

추가 어린이에 대한 정보					___ 페이지 중 ___ 페이지	
<p>수양 아이의 양육 (FC) 케이스에 대해 양육권을 가진 부모 (CP), 보호자, 또는 다른 양육권을 가지지 않은 부모 (NCP)가 이 NCP/아버지로 추정되는 분과 한 명 이상의 자녀를 둔 경우, 각 어린이에 대해 LDSS-4882C 양식 또는 LDSS-4882의 파트 III 복사본을 작성하셔야 합니다.</p>						
CIN (대상 어린이)			WMS 라인 번호			
어린이 성명	이름	중간 이름	성	접미사		
SSN (사회 보장 번호)	-	ITIN (개인 납세자 번호)	-	생년월일	월/일/년 ___/___/___	
성별	<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 미출생 출산 예정일 ___/___/___	친부모 성명	어머니: 이름	중간 이름	성	
			아버지: 이름	중간 이름	성	
해당 어린이에 대한 NCP/PF의 관계	<input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 의붓부모 <input type="checkbox"/> 아버지로 추정되는 분					
부모의 결혼 상태	해당 어린이의 출생시 어머니는 이 어린이의 아버지 또는 의붓아버지와 결혼한 상태이었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름 “예”인 경우, 아래 “양육 명령에 대한 정보” 관련 질문으로 가십시오. “아니오” 또는 “모름”인 경우, 아래 “부권 인정” 관련 질문으로 가십시오.					
해당 어린이에 대한 부권이 인정되지 않은 경우, 부권 진술서를 제출하셔야 함을 주지하십시오.						
부권 인정	부권이 인정되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 - 아래 “부권 인정” 관련 질문으로 가십시오. 아래 “사법권 상태” 관련 질문에 답하실 필요가 없습니다. <input type="checkbox"/> 아니오 - 아래 “사법권 상태” 질문으로 가십시오. <input type="checkbox"/> 모름 - 아래 “사법권 상태” 질문으로 가십시오.					
	부권이 어떻게 인정되었습니까? <input type="checkbox"/> ___/___/___에 법원에서 인정되었습니다 법원 이름 _____ <input type="checkbox"/> ___/___/___에 부권 승인	부권이 어느 나라, 주, 카운티에서 인정되었습니까? 카운티 _____ 주 _____ 국가 _____				
사법권 상태	이 어린이는 어디서 임신되었습니까? 주 _____ 카운티 _____					
	PF는 태아때 드는 비용이나 양육비를 제공했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름					
	PF는 뉴욕주에서 이 어린이와 함께 거주했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름					
	이 어린이는 PF의 행동이나 지시에 따라 뉴욕주에 거주하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름					
양육 명령에 대한 정보 (이 어린이에 대해 다를 경우에만 작성하세요)	이 어린이에 대한 양육 명령이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름				의료 보험 지원 명령을 받았습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름	
	“예”인 경우, 양육 명령일은 언제입니까? ___/___/___					
	부담비	_____ 달러 <input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 2주당 <input type="checkbox"/> 매달 <input type="checkbox"/> 매달 2번씩 <input type="checkbox"/> 기타 _____				
명령을 내린 법원	<input type="checkbox"/> 가정 법원 <input type="checkbox"/> 대법원 <input type="checkbox"/> 기타	카운티/주/국가	법원 심리예정표 또는 지수			
의료보험 보상 범위에 대한 정보 (이 어린이에 대해 다를 경우에만 작성하세요)	이 어린이가 의료보험 보상 범위를 가지고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름 “예”인 경우, 보상 범위 형태를 확인하세요: <input type="checkbox"/> 개인 - 아래 “의료보험 혜택” 관련 질문으로 가십시오. <input type="checkbox"/> 공공 - “공공 의료보험 혜택” 관련 질문으로 가십시오. <input type="checkbox"/> 모름 - A-7 페이지의 “B 섹션 - 보조 문서”로 가십시오.					
	의료보험 혜택	어린이의 개인 의료보험 보상 범위를 추가 제공하고 있습니까? <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> 보호자 <input type="checkbox"/> NCP/PF <input type="checkbox"/> 의붓부모 <input type="checkbox"/> 모름 <input type="checkbox"/> 기타 _____				
		의료보험 회사 이름	보험 증권 번호	그룹 번호		
		번호 번지 층/아파트/스위트 도시	주	우편번호		
공공 의료보험 보상 범위	공공 의료보험 보상 범위의 형태를 표시하세요: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> 가족 보건 플러스 <input type="checkbox"/> CHPlus <input type="checkbox"/> 기타 _____ 부모의 CHPlus 관련 월간 분담금: _____ 달러					

파트 IV – 수양 아이의 양육 관련 정보 (기관용) (Agency Use Only)				
Foster Care Referral	The Commissioner or Designee must complete this section on behalf of the social services district (SSD) or the Office of Children and Family Services (OCFS) Commissioner for a child in Foster Care placement.			
Name of Child	First	Middle	Last	Suffix
Case Information	Case Number	Case Status <input type="checkbox"/> Opening <input type="checkbox"/> Reopening <input type="checkbox"/> Changes or Updates		Date of Referral _____ / _____ / _____
Category	What is the claiming category? <input type="checkbox"/> IV-E Foster Care <input type="checkbox"/> Non-IV-E Foster Care			
Type of Placement	<input type="checkbox"/> Voluntary <input type="checkbox"/> Court Ordered	Placement Date _____ / _____ / _____	Cost of Care \$ _____ Per: <input type="checkbox"/> Day <input type="checkbox"/> Week <input type="checkbox"/> Month <input type="checkbox"/> Year	
Name of Agency, Facility, Foster Boarding Home	County	Agency Name		Type of Facility
Placement Address	No. Street	Floor/Apt./Suite	City	State Zip
Subsidy Information	Is an adoption subsidy received on behalf of the child? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Does the subsidy include Medicaid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	Subsidy Amount and When It Is Paid		\$ _____ Per: <input type="checkbox"/> Week <input type="checkbox"/> Month <input type="checkbox"/> Year	
Case Manager	Name		Phone Number () Ext.	
Application for Child Support Services	<input type="checkbox"/> I am applying for Child Support Services as the Commissioner or Designee and this is a Foster Care referral. Signature of Commissioner/Designee _____ Date _____			