하를 개인적으로는 대변하지 않습니다.**
- 양육권이나 방문, 기타 아동 지원과 관계가 없는 문제는 사회보장서비스 지역사무소의 변호사가 담당하지 **않을** 것입니다.
- 복지 사기 또는 아동 학대 등을 나타내는 정보를 포함하여, 사회보장서비스 지역사무소의 변호사 또는 직원에게 귀하가 서면이나 구두로 제출한 모든 정보는 **기밀로 취급되지 않을** 수 있습니다

## 법률 서비스에 대한 비용 회수

법률 서비스는 *법률 서비스에 대한 회수 동의권*(LDSS-4920)의 완료에 따라 신청자에게 제공됩니다.

- 법률 서비스 비용은 귀하의 현재 의무 지원금의 25퍼센트에 해당하는 금액으로, 아동 지원 프로그램이 징수한 지원금에서 회수될 것입니다.
- 비양육 부/모의 경우, 법률 서비스 비용은 현재 의무 지원금 또는 지급할 의무가 있는 금액의 25퍼센트에 해당하는 금액이 회수될 것이며, 비용을 모두 상환할 때까지 귀하의 의무 지원금에 추가될 것입니다.
- 모든 연체 지원금/기일이 지난 지원금이 완납된 후에 법률 서비스 비용이 지급될 것입니다.

## 연간 서비스료

양육 부/모가 아동 지원 서비스를 받고 있으면서 뉴욕주 또는 기타 어느 주에서도 저소득 가정을 위한 임시 지원(Temporary Assistance for Needy Families, TANF) 프로그램을 통해 지원을 받은 적이 없고, 해당 가족에게 아동 지원금이 지급되고 있는 경우, 연방 회계연도(10월 1일~9월 30일) 기간 중 징수된 지원금이 550달러를 초과하는 경우 연간 서비스료로 35달러가 사정 대상이 될 것입니다. 만약 양육 부/모가 두 명 이상의 비양육 부/모와의 관계에서 아동 지원 계좌들을 보유하고 그 계좌에서 550달러를 초과하는 금액이 징수될 경우, 각 계좌당 35달러의 별도 요금이 사정 대상이 될 것입니다.

## 고객 서비스

아동 지원에 대한 추가 정보를 비롯해 지급과 계좌 정보는 온라인으로 확인하실 수 있습니다. [childsupport.ny.gov](http://childsupport.ny.gov) 를 방문하시거나 **뉴욕주 아동 지원 헬프라인에 888-208-4485 866-875-9975 - 릴레이 서비스 <http://www.fcc.gov/encyclopedia/trs-providers>** 번으로 전화하시면 확인 가능합니다. 아동 지원 계좌를 온라인으로 개설하려면 개인 식별 번호(PIN)가 필요합니다. 귀하의 아동 지원 계좌가 설정되면 우편으로 귀하의 개인 식별 번호(PIN)를 받게 됩니다.

지원금이 정시에 전액 지급되었는지 정기적으로 계좌를 확인하시는 것이 귀하의 이익을 최대로 보장받을 수 있는 방법입니다. 반드시 **주소 및 연락 정보를 최신 상태로 유지하셔야 합니다.** 아동 지원 헬프라인에 전화를 하시거나 귀하의 지역 아동 지원 프로그램 사무소에 연락하여 업데이트할 수 있습니다. 이메일 링크를 포함한 지역 아동 지원 프로그램 사무소의 연락처는 <https://www.childsupport.ny.gov/DCSE/LocalOffices>에서 확인하실 수 있습니다.

## A 파트 - 신청서

## 특별 지원

1a. 대화 시 주로 사용하는 언어는 무엇입니까?

 English  Español  বাংলা  ربيبة  中文  Kreyòl Ayisyen  한국어  РУССКИЙ  기타 
1b. 독해 시 주로 사용하는 언어는 무엇입니까? 2. 언어 지원이 필요하십니까?  예  아니오3. 신청서 작성이나 인터뷰 진행이 어려운 장애가 있습니까?  예  아니오만약 예라면, 어떤 지원이 필요한지 알려주시겠습니까? 

## 안전에 대한 우려 (추가 정보는 아동 지원 서비스에 대한 중요 정보의 1페이지에서 확인해주시요)

만약 아동 지원 서비스를 받는다면 귀하 또는 귀하의 아동의 안전이 위협받다고 생각하십니까?  예  아니오

## 신청자 정보

나는(택 1):

 양육 부모  후견인 - 관계:  비양육 부모  추정 부친  아동

만약 귀하가 양육 부모, 후견인, 혹은 아동인 경우, 각 비양육 부모 또는 추정 부친에 대해 별도 신청서를 작성하십시오.

## 아동 지원 이력

현재 아동 지원 서비스를 받고 있습니까?  예  아니오만약 예라면, 주관 기관은 어디입니까? 카운티  주  사건 번호 과거 아동 지원 서비스를 받은 적이 있습니까?  예  아니오만약 예라면, 주관 기관은 어디입니까? 카운티  주  사건 번호 

## 공공 지원 이력

현재 공공 지원 혜택의 신청자 혹은 수혜자입니까?  예  아니오만약 예라면, 주관 기관은 어디입니까? 카운티  주  사건 번호 **만약 예라면, 작성을 중단하십시오. LDSS-5145 아동 지원 서비스를 위한 위탁서(Referral for Child Support Services)가 필요합니다.**과거 저소득 가정을 위한 임시 지원(TANF) 프로그램하에서 공공 지원 혜택을 받은 적이 있습니까?  예  아니오만약 예라면, 주관 기관은 어디입니까? 카운티  주  사건 번호 마지막으로 지원을 받은 일자(월/일/년) 

## 법적 이름

이름  중간 이름  성  지위  가명 혹은 기타 알려진 이름 (예: 결혼 전 이름) 

## SSN/ITIN

## 성별

 여성  남성  논바이너리/기타

## 생년월일(월/일/년)

## 인종-민족 소속(선택)

 아시아계  흑인 또는 아프리카계 미국인  히스패닉 또는 라티나/노  백인, 비히스패닉계  
 미국 원주민 또는 알래스카 원주민  하와이 원주민 또는 태평양 군도인  기타

## 주거지 주소

받는 사람:

스트리트

층/아파트  시  주  ZIP 

## 우편 주소(만약 주거지 주소와 다른 경우)

받는 사람:

스트리트

층/아파트  시  주  ZIP

**연락 정보**

자택전화번호      
 휴대전화 번호      
 기타 전화번호      
 이메일 주소

선호  홈(Home)   
  휴대전화   
  기타     
 통화 가능 시간  아침   
  오후

**이차 연락처**

이름      
 중간 이름      
 성      
 지위      
 귀하와의

스트리트      
 시      
 주      
 ZIP      
 전화번호

**다른 쪽 당사자와의 결혼 여부**

다른 쪽 당사자와 결혼한 적이 있습니까?   
 예   
 아니오     
 결혼일

**결혼 장소**

시      
 주      
 국가

별거     
 법적 별거일      
 법원명      
 주

이혼     
 이혼일      
 법원명      
 주

이혼 서류     
 법원명      
 주

**다른 쪽 당사자 외의 사람과의 결혼 여부**

신청자가 이 신청서에 지명된 아동의 다른 쪽 당사자 외에 다른 사람과 결혼한 적이 있습니까?   
 예   
 아니오

에서      
 까지      
 배우자 이름

에서      
 까지      
 배우자 이름

**건강보험 보장 정보**

신청자의 고용주/단체가 건강보험 혜택을 제공합니까?   
 예   
 아니오   
 모름

신청자가 등록되어 있습니까?   
 예(구체적으로 기재):   
 개인 보장   
 가족 보장

아니오

모름

**A-3페이지에서 계속**



**다른 쪽 당사자 정보**

**다른 쪽 당사자는(택 1):**       비양육 부모       추정 부친       양육 부모       후견인

**법적 이름**      이름      중간 이름      성      지위      가명 혹은 기타 알려진 이름  
 (예: 결혼 전 이름)

**SSN/ITIN**      **성별**      **생년월일(월/일/년)**

여성       남성       논바이너리/기타

**인종-민족 소속(선택)**

아시아계     흑인 또는 아프리카계 미국인     히스패닉 또는 라티나/노     백인, 비히스패닉계

미국 원주민 또는 알래스카 원주민     하와이 원주민 또는 태평양 군도인     기타

**주 언어**       영어     스페인어     기타(구체적으로 기재)      \_\_\_\_\_

**설명**

신장     피트     인치    몸무게    \_\_\_\_\_    파운드    눈 색깔    \_\_\_\_\_    머리 색깔    \_\_\_\_\_

표식     상처     문신    설명    \_\_\_\_\_

사진     예(사진 첨부)     아니오

**소셜미디어 정보**

Facebook    \_\_\_\_\_    Twitter    \_\_\_\_\_    Instagram    \_\_\_\_\_

**다른 쪽 당사자의 부모 정보**

성명      주소      전화번호      귀하와의

\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

성명      주소      전화번호      귀하와의

\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

**출생지**      시    \_\_\_\_\_    주    \_\_\_\_\_    국가    \_\_\_\_\_

**마지막 연락일**      **다른 쪽 당사자와 신청자의 관계**

월/일/년       배우자     과거 배우자     부모

\_\_\_\_\_       반려자     과거 반려자     기타    \_\_\_\_\_

**주거지 주소**       현재     마지막으로 알려진      **우편 주소(만약 주거지 주소와 다른 경우)**

받는 사람:      \_\_\_\_\_      받는 사람:      \_\_\_\_\_

스트리트      \_\_\_\_\_      스트리트      \_\_\_\_\_

층/아파트    시      주      ZIP      층/아파트    시      주      ZIP

\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

**연락 정보**

자택전화번호      휴대전화 번호      기타 전화번호      이메일 주소

\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

**선호**     홈(Home)     휴대전화     기타      **통화 가능 시간**     아침     오후

**고용**

다른 쪽 당사자가 현재 고용되어 있습니까?     예     아니오     모름      최종 고용일    \_\_\_\_\_

다른 쪽 당사자가 자영업자입니까?     예     아니오     모름

고용주/사업체 명:      \_\_\_\_\_       현재     마지막으로 알려진

**고용주/사업체 주소:**

스트리트      시      주      ZIP      전화번호

\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

직책/직업:      연봉      주급

\_\_\_\_\_    \$ \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

다른 쪽 당사자가 뉴욕주 실업 보험 혜택(Unemployment Insurance Benefits,     예     아니오     모름      \$ \_\_\_\_\_    UIB)을 받고 있습니까?

다른 쪽 당사자가 노동조합/단체의 회원입니까?     예     아니오     모름      성명    \_\_\_\_\_

**신청자 외 다른 사람과의 결혼 여부**

다른 쪽 당사자가 신청자 외에 다른 사람과 결혼한 상태입니까?  예  아니오

배우자 이름  주소   
 이메일 주소  전화번호

**수감 상태**

다른 쪽 당사자가 수감되어 있습니까?  예  아니오  모름  
 시설명  수감번호   
 시설 주소 시  주  ZIP  국가

**건강보험 보장 정보**

다른 쪽 당사자의 고용주/단체가 건강보험 혜택을 제공합니까?  예  아니오  모름  
 다른 쪽 당사자가 등록되어 있습니까?  예(구체적으로 기재):  개인 보장  가족 보장  아니오  모름

**차량 정보**

제조사  모델  연도  색상   
 자가  리스  사업용 차량 번호판  주

**추가 정보(예: 자산, 기타 연락처)**

**아동 지원 서비스 신청/확인**

아래에 서명함으로써, 저는 다음 내용을 이해하고 동의합니다.

저는 뉴욕주 사회보장서비스법 섹션 111-g 및 연방 사회보장법 타이틀 IV-D에 준하여 **아동 지원 서비스를 신청합니다**. 저는 이에 따라 위증 시 처벌을 받는다는 조건하에 이 신청서에 제공한 정보와 모든 유관 서류를 검토했으며 제가 알고 믿는 한 사실이며 옳다는 것에 동의하고 확인합니다. 저는 서비스를 제공하려는 아동 지원 프로그램의 노력에 협조할 것이며, 제가 제공한 정보와 관련하여 새로운 정보가 있거나 변경이 있을 시 그 즉시 해당 지방 아동 지원 프로그램 사무소에 통보한다는 데에 동의합니다.

저는 비양육 부/모로부터 법원이 명령한 아동 지원금을 직접 받지 않을 것입니다. 만약 받았을 경우, 즉시 New York State Child Support Processing Center, P.O. Box 15363, Albany, NY 12212-5363)로 해당 금액을 전달할 것입니다.

저는 초과지불금 상황에 대한 정보를 비롯해 **아동 지원 서비스에 대한 중요 정보**를 수령했습니다. 저는 드물게 잘못된 지급(돈이 다른 사람에게 잘못 송금됨) 또는 지원금의 미지급(송금인의 은행에 의해 지급액이 지불되지 않고 반환됨) 등 기타 원인으로 인해 초과지불금이 발생하는 경우가 있다는 것을 이해합니다. 저는 나아가 해당 지원금의 반환이나 상황은 제 의무이며, 프로그램 측에서 상황을 요구하기 위해 제게 연락을 할 것이라는 점을 이해합니다. 저는 초과지불금을 일시불로 상환하거나 초과지불금이 완전히 상환될 때까지 이십오 퍼센트(25%)의 원천징수를 요청할 수 있습니다. 향후 징수금에서 25퍼센트를 원천 징수한다는 것에 대한 동의는 선택 사항입니다.

- 저는 아동 지원 프로그램에 가능한 경우, 이메일이나 문자, 기타 방법을 비롯해 전자 교신 권한을 부여합니다. 기밀유지를 위해, 저는 안전하고 유효하며 자주 사용하는 이메일 주소와 휴대전화 번호를 제공하는 것이 저의 책임이라는 것을 이해합니다.
- 법률 서비스를 요구하시는 경우, 이 박스를 체크하십시오. 귀하가 작성하도록 법률 서비스에 대한 회수 동의권(LDSS-4920) 서식이 제공될 것입니다.

신청자 서명  신청일   
 이름을 기입하십시오

**기관용 (For Agency Use Only)**

Date Application Received  NY Case Identifier  Worker Code

Reminder: review **Safety Concerns** on page A-1 and evaluate need for FVI.

**B 파트 - 아동 정보**

(다른 쪽 당사자를 통해 낳은 각 아동에 대해)

아동명 #01

이름  중간 이름  성  지위 SSN/ITIN 

성별

 여성  남성  논바이너리/기타생년월일(월/일/년) 출산예정일  태아

부/모명

부/모 1 이름  중간 이름  성 부/모 2 이름  중간 이름  성 

아동의 출생지

병원  시  주  국가 

아동과 다른 쪽 당사자와의 관계

 부모  양부모  추정 부친

부모의 결혼 여부

위에 표기된 부모가 아동 출생 시점 또는 그 후에 결혼했습니까?

 예, 두 사람이 서로 결혼했습니다  예, 그러나 다른 사람과 결혼했습니다  아니요  모름만약 예, 두 사람이 서로 결혼했습니다를 선택하신 경우, **지원 명령 정보** 질문으로 이동하십시오. **그 밖의 경우, 부권 설정** 질문으로 이동하십시오.

부권 설정

부권이 설정되었습니까?

 예 - **부권 설정** 질문을 완료하십시오.  아니요 - **관할주** 질문으로 이동하십시오.관할주 질문은 완료할 필요가 없습니다.  모름 - **관할주** 질문으로 이동하십시오.

부권이 어떻게 설정되었습니까?

 다음의 법원에서 설정됨  법원명  부권 인정(Acknowledgment of Paternity)을 설정함 

어떤 카운티, 주, 국가에서 부권이 설정되었습니까?

카운티  주  국가 아동을 임신한 곳은 어디입니까? 주  국가 

관할주

추정 부친(AF)이 아동을 위해 산전 비용이나 양육비를 지급했습니까?  예  아니요  모름AF가 뉴욕주 내에서 아동과 함께 거주합니까?  예  아니요  모름아동이 AF의 행위 또는 지침의 결과로 뉴욕주 내에서 거주합니까?  예  아니요  모름

지원 명령 정보

아동을 위한 지원 명령이 있습니까?  예  아니요  모름 만약 '예'라면, 명령 일자 언제입니까? 건강보험 명령이 있습니까?  예  아니요  모름

의무액

\$   매주  2주마다  매월  월 2회  기타 

명령을 발부한 법원

 가족  대법원  기타 카운티  주  국가 

건강보험 보장 정보

아동은 건강보험 보장이 있습니까?  예  아니요  모름만약 '예'라면, 보장의 유형을 밝혀주십시오.  민간 - **건강보험 혜택** 질문으로 이동하십시오. 공공 - **공공 건강보험 보장** 질문으로 이동하십시오.

건강보험 혜택

아동의 민간 건강보험 보장은 누가 제공합니까?

 양육 부/모  후견인  비양육 부/모추정 부친  양부/모  모름  기타건강보험사명  보험번호  그룹번호 스트리트  층/아파트/스위트  시  주  ZIP 

공공 건강보험 보장

공공 건강보험 보장의 종류를 밝혀주십시오.

 메디케이드(Medicaid)  아동 건강 플러스(Child Health Plus, CHPlus) 아동 건강 플러스 월납부액: \$  기타



## C 파트 - 증빙 서류

귀하의 지역 아동 지원 프로그램 사무소로 가능한 모든 증빙 서류의 **사본**을 제출해주시기 바랍니다. 아동 지원 프로그램은 귀하를 위해 증빙 서류를 활용해 부권 설정을 비롯해 아동 지원 명령의 발부, 수정 및/또는 집행을 포함하는 아동 지원 케이스를 진행할 수 있습니다. 증빙 서류는 또한 법원이 부모 각각의 소득 및 기초 아동 지원 의무를 결정하는 데 도움이 됩니다. 제출하는 서류를 나타내는 박스를 **체크**(☑)하십시오.

**원본 서류를 우편으로 송부하지 마십시오.**

### 일반 서류

- 신청자의 신원증명(예: 면허증, 여권)
- 아동 지원 신청서       지원 명령서       혼인 증명서       별거 합의서       이혼판결문 보호 명령/금지 명령
- 양육권 명령서       건강보험증       건강보험 혜택 증서
- 건강보험 혜택 약관       기타

### 양육 부모 서류

- 최근 급여명세서       가장 최근에 제출한 연방 소득세 신고서 및 모든 스케줄       W-2
- 사회보장카드 / ITIN을 위한 국세청(IRS) 서류       사회보장/소득부조 수여 서류
- 기타

### 아동 서류(각 아동에 대한)

- 출생 증명서       부권 설정 명령(친자 명령)       부권 인정(Acknowledgment of Paternity)
- 추정 부친 선서 진술서       사회 보장증       아동 양육비 증명서       교육비 증명서
- 비환급 의료비 증명서       사회보장/소득부조 수여 서류
- 입양 보조금 합의서(입양 부모와 LDSS 간 지급) 또는 위탁 합의서(아동이 입양 목적으로 위탁된 경우)
- 기타

### 비양육 부모/추정 부친 서류

- 사회보장카드 / ITIN을 위한 국세청(IRS) 서류       최근 급여명세서       가장 최근에 제출한 연방 소득세 신고서 및 모든 스케줄
- W-2       실업 보험 지원금 고지서       사회보장/소득부조 수여 서류
- 소득부조 수여 서류 군 복무(DD-214)       수감, 보호관찰 또는 가석방 정보
- 저소득 가정을 위한 임시 지원(TANF) 혜택 고지       의료 지원(MA), 영양 보조 지원 프로그램(SNAP) 및/또는 쉼터 거주 증명서
- 전문 능력, 사업, 직업, 여가 또는 운전면허에 대한 정보
- 기타