

간소화된 자녀 부양 서비스 신청서 작성 지침

DCSS 0373 (Korean) (07/12/13)

귀하의 사례 처리는 귀하가 이 양식에 제공하는 정보에 따라 달라집니다. 가능한 한 많은 정보를 제공해 주세요. 모든 질문에 완전히 답변해 주세요. 답을 모르는 경우, "알 수 없음"이라고 기입해 주세요. 질문이 해당되지 않는 경우, "해당 없음(N/A)"이라고 기입해 주세요.

시작하기 전에 자녀 부양 핸드북을 읽어주세요. 이 책자는 지역 자녀 부양 서비스 기관을 통해 제공되는 서비스에 대해 설명합니다. 또한 자녀 부양 강제 집행 프로그램 통지를 읽어 주세요. 이 통지서에는 지역 자녀 부양 서비스 기관에 대한 귀하의 책임과 지역 자녀 부양 서비스 기관의 귀하에 대한 책임이 설명되어 있습니다. 지역 자녀 부양 담당 변호사 또는 법무부 장관 또는 그들의 대리인은 귀하 또는 자녀의 변호사가 아닙니다.

모든 양식을 검은색 잉크로 작성하고 선명하게 기입해 주세요.

양육 당사자 또는 보호자 및 자녀에 관한 사실 정보

이 섹션은 자녀의 주 양육권을 가진 개인 또는 당사자에 관한 것입니다. 전체 섹션을 완전히 작성해 주세요. 귀하가 양육 당사자인 경우, 낮 동안 연락 가능한 전화번호를 반드시 제공해 주세요.

신청서에 기재된 자녀들이 서로 다른 비양육 부모를 두고 있는 경우, 각 비양육 부모별로 별도의 신청서를 작성해야 합니다. 어느 섹션에서든 추가 공간이 필요한 경우, 별도의 용지를 첨부하거나 첫 페이지 끝에 있는 의견 섹션을 이용하세요.

부양 서비스를 요청하는 부모의 자녀를 목록에 기재해 주세요. 이름, 중간 이름, 성, 접미사(주니어, 시니어, III 등)를 포함하여 각 자녀의 전체 이름을 작성해 주세요.

이 섹션에는 신청서에 기재된 자녀의 생물학적 아버지를 확인하는 것과 관련된 여러 질문이 포함되어 있습니다. 한 질문은 친자 확인서에 서명했는지 여부를 묻는 것입니다. 친자 확인서는 법적 서류로, 양 부모가 서명하면(보통 병원이나 클리닉에서) 해당 남성이 법적 아버지임을 인정하는 법적 문서입니다. 이 문서에 서명하고 자녀부양서비스국에 제출하면, 법원에 가지 않고도 법적으로 해당 남성이 자녀의 아버지로 인정됩니다.

두 번째 질문은 친자 관계 판결(Paternity Judgment)이 확정되었는지 여부를 묻습니다. 친자 관 판결이란 법적 절차를 통해 자녀의 생물학적 아버지를 법원이 결정하는 명령을 의미합니다. 법원이 자녀 부양비 지급을 명령하기 전에 생물학적 아버지를 확인하는 과정이 필요합니다.

의견: 이 섹션은 추가 공간이 필요할 경우 사용할 수 있으며, 자녀에 대한 명령을 수립하거나 강제 집행하는 데 도움이 될 수 있는 추가 정보를 제공할 수도 있습니다. 상대방의 성격, 소총이나 권총 소지 여부, 귀하 또는 자녀에게 위협을 가한 적이 있는지 여부 등에 대한 정보를 포함할 수 있습니다.

비양육 부모에 대한 사실 정보

귀하가 양육 당사자인 경우 이 섹션의 정보를 제공하기 위해 과거 문서를 찾아봐야 할 수도 있습니다. 이 섹션에 제공된 정보가 많을수록, 더 빠르고 더 효과적으로 서비스를 제공할 수 있습니다.

가능하면 비양육 부모의 사회보장번호를 제공해 주세요. 정확한 생년월일을 모르는 경우, 대략적인 나이를 제공해 주세요.

비양육 부모에 대한 모든 재정 정보를 제공해 주세요. 필요한 경우 추가 페이지를 첨부하거나 첫 페이지의 의견 섹션을 이용하세요.

귀하가 양육 당사자인 경우, 낮 동안 연락 가능한 전화번호를 반드시 제공해 주세요.

신청자 서명

귀하의 서명이 없으면 이 사례를 접수할 수 없습니다. 귀하의 서명은 신청서의 질문에 최선을 다해 답변했으며, 이 사례를 접수하기를 원하다는 의사를 나타냅니다. 또한 서명란 위에 제공된 정보를 주의 깊게 읽었음을 의미합니다.

이 페이지는 의도적으로 비워 두었습니다

간소화된 자녀 부양 서비스 신청

DCSS 0373 (Korean) (07/12/13)

본인은 다음에 해당합니다:

 양육 당사자 비양육 부모

신청자 이름 (이 양식을 작성하는 사람)

참고: 양육 당사자는 미성년 자녀의 주 양육권을 가진 개인 또는 당사자입니다.

양육 당사자 또는 보호자 및 자녀에 관한 사실 정보

| | | | | |
|----------------------|--|--|-------|--|
| 이름 (성, 이름, 중간, 접미사) | | 부족원 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 부족 이름 | 연락하기 가장 좋은 시간 <input type="checkbox"/> 오전 <input type="checkbox"/> 오후 |
| 결혼 전 이름 (해당되는 경우) | 자녀와의 관계 <input type="checkbox"/> 아버지 <input type="checkbox"/> 어머니 <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로 명시) | 전화번호 집: 직장: 휴대전화: | | 연락하기 가장 좋은 번호 <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 직장 |
| 현재 배우자 이름 | | | | |
| 주소 (도로명, 시, 주, 우편번호) | | 이메일 주소 | | |

양육 당사자가 현재 비양육 부모와 함께 살고 있습니까? 예 아니오 ("아니오"인 경우, 마지막으로 함께 살았던 날짜와 주소를 제공해 주세요.)

| | | | | | | | |
|--|----------------------|---|--------------------------------|--|-----|--------------------|--|
| 날짜 | 주소 (도로명, 시, 주, 우편번호) | | | | | | |
| 사회보장 번호 | 운전면허 번호 | 주 | 생년월일 또는 대략적인 나이 | 출생지 | 인종 | 가정에서 주로 사용하는 언어 | 성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 |
| 현재 고용주 이름 - 현재 근무하지 않는 경우 여기에 "실업자"라고 기입해 주세요 | | | | 직함 또는 직업 | | 총 월 소득 \$ | |
| 현재 고용주의 주소 (도로명, 시, 주, 우편번호) | | | | 자녀를 위한 건강보험이 제공되나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | 친척 또는 친구의 이름과 전화번호 | |
| 결혼 날짜 및 장소 (한 번도 결혼한 적이 없는 경우, "해당 없음"에 체크하세요) | | | | 이혼 날짜 및 장소 (이혼하지 않은 경우, "해당 없음"에 체크하세요) | | | |
| 비양육 부모와의 결혼 날짜 | 카운티 | 주 | <input type="checkbox"/> 해당 없음 | 이혼 날짜 | 카운티 | 주 | <input type="checkbox"/> 해당 없음 |

부모가 결혼하지 않은 경우, 아래 질문 1~5에 답해 주세요.

- 비양육 부모가 캘리포니아에 거주한 적이 있습니까? 예 아니요 "예"인 경우, 언제? _____ 어디서? _____
- 비양육 부모가 캘리포니아에서 근무한 적이 있습니까? 예 아니요 "예"인 경우, 언제? _____ 어디서? _____
- 자녀는 어느 주에서 임신했나요?
(아래에 나열된 각 자녀에 대해 번호를 사용하세요.) 자녀 #_____ 주 _____ 자녀 #_____ 주 _____ 자녀 #_____ 주 _____
- 친자 확인서에 대한 서명은 캘리포니아 병원 또는 기관에서 했습니다? 예 아니요 모름 "예"인 경우, 어디에서? _____
- 친자관계 판결이 확정되었습니까? 예 아니요 모름 "예"인 경우, 어디에서? _____

다른 자녀 부양 서비스 기관에서 서비스를 제공받았나요? ("예"인 경우 날짜, 시 및 주를 알려주세요.)

| | | |
|---------------|---------------|--|
| 서비스 날짜 | 서비스를 받은 시 및 주 | 미성년 자녀가 현금 지원(복지)을 받은 적이 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 시작 날짜: 종료 날짜: | | |

비양육 부모가 아래에 명시된 자녀에 대해 법원 명령에 따라 부양비를 지급해야 합니까? 예 아니오 보류 중

| | | | | |
|---------|-------------|--|-----|---|
| 법원 명령 # | 명령 금액 \$ | 명령 날짜 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 매주 | 카운티 | 주 |
|---------|-------------|--|-----|---|

이 비양육 부모의 모든 미성년 자녀의 전체 이름을 기재해 주세요 (자녀가 아직 출행하지 않은 경우, "태아"로, 그리고 예정 출생일을 기입해 주세요). (다른 비양육 부모의 자녀에 대해서는 별도의 신청서가 필요합니다.)

자녀가 아직 출생하지 않은 경우, 여기에 "태아"라고 기입해 주세요.

태아의 출생 예정일

| 이름 | 성별 | 생년월일 | 출생지 (시 및 주) | 사회보장 번호 | 귀하와 함께 거주하는 자녀 |
|----|----|------|-------------|---------|---|
| 1. | | | | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 2. | | | | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 3. | | | | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 4. | | | | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |

이 비양육 부모와 관련이 없는 다른 미성년 자녀의 전체 이름을 기재해 주세요

| | | |
|----|------|---|
| 이름 | 생년월일 | 귀하와 함께 거주하는 자녀 |
| | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |
| | | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |

의견 (추가 공간이 필요한 경우 별도의 용지를 첨부하세요)

비양육 부모에 대한 사실 정보

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| 이름 (성, 이름, 중간, 접미사) | 부족 구성원 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 부족 이름 | | | |
| 결혼 전 이름 (해당되는 경우) | 자녀와의 관계 <input type="checkbox"/> 아버지 <input type="checkbox"/> 어머니 | | | | |
| 현재 배우자 이름 | 전화번호 집: 직장: 휴대전화: | | | | |
| 비양육 부모의 다른 이름 또는 가명 | 이메일 주소 | | | | |
| 주소 (도로명, 시, 주, 우편번호) | <input type="checkbox"/> 현재 거주 중 <input type="checkbox"/> (날짜) 현재 거주 중 | | | | |
| 사회보장 번호 | 운전면허 번호 | 주 | 생년월일 또는 대략적인 나이 | 출생지 | 성별 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 |
| 현재 보호 관찰 또는 가석방 중인가요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | | | | | |
| 현재 감옥이나 교도소에 수감 중인가요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 "예"인 경우, 아래에 정보를 제공해 주세요: | | | | | |
| 날짜 | 기관 | 시 | 주 | 범죄 혐의 (사유) | |
| 비양육 부모는 미국 시민입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 "아니오"인 경우, 여기에 국적을 제공해 주세요: | | | | | |
| 신체 특징: (사진을 제공해 주세요) | | | | | |
| 인종 | 피부색 | 기본 언어 | | | |
| 머리 색 | 키 | 신체 식별 특징 (점, 흉터, 문신 등) | | | |
| 눈 색 | 체중 | | | | |
| 현재 고용주 이름 (재직 중이 아닌 경우 "실업자"라고 기입해 주세요) | | | <input type="checkbox"/> 현재 재직 중 <input type="checkbox"/> (날짜) 현재 재직 중 | 자녀를 위한 건강 보험이 제공되나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 총 월 소득 \$ |
| 실업 상태이거나 현재 고용주를 알 수 없는 경우, 마지막 근무지 이름, 주소 및 전화번호를 아래에 기재해 주세요. | | | | | |
| 마지막 고용주 이름 | 마지막 고용주의 주소 (주소, 시, 주, 우편번호) | | | 전화번호 (지역번호 포함) | |
| 일반적인 직업, 업종, 직함 또는 기술 | | | 현역 군인: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 어느 군부대 소속인가요? | | |
| 비양육 부모는 노동조합 회원인가요 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 노동조합 이름 및 번호 | | 노동조합 주소 (도로명, 시, 주 및 우편번호) | | |
| 자영업자인 경우 사업체 이름은 무엇인가요? | | | | 총 월 소득 | |
| 꾸준히 일하는 사람인가요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | '아니요'인 경우, 설명해 주세요: | | | | \$ |
| 다른 소득원이나 자산을 기재해 주세요. (예: 재향군인회 혜택, 사회보장 장애 급여, 이자, 배당금, 신탁, 차량, 보트, 부동산 등 필요한 경우 별도의 용지를 첨부하세요). | | | | | |
| 어머니의 결혼 전 이름 (성, 이름) | 어머니의 거리 주소, 시, 주 및 우편 번호 | | | 어머니의 전화 번호 | |
| 아버지 이름 (성, 이름) | 아버지의 거리 주소, 시, 주 및 우편 번호 | | | 아버지의 전화 번호 | |
| 현재 배우자, 친구 또는 친척의 이름과 주소. | | | | | |
| 이름 | 관계 | 거리 주소, 시, 주, 우편번호 | | | 전화번호 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 자녀와의 면회가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 "예"인 경우, 월 몇 회 면회가 있습니까? | | | | | |
| 다른 자녀 양육비 의무가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 "예"인 경우, 금액을 제공해 주세요: \$ | | | | | |
| 집에 다른 미성년 자녀가 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 "예"인 경우, 자녀는 몇 명인가요? | | | | | |
| 결혼 상태: <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 별거 중 <input type="checkbox"/> 다른 사람과 동거 중 | | | | | |
| 본인은 자녀부양지원서비스국의 서비스를 요청하여 다음과 같은 노력에 도움을 받고자 합니다: (해당되는 항목에 모두 표시해 주세요) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 친자 관계 확인 <input type="checkbox"/> 자녀 부양 명령 발기 <input type="checkbox"/> 기존 자녀 및 배우자 부양 명령 집행 (연체된 금액 포함) | <input type="checkbox"/> 기존 자녀 부양 명령 수정 <input type="checkbox"/> 의료보험 명령 발기 <input type="checkbox"/> 기존 의료보험 명령 강제 집행 | <input type="checkbox"/> 현재로서는 의료보험 강제 집행이 필요하지 않습니다. 자녀들은 다음을 통해 만족스러운 의료보험 보장을 받고 있습니다: <input type="checkbox"/> 양육권 부모 <input type="checkbox"/> 비양육 부모 | | | |
| 본인은 사회보장법 타이틀 IV-D에 따른 자녀 부양 프로그램을 통해 지원 서비스를 신청합니다. 본인은 위증에 대한 처벌(형법 제118조)을 감수하고 질문지를 본인이 검토했으며, 본인의 지시과 믿음에 따라 사실이고 정확함을 선언합니다. | | | | | |
| 신청자 서명 | 날짜 | | | | |