
자녀 양육 지원 서비스 정보
및
자녀 양육 지원 서비스
신청서/소개서

뉴욕주
임시장애지원국(Office of Temporary and Disability Assistance)
아동복지센터
아동지원집행과

otda
otda.ny.gov

자녀 양육 지원에 대한 추가
정보가 필요하십니까?

저희 웹사이트인
childsupport.ny.gov 를 방문하십시오.

일반 정보

언어 지원이 필요한 경우 아동양육지원집행부에 요청하시면 번역 및/또는 통역 서비스를 제공해드립니다.

자녀 양육 지원 서비스 정보(2-7 페이지)를 숙독하신 후 분리 가능한 자녀 양육 지원 서비스 신청서/추천서 양식(A-1 - A-8 페이지)을 작성하십시오. 이 양식에는 자녀 양육 지원 집행 서비스와 관련하여 숙지해야 할 중요 사실과 정보가 담겨 있습니다.

목차

자녀 양육 관련 서비스에 대한 정보.....	2
섹션 1-자격, 임무 및 제공 서비스.....	2
섹션 2- 친부권 인정으로 인한 권리와 책임 및 법적 절차의 통보에 대한 권리.....	5
친부권 인정으로 인한 권리 및 책임.....	5
법적 절차 관련 정보에 대한 권리.....	5
섹션 3-자녀 양육 정책.....	5
안전 관련 사항.....	5
개인 정보의 보호 및 비밀 보장.....	6
분배 정책.....	6
섹션 4- 법률 서비스와 비용 보상.....	7
법률 서비스.....	7
법률 서비스에 대한 비용 보상.....	7
섹션 5-연간 서비스 비용.....	7
섹션 6-지불 및 연락 정보.....	8
지불 방법.....	8
고객 서비스/계정 정보.....	8
자녀 양육 지원 서비스 신청서.....	A-1
섹션 A- 신청자/수령자 정보.....	A-1
파트 I - 양육권이 있는 부/모(CP) 또는 보호자 정보.....	A-1
파트 II - 양육권이 없는 부/모(NCP)/추정 상의 아버지(PF) 정보.....	A-3
파트 III - 아동 정보.....	A-4
파트 IV - 수양 아동의 양육 관련 정보 (기관용).....	A-6
섹션 B- 증빙 서류.....	A-7
섹션 C- 아동 양육 지원 서비스 신청/확인.....	A-8

자녀 양육 관련 서비스에 대한 정보

이 문서는 자녀 양육 서비스에 관심이 있는 분들께 프로그램에 대한 중요한 정보(섹션 1-6)를 제공하고 안에는 분리 가능한 자녀 양육 서비스의 신청서 및 추천서가 담겨 있습니다. **섹션 1**은 자녀 양육 서비스를 받을 자격이 있는 분을 식별하고, 양육권의 할당 및 협력에 대해 설명하며, 자녀 양육 서비스와 기본적인 자녀 양육 의무에 관한 요약물을 제공합니다. **섹션 2**는 친부권 인정으로 인한 권리와 책임 및 법적 절차의 통보에 대한 권리를 소개합니다. **섹션 3**은 주의 자녀 양육 지원 정책을 규정합니다. **섹션 4**는 법률 서비스와 원가 보상에 대해 논합니다. **섹션 5**는 연간 서비스 요금에 대해 논하고, **섹션 6**은 지급 및 연락 정보를 제공합니다.

이 정보는 모든 자녀 양육 지원 서비스 신청자와 저소득 가정의 한시적 지원(TANF), Medicaid 및 아동양육지원집행부로 보내진 Title IV-E 수양 아이의 양육 신청자와 수령인에게 제공됩니다. 해당 자녀가 수양 가정에서 자라고 있는 경우, 신청자 또는 수령자는 사회 복지 사업 지구의 국장이나 피지명자 또는 아동 가족 서비스부의 국장이나 피지명자입니다.

섹션 1 - 자격, 임무 및 제공 서비스

자녀 양육 지원 서비스에 대한 자격

21 세 이하의 자녀 한 명 이상의 보호자 역할을 하는 부/모나 부모가 아닌 돌보는 분은 자녀 양육 서비스를 지원할 자격이 있습니다. 이 분은 자녀 양육 케이스에서 자녀 양육권이 있는 부/모로 간주됩니다. 해당 자녀에 대한 한시적 지원(공식 명칭 "가족 지원" 또는 "안전망 지원")을 신청하거나 받고 있는 경우, 이 프로그램에 대한 귀하의 신청서를 토대로 한 자녀 양육 지원 서비스가 제공될 수 있습니다. 또한, 자녀 양육 지원 서비스는 귀하 자신과 해당 자녀를 위한 Medicaid 를 신청하고 자녀 양육 지원 서비스 신청서/추천서를 작성한 경우 제공될 수 있습니다. 귀하가 귀하의 자녀 양육 지원 서비스가 종료되도록 요구하지 않는 한 한시적 지원 또는 Medicaid 를 더 이상 받지 않아도 자녀 양육 지원 서비스는 계속됩니다. 뿐만 아니라 자녀 양육 지원 서비스는 수양 가정에서 자라는 자녀에게도 제공되며, 이 수양 가정의 위탁 양육이 끝난 후에도 계속 제공될 수 있습니다. 이 자녀가 수양 가정에서의 위탁 양육이 끝난 후 귀하께 돌아오는 경우, 귀하가 요구하지 않는 한 자녀 양육 서비스는 계속됩니다. 또한, 21 세 이하의 자녀나 양육권이 없는 부/모 또는 추정 상의 (아버지라고 주장하는) 아버지가 자녀 양육 지원 서비스를 신청하거나 받을 자격이 있을 수 있습니다.

자녀 양육 지원 관련 임무 및 협력

자녀를 위한 한시적 지원이나 본인과 자녀의 Medicaid 신청자/수령자이거나 귀하의 자녀가 Title IV-E 의 수양 아이 양육 서비스를 받고 있는 경우, 귀하를 대신해 지원해 줘야 하는 권리와 귀하가 지원을 신청하거나 수령하는 대상 가족 구성원을 대신해 지원해 줘야 하는 권리를 사회 복지 사업 서비스에 부여해야 합니다. Medicaid 신청자/수령자의 경우, 이 권리 부여는 의료 지원에 한합니다. 한시적 지원을 신청하거나 수령할 때, 귀하 또는 가족 구성원이 지원을 받는 기간 동안 발생한 지원에 한해 귀하의 지원 권리를 부여할 수 있습니다. 귀하는 이 지원 권리를 부여해야만 합니다. 그렇지 않는 경우, 그에 대한 정당한 사유나 가정 폭력을 주장하지 않으면, 다음 사항에 대해 아동양육지원집행부에 협조해야 합니다:

- 친부모 또는 추정 상의 아버지를 포함하여 양육권이 없는 부모의 소재를 파악합니다;
- 귀하가 한시적 지원, Medicaid, 또는 Title IV-E 수양 가정 양육을 신청하거나 받는 혼외로 태어난 각 자녀에 대한 친부권을 입증합니다;
- 양육 지원 순서를 확립, 변경, 또는 조정합니다; 그리고
- 양육비징수부를 통해 양육 지원 순서를 수집하고 집행합니다.

자녀를 위한 한시적 지원 또는 본인과 자녀를 위한 Medicaid 를 받고 있는 경우, 해당된다면, 정당한 사유나 가정 폭력 여부의 결정에 협조하지 않은 데 대한 제재를 받게 됩니다.

제공되는 자녀 양육 지원 서비스

다음 서비스는 귀하의 협조로 자녀양육지원집행부에 의해 적절히 제공됩니다:

- 케이스 기록 제도.
- 주소, 고용 및 수입과 자산, 그리고 건강 보험 보장 범위에 대한 정보 획득을 포함하여 양육권을 가지지 않은 부/모 또는 추정 상의 아버지의 위치 파악.
- 친부권의 자발적인 인정 또는 법원에 탄원서를 제출하여 혼외로 태어난 자녀에 대한 친부권(합법적인 친부)을 인정받도록 지원.
- 가능하다면, 부모 중 한 명으로부터 건강 보험 혜택을 받는 등 뉴욕주의 자녀 양육 지원 지침에 따라 양육 지원 순서를 설립 및 변경하도록 법원에 탄원서를 제출하는 등의 지원.
- 양육비징수부 앞으로 지불 가능하도록 양육 지원 순서를 만들도록 지원.
- 양육 지원에 대한 지불금 징수와 분배. 양육비징수부를 통해 지불 가능하게 만들어진 양육 지원 순서에 포함된 경우, 이는 자녀 양육에 대한 다음 보조금의 징수 및 분배를 포함할 수 있습니다; 자녀 양육비와 이혼 수당; 교육비; 육아비; 그리고 현금 의료 지원.
- 다음에 국한되지 않고 다음을 포함한 모든 가능한 행정 구제책을 이용한 양육 지원 의무의 집행: 고용, 수당, 또는 기타 수입으로부터 보류된 수입; 연방 정부 및 뉴욕주의 세금 환급 방해; 재산의 압류; 지원금 부채의 신용 평가 보고하기; 양육권을 가지지 않은 부/모의 뉴욕주 운전 면허 정지; 그리고 징수를 위한 뉴욕주 세무국에의 추천. 또한, 법원 명령을 받은 건강 보험 지원 혜택이 자녀양육지원집행부에 의해 강요됩니다.
- 행정 구제방법이 성공을 거두지 못할 경우 법원을 통해서 양육 지원 명령을 집행하도록 위반 청원 제출 및 고발.
- 공판을 대비한 법률 서비스 비용 복구권 합의서(*Right to Recovery Agreement for Legal Services*)(LDSS-4920)에 서명함에 따른 법률 서비스 (신청자 선택 사항). 법률 서비스 비용은 복구 됩니다.
- 부모가 다른 카운티, 주 또는 국가에 거주하는 경우 위에 명시된 자녀 양육 지원 서비스.
- 가족이 한시적 지원, Medicaid, 또는 수양 가정에서의 양육을 받을 자격이 없을 때 계속해서 위에 언급된 자녀 양육 서비스 지속
- 뉴욕주 자녀 양육 지원 웹사이트: childsupport.ny.gov
- 뉴욕주 자녀 양육 지원 관련 고객 서비스 헬프라인 전화번호: **888-208-4485**.

기본적인 자녀 양육 지원 의무 정보

자녀양육지원집행부는 뉴욕주의 자녀 양육 지원 지침을 토대로 귀하가 자녀 양육 명령을 확립하거나 변경하도록 도와드립니다. 기본적인 자녀 양육 의무(BCSO)에는, 법원에서 결정이 된 경우, 해당 자녀에 대한 백분율에 입각한 의무, 의료 보험 보상 범위 및 현금 의료 지원에 대한 규정, 육아비, 그리고 교육비가 있습니다 (가정 법원법 413 항 참조).

백분율에 입각한 양육 지원 의무: 양육권이 없는 부/모에 의해 지불되는 기본 금액은 관련된 자녀의 수에 따라 부모의 총 수입의 일정한 비율로 계산됩니다.

자녀 1 명.....	17%	예:
자녀 2 명.....	25%	양육권이 없는 부/모의 사용 가능한 수입에 비례한 부담금은
자녀 3 명.....	29%	25,000 달러입니다. 지침에 따른 한 명의 자녀에 대한 백분율
자녀 4 명.....	31%	금액은 연간 4,250 달러에 달합니다. (예: 25,000 달러의 17%).
자녀 5 명 이상.....	최소 35% 이상	

백분율 지침은 최고 136,000 달러(Medicare, 사회 보장, 뉴욕시 세금 또는 용커스 세금, 환불되지 않는 특정 직원 출장 경비, 지불되거나 지불되지 않은 특정 이혼 수당 또는 별거 수당, 그리고 실제로 지불된 특정 자녀 양육비 제외)까지 부모의 총 수입에 적용됩니다. “수입”은 연방 정부의 소득세 환급에 보고된 수입과 세금 환급에 보고되지 않은 정도까지 산재 보상 수당, 장애 보상금, 비고용 수당, 사회 보장 연금, 퇴역 군인 수당,

연금 및 기타 형태의 수입을 의미합니다. 136,000 달러 이상(이 액수는 2014년에 증액될 예정이며, 이후 매 2년마다 미국 소비자 물가지수(Consumer Price Index for All Urban Consumers) 변경에 따라 증액 예정) 이상일 경우 법원이 지침의 백분율을 사용할 것인지의 여부를 결정합니다. 법원은 가정법원법 413 절 (1)(f)에 제시된 요인들에 따라 백분율에 입각한 의무에서 벗어날 수 있습니다.

저소득 의무: 양육권이 없는 부/모의 소득이 법원에 의해서 일인 당 연방 빈곤 기준 금액(federal poverty level)이거나 이하인지 판결이 나오면 추정상의 아동 양육비는 월 \$25가 됩니다. 수입이 자립 준비금 이하(연방 빈곤 기준 금액의 135%)이나 연방 빈곤 기준 금액 이상인 경우 추정상의 아동 양육비는 월 \$50입니다.

자녀 양육 지원의 추가 요소: 법원은 양측의 건강보험급여 제공, 건강보험 또는 공공 보장 범위에 대한 의료비 현금 지원금 지급, 보험 비적용 대상인 기타 건강관리 비용 지급의 의무를 결정해야 합니다. 건강보험 보장 범위는 공공 단체를 통해서 또는 고용주 또는 업체를 통해 부/모가 또는 기타 이용 가능한 건강보험이나 건강 보험 보장 계획을 통해서 제공될 수 있습니다. 양육권이 있는 부/모가 직장에 다니거나, 재학 중이거나, 또는 취업 교육 프로그램에서 교육을 받고 있는 경우 합리적인 아동 양육비를 커버하는 선에서 BCSO도 증액해야 합니다. 양육권이 있는 부/모가 구직 활동 중이어서 아동 양육비가 발생하는 경우 법원은 양육권이 없는 부/모에게 이 비용의 분담금을 내도록 결정할 수 있습니다. 뿐만 아니라 법원은 합당한 자녀의 교육비를 감당하도록 BCSO를 증액할 수 있습니다.

수양 가정에서의 양육과 자녀 양육 지원 의무: 수양 가정에서 양육되는 경우, 부모 둘 다 자녀의 양육 지원 지침에 기초한 양육비를 지불할 의무를 가진 양육권이 없는 부모입니다. 그러나, 지침에 따라 결정된 양육비가 수양 가정에서의 양육비를 초과한 경우, 자녀양육지원집행부는 이 양육비가 부당하거나 부적절하고, 지불하도록 요청 받은 양육비가 실제 수양 가정에서의 양육비에 해당 자녀를 대신해 지불되는 의료 지원비를 추가한 비용을 초과해서는 안 된다고 법원에 주장할 수 있습니다.

명령 수정: 필요한 경우, 자녀양육지원집행부는 귀하가 귀하의 양육 지원 명령을 변경하도록 요청하는 탄원서를 제출하도록 도와드립니다. 상황이 상당히 변화했음을 증명함으로써 당사자 중 어느 한 쪽도 양육비 지원 명령의 수정을 추구할 권리가 있습니다. 이 명령이 2010년 10월 13일 이후 발효된 경우, 교도소 수감이 자녀 양육 명령에 대한 미지급 또는 해당 명령이나 판결 대상인 양육권이 있는 부/모나 자녀에 대한 범죄의 결과가 아니라면, 이 수감은 상황이 상당히 변화했음을 발견하는 데 장애가 되지 않습니다. 뿐만 아니라, 가정법원법 451 절 (2)(b)에 따라 특정 상황에서 양육 지원 명령은 다음에 입각해 변경될 수 있습니다: (1) 해당 명령이 등록되거나 마지막으로 변경 또는 조정된 후 3년 경과; 또는 (2) 해당 명령이 등록되거나 마지막으로 변경 또는 조정된 후 15% 이상 당사자의 총수입 변화. 양육 지원 명령의 변경을 추구하는 위 (1)과 (2)는 다음의 경우 적용되지 않습니다:

- 2010년 10월 13일 이전에 최초 양육 지원 명령이 내려진 경우; 또는
- 당사자들이 2010년 10월 13일 이전에 최초 양육비 지원 명령에 추가되어 유효하게 실행된 합의나 약정에 들어간 경우; 또는
- 특별히 당사자들이 2010년 10월 13일 이후 유효하게 실행된 합의나 약정에 포함된 (1) 및 (2)에서 제공되는 기초 사항들을 선택하지 않는 경우.

생계비 지수의 상승에 따른 임금 인상: 매 2년마다 자녀 양육 집행부는 해당 계정이 생계비 지수의 상승에 따른 임금 인상 (COLA)을 받을 자격이 있는지 여부를 검토합니다. 양육비 지원 명령은 다음의 경우 생계비 지수의 상승에 따른 임금 인상 (COLA)을 할 수 있습니다: (1) 양육비 지원 명령이 법원에 의해 내려지거나 최근 생계비 지수의 상승에 따른 임금이 인상 (COLA)된 지 최소 2년이 경과한 경우; 그리고 (2) 최근 양육비 지원 명령이 이행된 이래 모든 도시 소비자들을 위한 소비자 물가 지수의 년평균 변화 합이 10% 이상인 경우. 생계비 지수의 상승에 따른 임금 인상 (COLA) 조정은 법원에까지 가지고 가지 않아도 됩니다. 비-한시적 지원 케이스의 경우, 계정이 생계비 지수의 상승에 따른 임금 인상(COLA) 자격이 있거나 당사자 중 한 쪽이 조정을 요구할 수 있을 때, 양 당사자에게 공지가 발송됩니다. 양육권이 있는 부/모나 자녀가 한시적 지원을

받고 있는 케이스의 경우, 해당 계정이 자격이 되면 조정을 요구하는 당사자 중 한 쪽 없이도 자동으로 생계비 지수의 상승에 따른 임금이 인상 (COLA)됩니다.

제공되는 자녀 양육 지원 서비스 알아보기

자녀양육지원집행부는 연방 및 뉴욕주 법과 규칙하에 정의된 바와 같이 모든 자녀 양육 서비스가 적절히 고려되도록 할 것입니다. 귀하의 지원과 협력으로 자녀 양육비 지불 만기가 되고 미불된 경우 귀하께 서비스가 제공될 수 있습니다. 그러나, 이 서비스 수령인이 한시적 지원 또는 Medicaid 를 받지 않는 경우, 다음을 포함한 많은 이유로 자녀 양육 케이스가 종결될 수 있습니다:

- 친부권이 성립되지 않는 경우;
- 양육권이 없는 부/모나 추정 상의 아버지가 열심히 노력하였지만 취업되지 않거나 가석방 기회 없이 교도소에 수감되거나 보호 시설에 수용되거나 양육비를 지불한 능력이 없이 영구적으로 불구가 된 경우;
- 서비스 수령인이 서비스를 제공하는 다음 단계에 필요한 정보를 제공하지 않거나 협력하지 않는 경우;
- 서비스 수령인이 해당 케이스 종료를 서면으로 요청한 경우; 또는
- 자녀양육지원집행부가 전화나 우편으로 서비스 수령인에게 연락할 수 없는 경우.

귀하는 자녀양육지원집행부가 귀하께 효과적인 서비스를 계속해서 제공하도록 자녀양육지원집행부에 연락하여 귀하의 주소나 전화번호 변경 및 귀하가 양육을 지원하고 있는 자녀의 다른 부/모에 대한 새로운 정보를 보고해야 합니다.

섹션 2 - 친부권 인정으로 인한 권리와 책임 및 법적 절차의 통보에 대한 권리

친부권 인정으로 인한 권리 및 책임

친부권은 부모가 친부권의 자발적인 동의서에 서명하거나 법원이 자녀의 아버지임을 결정하여 "친자 관계 확인 명령"을 내릴 때 확립됩니다.

- 뉴욕주법에 따라 양육권이 없는 부/모는 법원에 의해 자녀가 21 세가 될 때까지 양육비를 지불하도록 명령 받습니다.
- 해당 자녀는 그 또는 그녀의 부모님으로부터 상속권을 얻습니다. 또한, 부모는 자신의 자녀로부터 상속권을 가질 수 있습니다.
- 부모 중 한 명이 사망하거나 영구 장애자가 된 경우, 이 자녀는 사망 보험금이나 장애 보험금을 수령할 수 있습니다.
- 양육권이 없는 부/모는 자녀의 방문 및 양육권을 법원에 요청할 권리가 있습니다.
- 또한, 양육권이 없는 부/모는 일반적으로 입양과 수양 가정에서의 양육 절차에 대한 통보를 받을 권리가 있습니다.

법적 절차 관련 정보에 대한 권리

귀하는 귀하와 관련된 법원의 소송 절차와 관련한 날짜, 시간 및 장소에 대해 계속해서 통지를 받을 권리가 있습니다. 귀하는 양육 명령을 제정, 변경, 조정 또는 집행하는 명령 또는 탄원서를 기각하는 명령서를 받을 것입니다.

섹션 3 - 자녀 양육 정책

안전 관련 사항

양육비 지원 명령의 제정 또는 집행에 대한 추구가 본인이나 자녀에게 해를 끼칠 것이라는 우려가 있으시면, 자녀 양육 집행부에 연락하시어 이를 상의하십시오. 자녀양육지원집행부는 귀하의 주소나 기타 개인 신상 정보가 귀하의 자녀 양육 케이스와 관련한 법정 문서 및 기타 문서에 나타나지 않도록 도와드립니다.

자녀양육지원집행부는 다음 증거를 제시하는 분의 요청에 따라 위치 정보를 공개해서는 안 됩니다:

- 가정 폭력 보호 시설에 거주;
- 보호 명령 신청;

- 양육권이 없는 부/모와의 연락이 자녀나 양육권이 있는 부/모에게 신체적 또는 정서적으로 해를 끼친다는 법원의 결정;
- 한시적 지원 또는 Medicaid 직원에 의한 정당한 사유 결정; 또는
- 위치 정보의 공개가 양육권이 있는 부/모나 자녀에게 신체적 또는 정서적으로 해를 끼칠 것이라고 믿는 이유가 있다는 가정 폭력 연락 담당자의 결정.

귀하의 케이스가 자녀를 위해 한시적 지원을 받아야 하는 케이스로 자녀양육지원집행부에 보내졌지만, 친부권이나 양육비 지원 명령이 제정되거나 집행되는 경우 귀하나 귀하의 자녀가 가정 폭력 위협에 처한 경우, 제일 먼저 한시적 지원 관련 직원에 의해 가정 폭력 연락 담당자에게 보내질 것입니다. 이 가정 폭력 연락 담당자는 귀하께 자녀양육지원집행부에 협조해야 하는 요건을 전반적 또는 부분적으로 면제해 드릴 수 있습니다. 본인과 자녀의 Medicaid 를 신청할 때, 다음에 해당하는 경우 자녀양육지원집행부에 협조하는 데 대한 정당한 사유를 주장할 수 있습니다:

- 협조로 인해 지원을 요청하는 자녀가 신체적 또는 정서적으로 심각한 해를 입을 것으로 예상되는 경우;
- 협조로 인해 부/모, 돌보는 분의 친척, 또는 자녀를 돌보는 분의 능력을 손상시키기에 충분한 양수인에게 신체적 또는 정서적인 해를 끼칠 것으로 예상되는 경우;
- 자녀가 근친 상간 또는 강제 성폭행을 당한 경우; 또는
- 자녀의 입양에 대한 법정의 결정을 기다리거나 (자녀가 태어난 후 최대 3 개월 동안) 자녀를 돌보는 분이 산전 입양 상담 서비스를 받은 경우.

수양 가정에서의 양육 케이스의 경우, 수양 가정 양육 담당자가 자녀양육지원집행부로 보낼 것인지를 결정합니다. 이는 가정 내 자녀나 기타 자녀의 건강, 안전 및 행복이 악영향을 받는 상황 등 특정 상황에서 법적으로 금지됩니다.

개인 정보의 보호 및 비밀 보장

자녀양육지원집행부는 귀하의 개인 정보에 대한 프라이버시, 무결성, 액세스 및 사용을 보호해야 합니다. 이는 자녀 양육 지원 프로그램의 컴퓨터 시스템 내 유지되는 자녀 양육 지원 케이스 데이터를 포함합니다. 귀하가 제공하시는 정보는 법에 의해 허가된 이유에 대해 허가된 분들에게만 공개됩니다.

사회 보장 번호의 사용: 연방법(42 USC 666)에 따라 양육권이 있는 부/모, 양육권이 없는 부/모, 추정 상의 아버지 및 자녀의 사회 보장 번호를 공개해야 합니다. 자녀양육지원집행부는 다음 목적에 대해서만 사회 보장 번호를 사용합니다: 부모의 위치를 파악하고, 친부권을 확립하며, 양육 지원 명령을 제정, 변경 및 집행하기 위해서; 특정 공공 이익 프로그램의 관리를 위해; 또는 법에 의해 허용된 경우. 뿐만 아니라, 이 사회 보장 번호는 사회 보장국을 통해서만 확인됩니다.

분배 정책

양육비 지불은 연방 및 뉴욕주 분배법에 따라 분배됩니다. 양육비 지불은 지불금 수령일에 기초해 다음과 같이 분배됩니다:

- **양육권이 있는 부/모가 한시적 지원을 받고 있는 경우**, 수령된 자녀 양육비는 양육권이 있는 부/모가 지불 받아온 총 한시적 지원비까지 환급을 위해 주 및 사회 복지 사업 지구에 지불됩니다. 양육권이 있는 부/모는 한시적 지원 외 매달 징수되는 현재 양육비로부터 자녀 양육비의 "가격 전가율"을 지불받습니다. 가격 전가율은 한시적 지원 케이스의 지원을 받고 있는 21 세 이하 한 명을 포함한 한 가정에 대해 징수되는 현재 양육비 중 매달 최대 100 달러까지 또는 현재 의무 양육비 중 더 적은 금액에 해당합니다. 가족에게 지급되는 가격 전가율은 한시적 지원 케이스의 지원을 받고 있는 21 세 이하 두 명 이상을 포함한 한시적 지원 가족에 대해 징수되는 현재 양육비 중 매달 200 달러까지 또는 현재 의무 양육비 중 더 적은 금액까지 증가합니다. 양육권이 있는 부/모에게 지불되는 총 한시적 지원금이 상환된 후 양육권이 있는 부/모는 징수된 모든 양육비를 지불 받습니다.
- **양육권이 있는 부/모가 이전에 한시적 지원을 받은 경우**, 징수된 자녀 양육비는 먼저 양육권이 있는 부/모에게 지급되어야 하는 만기가 지난 양육비나 양육비 체납금에 대한 지급에 따르는 현 양육비를 지급하는 데 사용되고 난 후, 수여된 지난 양육비의 상환을 위해 사회 복지 사업 지구로 인해 지불 만기된

양육비나 체납금을 지원하는 데 사용됩니다. 그러나, 연방 세금 환급금의 상쇄로 수령된 금액은 먼저 수여된 지난 양육비의 상환을 위해 사회 복지 사업 지구로 인해 지불 만기된 양육비나 양육비 체납금을 지불하도록 지불된 후, 양육권이 있는 부/모에게 지급되어야 하는 만기가 지난 양육비나 양육비의 체납금을 지원하도록 지불됩니다. 양육권이 있는 부/모에게 지불되는 총 한시적 지원금이 상환된 후 양육권이 있는 부/모는 징수된 모든 양육비를 지불 받습니다.

- **양육권이 있는 부/모가 한시적 지원을 받은 적이 없는 경우**, 양육권이 있는 부/모는, 적용 가능한 경우, 연간 서비스비를 제외하고 법률 서비스비를 회수하는, 징수되고 지불 만기가 된 모든 양육비를 받습니다.
- **양육권이 있는 부/모가 Medicaid 를 받는 경우**, 의료 지원비는 Medicaid 제공자에게 지불되어 온 총 Medicaid 금액까지 상환하기 위해 주 및 사회 복지 사업 지구에 지불됩니다.
- **자녀가 수양 가정에서 양육되고 있는 경우**, 징수되는 양육비는 사회 복지 사업 지구에 지불됩니다. 수양 가정에서의 양육비를 초과하는, 징수된 양육비는 자녀의 배치를 관리하는 사회 복지 사업 지구에 지불되어 자녀의 최선의 이익을 도모하도록 이 사회 복지 사업 지구가 결정하는 방식으로 수양 가정에서의 양육이 이루어집니다.

섹션 4 - 법률 서비스와 비용 보상

법률 서비스

자녀가 한시적 지원이나 Medicaid 를 받지 않거나 수양 가정에서 양육되지 않는 경우, 귀하는 친부권을 확립하기 위해 또는 자녀 양육 명령을 확립, 변경, 또는 집행하기 위해 법률 서비스를 요구할 수 있습니다. 변호사 서비스는 자녀 양육 케이스를 진행하는 데 반드시 필요로 되지 않음을 주지하시기 바랍니다. 그러나 법률 서비스를 요청하시는 경우 자녀양육지원집행부가 해당 서비스비를 통지합니다. 귀하의 케이스에 선임된 변호사는 사회 복지 사업 서비스 지구 국장의 법정 대리인으로 귀하를 개인적으로 대표하지 않습니다. 이 문제에 있어 변호사의 변호는 친부권의 인정과 부양 의무의 설정, 변경, 조정 및 집행에 국한됩니다. 사회 복지 사업 지구의 변호사는 자녀 양육과 관련된 양육권, 방문 및 기타 문제를 다루지 않습니다. 귀하가 사회 복지 사업 지구의 변호사 또는 직원에게 서명 또는 구두로 제공하는, 담당 직원에게 보고되어야 하는 복지 관련 사기 정보를 포함한 어떤 정보도 기밀이 보장되지 않습니다.

법률 서비스 관련 문의는 자녀 양육 담당자에게 하시기 바랍니다. 귀하가 직접 변호사를 선임하고자 하시는 경우, 법률 서비스나 법률 지원 단체에 연락하시어 도움을 받으시거나 자비로 귀하가 직접 선택하신 개인 변호사 서비스를 받으시기 바랍니다.

법률 서비스에 대한 비용 보상

법률 서비스에 대한 회수 동의권 (LDSS-4920)을 작성하시면 자녀양육지원집행부가 관련 비용을 보상해 드립니다.

자녀양육지원집행부가 징수된 양육비에서 귀하의 현재 의무 양육비 중 25%를 보상해 드리거나 귀하가 양육권이 없는 부/모인 경우, 귀하가 지불해야 하는 비용 또는 현재 의무 양육비 중 25%를 보상해 드리고, 이 비용은 상환될 때까지 귀하가 지불하는 의무 양육비에 추가됩니다. 양육비징수부가 수령한 각 납입금은 분배 정책 섹션 3의 분배 체계에 기초한 계정으로 입금됩니다. 이는 법률 서비스 비용이 결정되기 전에 모든 양육비 체납금이나 지불 만기가 지난 양육비가 지불되어야 함을 의미합니다.

섹션 5 - 연간 서비스 비용

양육권이 있는 부/모가 뉴욕주나 타주에서 자녀 양육 서비스를 받고 있고 TANF 프로그램(이전의 부양 자녀 가족 지원 제도 [AFDC])을 통해 전혀 지원을 받지 않았으며 자녀 양육비가 가족에게 지급되는 경우, 연방 회계 연도(10월 1일 ~ 9월 30일) 내 500 달러 이상의 양육비가 징수되면 25달러의 연간 서비스 비용이 부과됩니다. 500 달러의 양육비가 징수될 때, 양육비징수부는 연간 서비스 비용을 지불받기 위해 연방 회계 연도 동안 수령되는 차기 25달러를 자동으로 원천징수합니다. 양육권이 있는 부/모가 한 명 이상의 양육권이 없는 부/모와 함께 계정을 가지고 있고 양육권이 없는 두 부모가 500달러 이상을 지불한 경우, 각 계정별로 25달러씩의 연간 서비스 비용이 부과됩니다. 신청자/수령자는 Medicaid나 안전망 지원과 관련해

수령된 자녀 양육 서비스 또는 자녀 양육비가 해당 자녀의 가족에게 지불되지 않는 수양 가정에 배치된 자녀에게 제공되는 서비스에 대해 25 달러의 비용을 지불할 필요가 없습니다.

섹션 6 - 지불 및 연락 정보

지불 방법

양육권이 없는 부모는 주로 소득의 원천 징수를 통해 자녀 양육에 대해 지불합니다. 그러나 양육권이 없는 부모는 특정 상황에서는 뉴욕주 자녀 양육 지원 처리 센터에 직접 지불할 수 있습니다(예: 양육 지원 명령이 신설되어 원천 징수되는 수입은 아직 효력을 발생하지 않거나 양육권이 없는 부/모는 자영업자이거나 고용주가 없습니다). 자기앞 수표, 지불 보증 수표 및 우편환으로 지불할 수 있습니다. 또한, 온라인 자금 이체 및 신용 카드로도 지불할 수 있습니다. 처리 센터는 현금을 받지 않습니다. 지불 방법에 대한 더 자세한 정보를 위해서는 뉴욕주의 자녀 양육 지원 웹사이트 childsupport.ny.gov 를 방문하시거나 888-208-4485 (TTY: 866-875-9975)로 뉴욕주의 자녀 양육 지원 고객 서비스 헬프라인으로 전화하시기 바랍니다. 모든 지불은 뉴욕주의 케이스 식별자를 포함해야만 하며, 다음에 지불 가능하도록 되어야 하고, 다음 주소로 보내져야 합니다: **New York State Child Support Processing Center, PO Box 15363, Albany NY 12212-5363.**

고객 서비스 계정 정보

888-208-4485(TTY: 866-875-9975 - **Relay Service** <http://www.fcc.gov/encyclopedia/trs-providers> 연계 서비스)로 뉴욕주 자녀 양육 지원 고객 서비스 헬프라인에 전화하시거나 childsupport.ny.gov 에 온라인으로 방문하시어 일반적인 자녀 양육 지원 관련 질문에 대한 답변 또는 귀하의 계정에 관한 정보를 알 수 있습니다. 이 웹사이트 및 뉴욕주 자녀 양육 지원 고객 서비스 헬프라인을 이용하시기 위해서는 개인 식별 번호 (PIN)가 필요합니다. 뉴욕주 자녀 양육 지원 고객 서비스 헬프라인에 전화하시어 PIN 을 신청할 수 있습니다.

귀하의 기록 보관을 위해 1 페이지부터 8 페이지까지 보관하세요 자녀 양육 지원 시버스 신청서/추천서 페이지 A-1 - 페이지 A-8 까지 떼어내 작성한 후 자녀양육지원집행부로 보내주십시오.

자녀 양육 지원 서비스 신청서

귀하의 기록 보관을 위해 1 페이지부터 7 페이지까지 보관하세요. 자녀 양육 지원 서비스 신청서/추천서 페이지 A-1 - 페이지 A-8 까지 떼어내 작성한 후 자녀양육지원집행부로 보내주십시오.

본 양식을 작성하는 데 언어 지원이 필요하신 경우 번역 및/또는 통역 서비스를 제공할 수 있도록 지역 CSEU 를 방문하십시오. 본 양식의 작성 및/또는 인터뷰를 대기하는 데 문제가 되는 장애가 있다면 CSEU 에 이 사실을 알려주세요. 이 기관에서 귀하를 위해 적절한 시설을 제공할 수 있도록 조치를 취하겠습니다.

섹션 A - 신청자/수령자 정보

주 언어	귀하가 주로 사용하는 언어는? <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 기타 (자세히 명기) _____		
안전 관련 사항	친부권 또는 자녀 양육 지원 명령을 받으려 함으로써 귀하의 안전 또는 자녀의 안전이 위험에 처할 것이라 생각할만한 또는 귀하가 CSEU 에 협력할 수 없는 합당한 사유가 있다고 생각할만한 이유가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 “예”에 해당하는 경우 여기에서 <u>중단하시고</u> CSEU 와 귀하의 문제를 논의하십시오.		
자녀에 대한 신청자/수령자의 관계	<p>참고: 양육권이 있는 부/모(CP)란 대부분의 시간(50% 이상)을 자녀와 함께 지내는 부/모를 말합니다. 보호자란 부/모는 아니지만 21 세 이하에 해당하는 최소 한 명의 아동을 물리적으로 보호하는 사람을 말합니다. 아동이 매일 보호자와 생활한다면 보호자는 아동의 물리적인 보호권을 갖습니다. 물리적 보호권은 합법적 또는 법원의 명령을 받은 보호권과는 다릅니다. 양육권이 없는 부/모(NCP)란 자녀를 주도적으로 돌보거나 보호권이 없으나 자녀 양육 지원비를 부담할 의무가 있는 부/모를 말합니다. 추정 상의 아버지(PF)란 아동의 아버지일 수는 있지만 아동이 태어나기 전에 아동의 어머니와 결혼하지 않았고 공판으로 또는 친부 인정으로 친부임이 성립되지 않은 사람을 말합니다. 자녀란 양육 지원을 받아야 하는 21 세 이하 아동을 말합니다. 기타란 다른 명시된 선택 사항이 적용되지 않는 개인을 말합니다.</p> <p>문제의 아동과 귀하의 관계를 표시하십시오: 본인은 (하나만 표시): <input type="checkbox"/> 양육권이 있는 부/모 <input type="checkbox"/> 보호자 <input type="checkbox"/> 양육권이 없는 부/모 <input type="checkbox"/> 추정 상의 아버지 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 기타 _____ (Section A, Sections B, C 의 Parts I - III 를 작성하십시오)</p> <p>본 기관은 다음에 해당합니다: <input type="checkbox"/> 사회 복지 사업 지구(SSD) 또는 아동 가족 서비스부(OCFS) 국장의 수양 가정(FC) 추천서(Section A, Parts II - IV, Section B 만 작성하십시오. 한 곳 이상의 NCP 에서 양육 지원을 받으려 할 경우 Part II 사본 또는 LDSS-4882B 도 다른 NCP 를 위해 작성해야 합니다). Part II 로 가십시오.</p>		
신청자/수령자의 아동 양육 지원 이력	<input type="checkbox"/> 본인은 아이를 위한 자녀 양육 지원 서비스를 받아본 적이 없습니다. <input type="checkbox"/> 본인은 자녀 양육 지원 서비스를 받은 적이 있으나 본인의 케이스는 다음 날짜에 종료되었습니다: _____ 주의 _____ 카운티에서 _____ 년 _____ 월. <input type="checkbox"/> 본인은 자녀 양육 지원 서비스를 받고 있습니다. 본인의 케이스는 _____ 주의 _____ 카운티 소속입니다 케이스 식별자 _____		
신청자/수령자의 한시적 지원 이력	귀하는 연방 Title IV-A 지원, 현재의 저소득 가정의 한시적 지원(TANF) 프로그램 및 이전의 부양 자녀 가족 지원 제도(AFDC) 프로그램을 뉴욕주 또는 다른 주에서 받고 있거나 받은 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
	귀하가 마지막으로 받은 지원 날짜를 기입하십시오. 월/일/년 _____ / _____ / _____	어디에서 지원을 받았습니까? _____ 주의 _____ 카운티.	
	귀하는 뉴욕주의 안전망 지원(구 가정구제프로그램(Home Relief Program))을 받고 있거나 받은 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
신청자/수령자의 한시적 지원 이력	귀하가 마지막으로 받은 지원 날짜를 기입하십시오. 월/일/년 _____ / _____ / _____		
	어디에서 지원을 받았습니까? _____ 카운티		

파트 I - 양육권이 있는 부/모(CP) 또는 보호자 정보

CP 또는 보호자 이름	이름	중간 이름	성	점미사
사회보장번호(SSN)	- -	개인납세자식별번호(ITIN)	- -	생년월일 월/일/년 _____/_____/_____
성별	<input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성	인종/민족 계열 (선택사항)	<input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 흑인 <input type="checkbox"/> 미국 원주민 또는 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 라틴 아메리칸 <input type="checkbox"/> 백인, 비라틴아메리칸 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 태평양 섬 주민 <input type="checkbox"/> 기타	

주 언어	CP 또는 보호자가 주로 사용하는 언어는? <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 기타 (자세히 명기) _____						
(CP 또는 보호자가 아닌 경우) 우편물 대신 수령자	이름	중간 이름	성	접미사			
(____/____/____ 현재 또는 최종) 우편물 발송 주소	번호	스트리트	층/아파트/호수	도시	주	우편번호	
거주지 주소 (우편물 발송 주소와 다른 경우 현재)	번호	스트리트	층/아파트/호수	도시	주	우편번호	
전화번호	자택 ()	휴대폰 ()	직장 ()				
	기타 ()	선호 연락처 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 기타		통화 가능 시간 <input type="checkbox"/> 주간 <input type="checkbox"/> 야간			
이메일 주소	자택	직장	기타				
비상 연락망	이름	중간 이름	성	접미사			
	번호	스트리트	층/아파트/호수	도시			
	주	우편번호	전화번호 ()	이메일 주소			
CP 와 양육권이 없는 부/모(NCP) 및 추정 상의 아버지(PF)와의 결혼 여부	CP 가 NCP/PF 와 결혼한 적이 있습니까?? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		결혼일 ____/____/____				
	결혼 장소	도시	주	국가			
	현재 CP 가 NCP/PF 와 별거 중입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		별거일 ____/____/____				
	CP 가 합법적으로 NCP/PF 와 별거 중입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		법적 별거일 ____/____/____				
	NCP 와의 이혼이 계류 중입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		법원 이름 _____				
	CP 가 합법적으로 NCP/PF 와 이혼했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		이혼일 ____/____/____				
	법원 위치	번호	스트리트	층/아파트/호수	도시	주	우편번호
CP 와 NCP/PF 가 아닌 사람과의 결혼 여부	CP 는 본 신청서에 기입된 아동의 부/모가 아닌 사람과 결혼한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오						
	“예”인 경우 아래에 결혼일과 배우자의 이름을 기입하십시오. ____/____/____ - ____/____/____ 배우자 이름 _____ ____/____/____ - ____/____/____ 배우자 이름 _____						
	CP 의 결혼 이름 _____						
CP 고용주 정보	고용주 이름 _____						
	고용주 주소	번호	스트리트	층/아파트/호수	도시	주	우편번호
건강 보험 보장 범위 정보	NCP 또는 PF 의 고용주/소속 조직이 의료 보험 혜택을 제공합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름			CP 가 가입되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 (명기하세요): <input type="checkbox"/> 개인 보험 적용 범위 <input type="checkbox"/> 가족 보험 적용 범위 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름			
	본 신청서/추천서 양식에 기입된 아동에 대한 공공 건강 보험 보장 범위에 CP 또는 보호자가 가입되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			공공 건강 보험 보장 범위의 형태를 표시하세요: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus <input type="checkbox"/> Child Health Plus (CHPlus) <input type="checkbox"/> 기타 _____ CP 또는 보호자의 CHPlus 월별 분담금: \$ _____			

파트 II - 양육권이 없는 부/모(NCP/추정 상의 아버지(PF) 정보

현재 한 명 이상의 NCP/PF 가 자녀 양육권을 요청하는 경우, 추가 NCP/PF 각자 LDSS-4882B 나 LDSS-4882 의 파트 II 사본을 작성하셔야 합니다. LDSS-4882B 입수 방법에 대한 정보는 Part III 를 참조하십시오.

첨부된 추가 NCP(s)/PF(s) 관련 Part II 또는 LDSS-4882B 사본

NCP/PF 성명	이름		중간 이름		성	접미사
	가명 또는 불리는 다른 이름				결혼 전 이름	
SSN (사회 보장 번호)	-	-	ITIN (개인 납세자 번호)	-	-	생년월일 월/일/년 ____/____/____
성별	<input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성	인종/민족	<input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 흑인 <input type="checkbox"/> 라틴 아메리칸 <input type="checkbox"/> 미국 원주민 또는 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 태평양 섬 주민 <input type="checkbox"/> 백인, 비라틴아메리칸 <input type="checkbox"/> 기타			
주 언어	NCP/PF 의 주 언어는 무엇입니까? <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 기타 (자세히 명기) _____					
NCP/PF 에 관한 내용	신장 ____ 피트 ____ 인치	몸무게 ____ 파운드	눈 색깔	머리 색깔	<input type="checkbox"/> 자국 <input type="checkbox"/> 흉터 <input type="checkbox"/> 문신 설명하세요:	
	NCP/PF 아버지의 성명		이름	중간 이름	성	접미사
NCP/PF 어머니의 결혼 전 성명		이름	중간 이름	성	접미사	
NCP/PF 의 출생지		도시	주	국가		
최종 연락일	월/일/년 ____/____/____		NCP/PF 의 신청자에 대한 관계	주의: 이 필드는 FC 케이스에는 적용 되지 않습니다.		
(NCP/PF 와 다를 경우) 우편물 대신 수령자	이름		중간 이름		성	접미사
(____/____/____ 현재 또는 최종) 우편물 발송 주소	번호	번지	층/아파트/호수	도시	주	우편번호 국가
거주지 주소 (우편물 발송 주소와 다른 경우 현재)	번호	번지	층/아파트/호수	도시	주	우편번호 국가
전화번호	자택 ()		휴대폰 ()		직장 ()	
	기타 ()		선호 연락처 <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 기타		통화 가능 시간 <input type="checkbox"/> 주간 <input type="checkbox"/> 야간	
이메일 주소	자택		직장		기타	
비상 연락망	이름		중간 이름		성	접미사
	번호	스트리트		층/아파트/호수		도시
	주	우편번호	전화번호 ()		이메일 주소	

수감 상태	NCP/PF가 수감되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름		수용 시설 이름		수감자 번호		
	수용 시설 주소	도시	주	우편번호	국가		
수양 아이의 양육(FC) 케이스에 대한 양육권이 있는 부/모(CP)와 다른 분 또는 다른 NCP에 대한 결혼 상태	NCP/PF는 FC 케이스에 대해 CP와 다른 분 또는 다른 NCP와 결혼했습니까/결혼한 상태입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름 “예”인 경우, 수양 아이의 양육(FC) 케이스에 대한 양육권을 가진 부/모(CP)와 다른 분 또는 다른 NCP에 대한 결혼 상태" 관련 질문들에 답하세요. “아니오” 또는 “모름”인 경우, “NCP/PF 고용 관련 정보”에 대한 아래 질문으로 가세요.						
	배우자 성명	이름	중간 이름	성	접미사		
	주소	번호 번지	층/아파트/스위트	도시	주	우편번호	국가
	전화번호	()		이메일 주소			
	결혼 장소	도시	주	우편번호	국가		
	NCP/PF는 현재 별거중입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름			별거일 ____ / ____ / ____			
	NCP/PF는 법적으로 별거중입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름			법적 별거일 ____ / ____ / ____			
	이혼 소송 중입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름						
	NCP/PF는 현재 이혼한 상태입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름			이혼일 ____ / ____ / ____			
	법원 위치	도시	주	우편번호	국가		
NCP/PF 고용 정보	NCP/PF는 수감되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름		최종 고용일 ____ / ____ / ____		NCP/PF는 노동 조합/조직의 일원입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름		
	고용주 이름			노동 조합/조직 이름			
	번호	스트리트	층/아파트/호수	번호	스트리트	층/아파트/호수	
	도시	주	우편번호	도시	주	우편번호	
	국가	전화번호 ()		국가	전화번호 ()		
	직위/직업			직위/직업			
NCP/PF 의료 보험 정보	NCP 또는 PF의 고용주/소속 조직이 의료 보험 혜택을 제공합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름			NCP 또는 PF가 등록되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 (명기하세요): <input type="checkbox"/> 개인 보험 적용 범위 <input type="checkbox"/> 가족 보험 적용 범위 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름			
NCP/PF 관련 추가 정보							
파트 III- 아동 정보							
수양 아이의 양육 (FC) 케이스에 대해 양육권이 있는 부/모(CP), 보호자, 또는 다른 양육권이 없는 부/모(NCP)가 이							

NCP/아버지로 추정되는 분과 한 명 이상의 자녀를 둔 경우, 각 아동에 대해 LDSS-4882C 양식 또는 LDSS-4882의 파트 III 복사본을 작성하셔야 합니다. 양식은 childsupport.ny.gov 에서 다운로드하거나, 뉴욕주 자녀 양육 지원 서비스 헬프라인(888-208-4485)에 전화해서 요청하거나, 또는 지역 아동양육지원집행부에 방문하면 얻을 수 있습니다.

CIN _____ WMS 라인 번호 _____ 첨부된 추가 아동에 대한 Part III 또는 LDSS-4882C 사본

아동 성명	이름	중간 이름	성	접미사		
SSN(사회 보장 번호)	-	ITIN(개인 납세자 식별 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 아동에 대한 NCP/PF의 관계	<input type="checkbox"/> 부/모 <input type="checkbox"/> 의붓부모 <input type="checkbox"/> 추정 상의 아버지					
부모의 결혼 상태	해당 아동의 출생시 어머니는 이 아동의 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 아동에 대한 친부권이 인정되지 않은 경우, 친부권 진술서를 제출하셔야 합니다.						
친부권 설정	친부권이 설정되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 - 아래 “친부권 설정” 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.					
	친부권이 어떻게 인정되었습니까? <input type="checkbox"/> ____/____/____에 법원에서 인정되었습니다 법원 이름 _____ <input type="checkbox"/> ____/____/____에 친부권 설정	친부권이 어느 나라, 주, 카운티에서 인정되었습니까? 카운티 _____ 주 _____ 국가 _____				
사법권 상태	이 아동은 어디서 임신되었습니까? 주 _____ 카운티 _____					
	PF는 태아 때 드는 비용이나 양육비를 제공했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름					
	PF는 뉴욕주에서 이 아동과 함께 거주했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름					
	이 아동은 PF의 행동이나 지시에 따라 뉴욕주에 거주하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름					
양육 지원 명령 정보	이 아동에 대한 양육 명령이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름			건강 보험 지원 명령을 받았습니까?		
	“예”인 경우, 양육 명령일은 언제입니까? ____/____/____			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름		
	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			
건강 보험 보장 범위 정보	이 아동이 건강 보험 보장 범위를 가지고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름					
	“예”인 경우, 보장 범위 형태를 확인하세요: <input type="checkbox"/> 개인 - 아래 “건강 보험 혜택” 관련 질문으로 가십시오. <input type="checkbox"/> 공공 - “공공 건강 보험 혜택” 관련 질문으로 가십시오. <input type="checkbox"/> 모름 - A-7 페이지의 “B 섹션 - 보조 문서”로 가십시오.					
	건강 보험 혜택	아동의 개인 건강 보험 보장 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 _____				
		건강 보험 회사 이름	보험 증권 번호	그룹 번호		
	번호 스트리트	층/아파트/호수	도시	주	우편번호	
공공 건강 보험 보장 범위	공공 건강 보험 보장 범위의 형태를 표시하세요: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus <input type="checkbox"/> CHPlus <input type="checkbox"/> 기타 _____ 부/모의 CHPlus 관련 월간 부담금: _____ 달러					

파트 IV - 수양 아동의 양육 관련 정보 (기관용) (Agency Use Only)

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.

First	Middle	Last	Suffix
Case Number	Case Status <input type="checkbox"/> Opening <input type="checkbox"/> Reopening <input type="checkbox"/> Changes or Updates	Date of Referral _____ / _____ / _____	
What is the claiming category? <input type="checkbox"/> IV-E Foster Care <input type="checkbox"/> Non-IV-E Foster Care			
<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	
County	Agency Name	Type of Facility	
No. Street	Floor/Apt./Suite	City	State Zip
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		
Name	Phone Number () Ext.		
<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 _____			

섹션 B - 증빙 서류

귀하는 검토를 위해서 자녀양육지원집행부(CSL)에 모든 증빙 서류 사본을 제공해야 합니다. 귀하가 어떤 서류를 제출하는지는 해당 란에 표시(✓) 하십시오. 이 서류는 CSEU가 친부권을 설정하고 아동 양육 지원을 설정, 수정 및/또는 집행하는 데 사용됩니다. 또한 증빙 서류는 법원이 친부권이 없는 부/모(NCP)와 친권이 있는 부/모(CP)의 수입과 기본적인 자녀 양육 지원 의무와 관련한 판단을 내리는 데 도움이 됩니다. 우편물에 서류 원본을 넣어서 보내지 마십시오.

친부권 설정 및 자녀 양육 지원 설정, 수정 및/또는 집행에 관한 서류

- | | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 자녀의 생년월일 | <input type="checkbox"/> 친자관계 명령 | <input type="checkbox"/> 결혼 증명서
<input type="checkbox"/> CP 및 NCP/추정 상의 아버지(PF)
<input type="checkbox"/> 수양 가정(FC) 케이스의 경우 NCP/PF 및 기타 NCP | <input type="checkbox"/> 별거합의
<input type="checkbox"/> CP 및 NCP/PF
<input type="checkbox"/> NCP/PF 및 기타 FC 케이스의 경우 NCP | <input type="checkbox"/> 이혼 허가
<input type="checkbox"/> CP 및 NCP/PF
<input type="checkbox"/> FC 케이스의 경우 NCP/PF 및 기타 NCP |
| <input type="checkbox"/> 친부권 인정 | <input type="checkbox"/> 친부권을 주장하는 진술서 | <input type="checkbox"/> 양육 지원 명령 | <input type="checkbox"/> 가장 최근에 접수된 연방세환급 신청서 및 모든 Schedules
<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> NCP/PF | <input type="checkbox"/> W-2s
<input type="checkbox"/> CP
<input type="checkbox"/> NCP/PF |
| <input type="checkbox"/> 입양 보조금 합의서

<input type="checkbox"/> 입양 배치 합의서 | <input type="checkbox"/> 급여명세서
<input type="checkbox"/> CP
<input type="checkbox"/> NCP/PF | <input type="checkbox"/> 복리후생 고지서 또는 레터
<input type="checkbox"/> 저소득 가정의 한시적 지원(TANF) 또는
<input type="checkbox"/> 실업 급여
<input type="checkbox"/> CP
<input type="checkbox"/> NCP/PF | <input type="checkbox"/> 사회보장장애(SSD) 관련 장학증서(Award Letter) <input type="checkbox"/> CP
<input type="checkbox"/> NCP/PF | <input type="checkbox"/> 사회보장 카드 또는
<input type="checkbox"/> CP 또는 보호자의 개별 납세자 식별 번호(ITIN)에 대한 IRS 레터 |
| <input type="checkbox"/> 사회보장카드 또는
<input type="checkbox"/> NCP/PF의 ITIN에 대한 IRS 레터 | <input type="checkbox"/> 생활보조금(SSI) 관련 장학증서(Award Letter) <input type="checkbox"/> CP
<input type="checkbox"/> NCP/PF | <input type="checkbox"/> 생활보조금(SSI) 관련 장학증서(Award Letter) <input type="checkbox"/> CP
<input type="checkbox"/> NCP/PF | <input type="checkbox"/> NCP/PF의 군복무(DD-214) | <input type="checkbox"/> 사회보장 카드 또는
<input type="checkbox"/> 아동의 ITIN에 대한 IRS 레터 |
| <input type="checkbox"/> 정보 부족 증명서(LDSS-4281) | <input type="checkbox"/> 교도소 수감에 이르지 않는 NCP/PF의 체포 관련 정보 | <input type="checkbox"/> NCP/PF의 보호감찰 또는 가석방 관련 정보 | <input type="checkbox"/> NCP/PF의 운전면허증 관련 정보 | <input type="checkbox"/> 보호 명령 |
| <input type="checkbox"/> NCP/PF의 전문인, 비즈니스, 직업 또는 레크리에이션 면허 | <input type="checkbox"/> 아동에 대한 양육비 증거물 | <input type="checkbox"/> 아동에 대한 교육비 증거물 | <input type="checkbox"/> 아동에 대한 보건의료비 증거물 | <input type="checkbox"/> 건강 보험 혜택 카드

<input type="checkbox"/> 건강 보험 혜택의 보험 내용 요약 |

섹션 C - 아동 양육 지원 서비스 신청/확인

자녀양육지원집행부(CSEU)는 친부권 설정, 양육 지원권 설정, 수정, 검토 및 조정, 양육비 징수 및 지출, 집행 및 서비스를 제공합니다.

귀하가 자녀 양육 지원 서비스를 신청하고 한시적 지원 또는 Medicaid 를 신청 중이거나 받지 **않을** 경우 **Box 1** 에 표시하고 서명하십시오. 안전망 지원 추천의 경우, 아동 양육 지원 서비스 신청자로서 사회 복지 사업 지구 국장 또는 피지명자는 Box 1 밑에 본인의 이름을 작성하고 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.

한시적 지원 또는 Medicaid 를 신청 중이거나 받고 있는 경우 **Box 2** 에 표시하고 서명하십시오.

Box 1

본인은 뉴욕주 사회복지법 Section 111-g 에 따라 자녀 양육 지원 서비스를 신청합니다.

이에 따라 본인은 뉴욕주 사회복지법 Section 111-g 및 연방 사회보장법의 Title IV-D 에 따라 자녀 양육 지원 집행 서비스를 신청합니다. 이에 따라 본인은 위증 시 처벌 받는 것을 알고 신청서에 작성한 정보와 제공 서류가 본인이 아는 범위 내에서 최대한 직접 검토하였으며 그 내용이 사실임을 동의하고 단언합니다. 본인은 이 양식에 작성한 정보와 관련된 새로운 정보 또는 변경된 정보가 있을 시 이를 즉시 자녀양육지원집행부에 알리는 데 동의합니다.

법률 서비스를 요청하려면 이 란에 표시하십시오. *법률 서비스 비용 복구권 합의서(LDSS-4920)*를 제공하오니 작성해주십시오.

자녀 양육 지원 서비스 신청서 서명 _____

이름을 기입하십시오 _____ 날짜 _____

안전망 지원 추천을 위한 사회 복지 사업 지구의 국장 또는 피지명자의 서명 _____

이름을 기입하십시오 _____ 날짜 _____

Box 2

본인은 한시적 지원 또는 Medicaid 를 신청 중이거나 받고 있습니다.

이에 따라 본인은 위증 시 처벌 받는 것을 알고 추천서에 작성한 정보와 제공 서류가 본인이 아는 범위 내에서 최대한 직접 검토하였으며 그 내용이 사실임을 동의하고 단언합니다. 본인은 이 양식에 작성한 정보와 관련된 새로운 정보 또는 변경된 정보가 있을 시 이를 즉시 자녀양육지원집행부에 알리는 데 동의합니다.

한시적 지원 또는 Medicaid 신청자/수령자의 서명 _____

이름을 기입하십시오 _____ 날짜 _____

기관용

Child Support Enforcement Unit/Support Collection Unit Representative (Print name)	Date _____/_____/_____
--	---------------------------

New York Case Identifier	Worker Code
--------------------------	-------------

SSD Referral Case Number _____ Worker Name _____

Worker Location _____ Worker Phone Number _____

TANF/MA MA-Only Safety Net Child Support Services Application (Non-TA)

Opening Reopening Changes or Updates Date of Application/Referral ____/____/_____