STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

날짜: _____

_____
부모/보호자

_____
케이스 번호

_____
접는곳

신청인 귀하,

당국은 귀하의 취업관련 탁아서비스(WCCC) 요청을 접수하였습니다. 귀하의 요청에 따른 응답으로 이 신청서를 보냅니다.

다음 정보를 모두 제공해 주시면 귀하의 신청서를 처리하여 수혜자격을 결정할 것입니다.

- WCCC 신청서/탁아 서비스 제공자에 대한 정보(이 항목은 WorkFirst 활동에 참가할 경우에도 반드시 **완성해야 함**)
- 지난 3 개월간의 가족 소득 증빙서류(예: 급료 명세서, 아동양육비, 사회보장금, 생계보조비(SSI) 명세서 사본 및 가족 구성원이 받은 모든 소득 포함) 제공. 보내실 때 근무일자와 시간, 연락인 및 전화번호를 포함시키십시오. 워싱턴주정부로부터 받는 현금 보조금(TANF) 소득에 관한 증빙서류는 제공하지 않아도 됩니다.
- 일한 기간이 얼마되지 않아 아직 받은 급료명세서가 없으면 고용주가 작성한 진술서. 진술서에는 고용일자, 임금(시간당, 급료 등) 및 근무시간과 일자 등이 적혀져 있어야 합니다. 그리고 연락할 수 있는 사람과 전화번호를 포함시켜 주십시오.
- 법원이나 행정명령에 따른 아동양육비 지급 명령서(해당될 경우) 증빙서류와 양육비 지급을 확인할 수 있는 영수증.
- 자택 내에서/친척이 탁아서비스를 제공할 경우 제 4 페이지에 기재된 자격요건에 반드시 부합해야만 하며 탁아서비스 제공자에 대해 다음을 제출해야만 합니다.
  - 사진이 부착된 신분증
  - 유효한 소셜시큐리티 카드와 영주권(Green Card)이나 취업승인서(EAD)와 같이 미국 내에서 합법적으로 취업할 수 있는 증빙서류
  - 현 거주지 주소
  - 신원조회 승인서, DSHS 09-653. 이 승인서는 귀하의 WCCC 승인 담당자에게서 입수할 수 있습니다. **서비스 제공자의 신원조회를 모두 마치고 그 결과가 나오기 전까지는 탁아대금이 지급되지 않습니다.**

질문이 있으시면 아래 번호로 전화하십시오.

담당자 이름: _____ 전화번호/팩스번호: _____

Washington State Department of Social & Health Services

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

WCCC 신청서

제 1 부. 신청서 정보

빠진 정보가 있을 경우 탁아서비스와 탁아비 승인이 지연될 수 있습니다. 타자하거나 정자로 명확하게 기입하십시오.

DATE	WORKER'S NAME
LOCAL OFFICE	
TELEPHONE NUMBER	FAX NUMBER
CASE NUMBER	BIRTHDATE
SSN (OPTIONAL)	TELEPHONE NUMBER
ETHNICITY	GENDER ☐ Male ☐ Female

자택에 살며 책임을 지고 있는 아동

이름(성, 이름, 중간이름 첫글자)	생년월일	성별	민족배경	소셜시큐리티 번호 (의무사항은 아님)	미시민권자 혹은 합법 이민자	신청인과의 관계
					☐ 예 ☐ 아니오	
					☐ 예 ☐ 아니오	
					☐ 예 ☐ 아니오	
					☐ 예 ☐ 아니오	
					☐ 예 ☐ 아니오	
					☐ 예 ☐ 아니오	

자택에 사는 배우자 혹은 아이의 다른 한쪽 부/모 혹은 보호자(필히 기입해야 함)

이름	생년월일	소셜시큐리티 번호 (의무사항은 아님)	신청인과의 관계	상기 아동과의 관계

신청인	배우자 혹은 아동의 다른 한쪽의 부모/보호자
고용주(직장) 이름, WORKFIRST 활동 혹은 학교	고용주(직장) 이름, WORKFIRST 활동 혹은 학교
주소(직장, WORKFIRST 활동 혹은 학교)	주소(직장, WORKFIRST 활동 혹은 학교)
전화번호 시작일자	전화번호 시작일자
직장에 다닐 경우 임금을 받는 횟수와 액수?	직장에 다닐 경우 임금을 받는 횟수와 액수?
☐ 매주 ☐ 격주	☐ 매주 ☐ 격주
☐ 월 2 회 ☐ 월 1 회 $	☐ 월 2 회 ☐ 월 1 회 $

아동양육비를 지급하고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 월 아동양육비: $

가족 전원에 대한 근로소득/불로 소득 원천

COPIES(지난 3 개월간) 포함:	이름 신청인 자신	이름	이름	이름
직업(총금액, 세금 공제전의 총임금)				
자영업				
TANF(Temporary Aid to Needy Families)				
아동양육비 수령				
사회보장금(SSI, SSA)				
재향군인연금, 장애연금, 업무상 재해 수당, 혹은 실업수당				
기타(구체적으로):				

주택비 지불에 대해 어떤 도움(vouchers)을 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

부모/보호자의 활동 일정표		
신청인		배우자 혹은 다른 부/모 혹은 보호자
활동(직장, 학교, WORKFIRST 활동)		활동(직장, 학교, WORKFIRST 활동)
	직장, 학교, WORKFIRST 활동에 대한 일정표	직장, 학교, WORKFIRST 활동에 대한 일정표
월요일		
화요일		
수요일		
목요일		
금요일		
토요일		
일요일		
탁아서비스 시작일:		

아동의 활동 일정		
아동의 이름	학교 일정 (정확한 일자와 시간)	학교 일정 (정확한 일자와 시간)

장애(Special Needs) 아동이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

'예'일 경우 프로그램 승인 담당자에게 연락하여 장애아동 탁아비에 관한 정보를 입수하십시오.

심의회 권리

귀하는 심의회를 요청할 권리가 있습니다. 심의회를 요청하시려면 이 사무실에 연락하시거나 괄호 안의 주소(Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489)로 서신을 보내십시오. 심의회는 반드시 해당 결정 통지서를 받은 지 90 일 이내에 신청하여야만 합니다. 귀하는 심의회에서 스스로를 대변할 수 있으며, 본인이 선택한 변호사를 대동하거나 다른 사람을 대변인으로 출두시킬 수 있습니다. 법률서비스 사무실에 연락하시면 무료 법률 조언이나 변호사를 이용하실 가능성도 있습니다.

본인은 위증시 처벌을 받는다는 조건 하에 이 선언서에 본인이 제공한 정보는 진실, 정확하고 본인이 아는 바를 기입하였으며, 고의로 허위 정보를 제공할 경우 워싱턴주법에 규정된 대로 형벌을 받을 수 있음을 이해합니다. (RCW 74.08.055)

부모/법적 보호자의 이름	날짜	다른 한 쪽 부모/법적 보호자의 이름	날짜

아동을 위한 의료혜택

자녀가 의료 및 치과 서비스를 받을 수 있음을 알고 계십니까? 이들 서비스에는 대기기간이 없으며 하나 둘 셋을 세는 만큼 간단합니다!

1. 푸드스탬프나 현금 보조금과 같이 주정부를 통해 어떤 지원을 받고 계십니까?
   - **받고 있음:** 귀하의 케이스를 책임지고 있는 재정담당자에게 전화하여 자녀를 위해 의료혜택을 요청하십시오.
   - **받고 있지 않음:** 아동 의료지원의 무료전화, 1-800-204-6429 로 전화하십시오.
2. 수혜자격이 될 경우 담당자가 요구하는 정보를 말하십시오. 담당자는 이미 이 정보를 갖고 있거나 전화상으로 알려줄 수 있습니다.
3. 우편을 통해 의료 카드가 제공됩니다.

기다리지 마십시오. – 아동을 위한 의료혜택은 전화를 거는 것만큼 쉽게 우리들 가까이에 있습니다!

모든 프로그램과 활동에 차별대우는 금지되어 있습니다. 인종, 피부색, 종교, 신념, 국적, 성별, 나이, 혼인여부, 장애재향군인/베트남참전재향군인 여부 혹은 신체장애 여부를 들어 아무도 배제되어서는 아니됩니다.

Washington State Department of Social & Health Services

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

WCCC 신청서

제 2 부. 탁아서비스 제공자의 정보

(아동의 부모/보호자 및 탁아서비스 제공자가 작성)

타자하거나 정자로 명확하게 기입하십시오.
빠진 정보가 있을 경우 탁아서비스와 탁아비 승인이 지연될 수 있습니다.

DATE	
WORKER'S NAME	
LOCAL OFFICE	
TELEPHONE/FAX NUMBER	
CASE NUMBER	
PARENT/GUARDIAN'S NAME	
PROVIDER NUMBER	
EXPECTED START DATE FOR CARE	

1. 탁아서비스 제공자의 이름과 주소
당국에 제공되는 탁아서비스 제공자의 이름, 주소 및 전화번호는 공공 정보로써 누구든지 요청할 경우 제공할 수 있습니다.

2. 제공 서비스 종류: 제공하는 서비스를 아래 네모 칸에서 찾아 체크하십시오.

☐ 탁아서비스(Child care)	탁아서비스의 SSN 혹은 연방고용주확인번호(FEDERAL TAX IDENTIFICATION NUMBER)			면허증 만기일
☐ 가족적인 탁아서비스 가정(Family Child Care Home)	탁아서비스의 SSN 혹은 연방고용주확인번호(FEDERAL TAX IDENTIFICATION NUMBER)			면허증 만기일
☐ 집에서 탁아서비스 제공; 4 페이지 5 항과 7 항 참조	탁아서비스 제공자의 SSN	18 세 이상? ☐ 예 ☐ 아니오	생년월일	아동과의 관계
☐ 친척 집에서 탁아서비스 제공; 4 페이지 6 항과 7 항 참조	탁아서비스 제공자의 SSN	18 세 이상? ☐ 예 ☐ 아니오	생년월일	아동과의 관계

3. 아래 아동을 돌보는 일자와 시간을 기입하십시오.

이름	생년월일	아이를 돌보는 시간 – 등교 전 및 방과 후의 시간을 자세히 기입하십시오.

4. 서비스 제공자가 작성: 제공하는 탁아서비스에 대한 일일 탁아 대금을 기입하십시오.

아이의 부모/보호자에게 평소 청구하는 요금 **탁아 대금 지급 승인에 앞서 이 정보를 먼저 제공해야만 합니다.**	유아(0-1 세 아동) $	2-3 세 아동 $	등록비 ☐ 없음 ☐ 일 회 ☐ 소풍/견학비	해당될 경우 금액: $_____ ☐ 아동당 ☐ 가족당 $_____매월 탁아 대금
	보육원 아동(4 세 아동) $	취학 아동(5 세 이상) $		

장애 아동에 대한 탁아서비스 비용은 승인 담당자에게 연락하십시오.

본인은 이 양식을 작성한다고 해서 탁아 대금이 반드시 지급될 것이라는 보증은 없다는 것을 알고 있습니다. 본인은 탁아서비스가 승인될 경우 본인의 평소 혹은 DSHS 에서 정한 탁아 대금 중에서 비용이 더 낮은 대금으로 지급받을 것임에 동의합니다.

탁아서비스 제공자	날짜	전화/팩스 번호(지역번호 포함)
☐ 시설 감독직원 ☐ 친척이 아닌 탁아서비스 제공자 ☐ 기타 ☐ 시설 소유주 ☐ 친척 탁아서비스 제공자		

FOR AGENCY USE ONLY: ☐ **Check box if licensed provider information was obtained by telephone.**

5. 자택 내에서 아이를 맡길 경우 부/모가 작성하십시오.

자택 내에서 귀하의 성인 자녀나 부/모에게 아이를 맡길(탁아서비스) 경우 다음 정보가 필요합니다. 탁아서비스 제공자와 함께 살 경우 귀하의 집은 탁아서비스 제공자의 집으로도 취급니다. 다음 1, 2 혹은 3 항을 작성해 주십시오. 빠진 항목이 있을 경우 탁아 대금 지급이 지연될 수 있습니다.

1. 제 아이를 돌보는 탁아서비스 제공자는 18-20 세의 제 자녀(친자녀, 의붓자녀, 입양자녀 혹은 위탁아동)입니다. ☐ 예 ☐ 아니오
2. 제 아이를 돌보는 탁아서비스 제공자는 제 부/모(친부/모, 계부/모, 입양부/모 혹은 위탁부/모)입니다. ☐ 예 ☐ 아니오

   '예'일 경우 아래 해당되는 빈 칸에 체크해주십시오(탁아서비스 제공자가 아닌 탁아서비스를 신청하는 사람).

   ☐ 과부/홀아비 ☐ 이혼한 사람으로 재혼하지 않았음 ☐ 결혼, 별거 혹은 혼인한 적이 없음

   ☐ 3 개월간 최소한 연 4 주동안 제 아이를 돌볼 수 없는 장애 배우자와 함께 살고 있음
3. ☐ 1 항과 2 항은 내게 적용되지 않음(탁아서비스 제공자가 아닌 탁아프로그램 신청인)

6. 아이를 집이 아닌 다른 데로 데려가서 맡길 경우 탁아서비스를 제공하는 사람이 작성하십시오.

탁아서비스 제공자는 반드시 성인 친척이어야만 합니다. 친척 탁아서비스 제공자는 자신의 집에 살고 있는 16 세 이상의 모든 사람의 이름과 생년월일을 제공해야만 합니다. 16 세 이상의 가족 구성원의 이름만을 기재하십시오.

이름	생년월일	이름	생년월일

본인은 상기에 기재된 사람들만이 본인과 함께 사는 16 세 이상의 성인들임을 증명합니다. 본인은 본인에게 실시된 것처럼 이 사람(들)에게도 신원조회가 실시될 것이라는 것을 알고 있습니다. 또한 본인이 WCCC 에 대한 탁아서비스 제공자로 승인되어 있는 동안 16 세 이상의 사람이 본인의 집에 이사를 들어올 경우 그 즉시 아이의 부/모에게 통지해야만 함을 이해합니다.

수혜자의 서명	날짜

7. 부모 및 서비스 제공자의 보증

탁아서비스 제공자는 미시민권자이거나 미국 내에서 합법적으로 일할 수 있는 외국인입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

자택 내/친척 탁아서비스 제공자는 반드시 다음에 해당되어야만 합니다.

- 18 세 이상의 성인
- 아이의 집에서만 아이를 돌볼 수 있음. 아이의 고(이)모/(외)숙모, 고(이)모부/(외)숙부, 조부/모, 집이 아닌 다른 곳에 사는 형제/자매 혹은 증조모/대고모, 증조부/대고부가 되는 사람은 그 친척(탁아서비스 제공자) 집에서 아이를 돌볼 수도 있음
- WAC 388-290-0160 혹은 WAC 288-290-0165 에 따른 범법 신원조회에 통과해야 함.
- 아이를 돌보는 데 있어 모든 필요사항을 충족시킬 수 있을 만큼 신체적으로 정신적으로 건강해야 함. 보건사회부에서 요청할 경우 해당 부/모는 탁아서비스 제공자가 아이를 안전하게 돌볼 만큼 신체적으로 정신적으로 건강한 사람이라는 것을 서신으로 증명해야 함
- 체벌이나 정신적 학대를 하지 않고 아이를 돌볼 수 있어야 함
- 안전한 집에서 아이를 돌보아야 함
- 기본 건강 습관과 전염병 예방 및 통제 그리고 예방접종에 관한 지식이 있어야 함
- 아이의 발육 정도에 따른 일정한 보살핌과 감독 및 활동등을 제공할 수 있어야 함
- 아이를 집이 아닌 다른 곳에 데려가 맡기는 경우 탁아서비스 제공자나 16 세 이상의 가족 중 범법 유죄판결이나 계류 중인 문제가 있을 경우 즉시 아이의 부/모에게 통보해야 함
- 아이의 친부/모, 계부/모, 입양부/모, 법적 보호자, 아이의 부/모 역할을 하는 사람 혹은 이 사람들의 배우자가 아니어야 함

7. 부모 및 탁아서비스 제공자 보증(계속)			
본인은 아이의 부모/보호자로서 본인의 자택 내/친척 탁아서비스 제공자가 상기의 요건에 부합함을 증명합니다. 본인은 다음을 이해합니다. ▪ 본인이 이들 요건을 보증하지 못할 경우 탁아 대금은 승인되지 않습니다. ▪ 어떤 신원조회 정보는 본인의 탁아서비스 제공자로서의 자격을 실격시킬 수 있습니다. 아이를 집이 아닌 다른 곳(친척집)에 맡길 경우 해당 탁아서비스 제공자(친척)는 자신과 16 세 이상의 가족에게 범법 고발건이나 유죄판결이 발생하면 그 즉시 본인에게 알릴 책임이 있습니다. 본인은 통보를 받은 그 즉시 DSHS 탁아프로그램 담당자에게 알려야 할 책임을 집니다. ▪ **서비스 제공자에 대해 모든 신원조회를 마치고 그 결과가 나오기 전에는 탁아 대금이 지급되지 않습니다.** ▪ 본인은 탁아서비스 제공자가 더 이상 아이를 돌보지 않을 경우 5 일 이내에 WCCC 담당직원에게 통보해야만 합니다. ▪ 본인의 탁아서비스 제공자는 한 번(같은 시간과 일자)에 6 명 이상의 아이들을 돌볼 경우 탁아비를 지급 받지 못합니다. ▪ 본인은 탁아 프로그램 수혜자격이 있는 동안 같은 기간에 세 명 이상의 자택 내/친척 탁아서비스 제공자에게 탁아 대금을 승인할 수 없습니다. 이들 세 명의 탁아서비스 제공자 중 한 명만 예비/대체 탁아서비스 제공자가 될 수 있습니다. 본인은 예비/대체 탁아서비스 제공자로 인가/공인 받은 탁아서비스 제공자를 사용할 수 있습니다. **본인은 위증시 처벌을 받는다는 조건 하에 이 선언서에 본인이 제공한 정보는 진실, 정확하고 본인이 아는 바를 기입하였으며, 고의로 허위 정보를 제공할 경우 워싱턴주법에 규정된 대로 형벌을 받을 수 있음을 이해합니다. (RCW 74.08.055)**			
부모/보호자의 서명	날짜	서비스 제공자의 서명	날짜

모든 탁아서비스 제공자

탁아서비스 제공자는 DSHS 탁아서비스 대금을 수락할 경우 다음을 동의하는 것입니다.

DSHS 는 모든 탁아서비스 요청을 보류하거나 승인할 권리를 보유하고 있습니다.

탁아서비스 제공자에게 알리는 글: DSHS 는 탁아서비스 프로그램 혜택이 삭감되거나 해제될 경우 이를 탁아서비스 제공자에게 사전에 통보하려고 모든 노력을 기울이지만 반드시 그렇게 할 의무를 지니고 있지는 없습니다. SSPS(Social Service Payment System) 지급 승인 통지서에 나와 있는 해당 가족의 탁아서비스 프로그램 만기일자에 유의하시기 바랍니다. 인가/공인 받은 탁아서비스 제공자는 탁아서비스 프로그램 승인 담당자에 연락하여 "Child Subsidies, A Booklet for Licensed and Certified Child Care Providers", DSHS 22-877(X) 책자 한부를 요청할 수 있습니다.

추가 지급금: 인가/공인 받은 탁아서비스 제공자는 제공 서비스에 대해 청구하는 평소의 탁아 대금이 DSHS 에서 승인한 것과 다를 경우 아이의 부모/보호자로 하여금 해당 대금을 요청할 수 없습니다. 탁아서비스 제공자는 추가 탁아 대금이나 고객의 부담금 용도로 탁아서비스를 이용하는 고객의 제 삼자를 찾아 탁아 대금을 지불하라고 요청할 수 없습니다.

탁아서비스 제공자는 아이의 부모/보호자가 다음에 해당될 경우 DSHS 수혜자에게 추가 요금을 청구할 수 있습니다.

- 개인사정 때문에 DSHS 에서 승인한 탁아비 이상의 시간으로 탁아서비스를 받아야 할 경우(예: 아이의 부모/보호자가 쇼핑을 가 아이를 늦게 데리고 감)
- 아동의 개인 향상을 위한 프로그램(예: 체조, 발레 등)을 요청할 경우

탁아서비스 제공자가 DSHS 직원이 아닙니다: 이 동의서 아래 탁아서비스를 제공하는 사람과 그의 직원(들)은 DSHS 의 직원이나 에이전시가 아닙니다. 탁아서비스 제공자는 DSHS 혹은 워싱턴 주정부의 공무원/직원으로 주장할 수 없으며 RCW 제 41.06 항에 따라 공무원으로서 가지는 권리, 특권 혹은 혜택을 청구할 수 없습니다.

탁아서비스 대금은 DSHS 에서 제정하며 적용될 경우 세금이 공제될 수도 있습니다. DSHS 는 탁아서비스에 대한 근로소득을 국세청(IRS)에 보고합니다. 탁아서비스 제공자에게는 매년 1 월 말까지 1099 나 W-2 양식이 제공될 것입니다. 해당 양식은 DSHS 파일에 철해져 있는 가장 최근의 주소로 발송됩니다.