

아동 지원 서비스 신청 – 안내 사항

아동 지원 프로그램은 아동을 최우선으로 생각하며 부모 모두가 아동을 경제 및 사회복지, 의료 등 안정적으로 돌볼 수 있도록 지원합니다. 서비스에는 비양육 부모 위치 확인, 친권 설정, 아동 지원 및 의료 지원 설정, 아동 지원 수당 지급, 아동 지원 명령 변경 및 시행 지원 등이 포함됩니다.

아동 지원 서비스 수령자에게 다음이 적용됩니다.

- 귀하의 정보를 기밀로 유지.
- 특정 사례 활동에 대한 내용 통지.
- 수령한 지원금 즉시 지급.
- 예정된 청문회에 대한 통지를 정해진 시점에 전달.
- 법원 명령 및 청문회 결과 사본 전달.
- 법적 지위가 없거나 지위가 신고된 적이 없다고 할지라도 서비스 이용 가능.

다음은 할 수 있습니다.

- 친권 설정을 위한 유전자 검사 요청.
- 일부 조치에 대한 반대 의견 제시.
- 변호인 고용.
- 수령 또는 지급받은 수당에 대한 검토 요청.

다음의 의무가 발생합니다.

- 신청 처리를 위한 정보 제공.
- 필수 서류 작성 완료.
- 서비스 제공을 위한 협조.
- 주소와 전화번호 변경 등 개인정보 변경 내용 공유.
- 모든 지원 수당은 본 기관을 통해 지급.

아동 지원 신청 양식 접수 후 진행 절차

아동 지원 프로그램은 아동이 기타 당사자로부터 필요한 지원을 받을 수 있도록 주소와 취업 정보 수집, 친권 인지(Acknowledgment of Parentage) 절차 완료 지원, 지원 명령의 설정 또는 변경을 위한 법원 신청 접수, 소득 압류 진행 등 필요한 조치를 취합니다. 최신 상태로 아동 지원 프로그램을 유지해 주십시오. 아동의 친권을 비롯해 귀하의 우편물 수령지, 전화번호, 이메일 주소 등이 변경되었거나 기타 당사자에 대한 새로운 정보를 알게 되었다면 저희에게 통보해 주십시오. 무료로 운영되는 아동 지원 헬프라인 **888-208-4485번(TTY: 866-875-9975 – 릴레이 서비스)** <http://www.fcc.gov/general/internet-based-trs-providers>로 전화하거나 귀하의 지역 아동 지원 프로그램 사무소에 연락해 주십시오. 이메일 링크를 포함한 지역 아동 지원 프로그램 사무소의 연락처는 <https://www.childsupport.ny.gov/DCSE/LocalOffices>에서 확인하실 수 있습니다.

비용, 징수, 지급

- 비용:** 연방법에 따라 10월 1일부터 9월 30일까지 수령한 아동 지원금이 550 달러를 넘는 경우 각 케이스 당 연간 35 달러의 비용을 의무적으로 부과해야 합니다. 이것은 귀하가 Temporary Assistance for Needy Families (TANF) 수당을 받은 적이 없는 경우에만 적용됩니다. 해당 비용은 수집한 아동 지원금에서 공제됩니다.
- 징수:** 연방법과 주법에 따라 징수 방식이 결정됩니다. 현재 지원금을 가장 먼저, 의료 보험 비용과 연체된 지원금(연체금)을 다음으로 지불해야 합니다.
- 비양육 부/모가 현재 지원금과 의료 보험료를 지불할 수 있을 정도의 소득이 없는 경우, 현재 지원금을 우선적으로 징수합니다. 이 경우, 의료 보험료가 지불되지 않을 수 있습니다.
- 법원 명령에 따른 지원금 지불은 비양육 부/모로부터 귀하에게 직접 전달되지 **않습니다**. 직접 전달된 경우, 즉시 해당 지원금을 New York State Child Support Processing Center (SDU), P.O. Box 15363, Albany, NY 12212-5363로 전달해야 합니다. **현금을 우편으로 보내지 마십시오.**
- 지급:** 직불카드나 수표, 직접 이체 등으로 지급될 수 있습니다. 극히 일부의 경우 초과 지불이 발생할 수 있습니다. 이러한 지원금을 반환하거나 상환하는 것은 귀하의 의무입니다. 과도 지급금에 대한 처리를 위해 귀하에게 연락할 것입니다.

안전에 대한 우려사항

안전이 걱정되는 경우, 도움을 드릴 수 있습니다.

- 주소지에서 안전하게 우편을 수령할 수 없다면, 법원이 대체 우편 주소 사용을 허가할 수 있습니다.
- 직접 출석하는 것이 아니라 전화나 동영상으로 법원에 출석할 것을 요청할 수 있습니다.
- 법원에 소재지, 주거지, 고용주 등을 밝히지 말 것을 법원에 요청할 수 있습니다.
- 친권 설정을 위한 유전자 검사 시, 귀하의 연구소 방문 일정을 기타 부/모와 다르게 설정하도록 요청할 수 있습니다.
- 귀하의 개인정보가 기밀로 취급되도록 귀하의 아동 지원 사례를 특별 분류할 수 있습니다.

법률 서비스

귀하의 자녀가 임시 지원(Temporary Assistance) 또는 메디케이드(Medicaid)를 받는 경우, 무료 법률 서비스가 제공됩니다. 해당하지 않는다면, Right to Recovery Agreement for Legal Services (LDSS-4920)의 작성을 완료하여 친권 설정이나 아동 지원 명령의 발부, 수정, 집행을 위해 법률 서비스 또는 비용 지원을 선택할 수 있습니다. 양육 또는 방문 문제, 대리모 계약 협상 또는 초안 작성 등에 대한 법률 서비스는 제공되지 않습니다.

귀하의 케이스에 배정된 변호사는 사회보장서비스 지역사무소 커미셔너의 법적 대리인이며 귀하를 개인적으로는 대변하지 않습니다. 복지 사기 또는 아동 학대 등을 나타내는 정보를 포함하여, 사회보장서비스 지역사무소의 변호사 또는 직원에게 귀하가 제출한 모든 정보는 기밀로 취급되지 않을 수 있습니다.

귀하의 개인정보 보호

사회보장번호: 우리는 개인정보 보호를 매우 중요하게 생각합니다. 사회보장법(Social Security Act) Section 466(a)(13)에 따라 아동 지원 명령의 적용을 받는 모든 사람은 의무적으로 사회보장번호를 제공해야 합니다. 사회보장번호는 사례 기록에 포함되며, 친권 설정 및/또는 지원 의무 설정, 변경, 집행 등 법에 따라 허용된 목적으로만 사용됩니다.

자세한 내용은 <https://otda.ny.gov/programs/applications/5258A.pdf> 및 childsupport.ny.gov에서 확인할 수 있습니다.

아동 지원 신청 양식

본인 관련 정보

나는(택 1): ☐ 양육 부모 ☐ 비양육 부/모 ☐ 추정 부/모 ☐ 계획 부/모 ☐ 아동

☐ 후견인 – 관계:

대화에 가장 많이 사용하는 언어는 무엇입니까?

☐ 영어 ☐ 스페인어 ☐ 기타

글을 읽을 때 가장 많이 사용하는 언어는 무엇입니까?

통역이 필요합니까? ☐ 예 ☐ 아니요

안전에 대한 우려사항

아동 지원 서비스 요청 시 신체적 또는 정서적으로 피해를 당할 수 있다고 생각합니까? ☐ 예 ☐ 아니요

귀하의 안전과 관련된 정보는 시기에 상관 없이 업데이트할 수 있습니다. 이미 보육 또는 공적 지원 담당자에게 안전 관련 우려가 없다고 밝힌 후라고 해도, 상황은 변할 수 있습니다. 그리고 우리는 귀하의 안전을 지키고자 합니다. 귀하의 안전이 언제나 가장 중요합니다.

아동 지원 이력

현재 아동 지원 서비스를 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

만약 예라면 주관 기관은 어디입니까? 카운티 주 케이스 번호

과거 아동 지원 서비스를 받은 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

만약 예라면 주관 기관은 어디입니까? 카운티 주 케이스 번호

공공 지원 이력

공공 지원 수당(예: 임시 지원 또는 메디케이드)을 신청했거나 수령한 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

만약 예라면 주관 기관은 어디입니까? 카운티 주 케이스 번호

과거 임시 지원 수당을 받은 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

만약 예라면 주관 기관은 어디입니까? 카운티 주 케이스 번호

마지막으로 지원을 받은 일자(월/일/년):

성명

이름 중간 이름 성 지위 가명 혹은 기타 알려진 이름

SSN/ITIN

성별

☐ 여성 ☐ 남성 ☐ X ☐ 기타

생년월일 (월/일/년)

주택 주소

스트리트 시/군/구 주 우편 번호

우편 주소 (주택 주소와 다를 경우)

스트리트 시/군/구 주 우편 번호

연락처 정보

주택전화번호 휴대전화 번호 기타 전화번호 이메일 주소

건강 보험 보장 정보

취업 중인 경우, 귀하의 고용주/단체가 건강보험 혜택을 제공합니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 모름

만약 '예'라면, 혜택을 적용받는 보장의 유형은 무엇입니까? ☐ 개인 보장 ☐ 가족 보장 ☐ 없음 ☐ 모름

귀하의 자녀는 메디케이드 대상입니까? ☐ 예 ☐ 아니요

기타 당사자와 귀하의 결혼 여부

기타 당사자와 결혼한 적이 있습니까? ☐ 결혼한 적이 있는 경우, 결혼일: 이혼일: ☐ 아니요

기타 당사자 정보(각 당사자 모두 별도로 아동 지원 신청 양식을 작성해야 합니다.)

기타 당사자는 다음에 해당합니다(택1). ☐ 양육 부모 ☐ 비양육 부/모 ☐ 추정 부/모 ☐ 계획 부/모

☐ 후견인 - 관계:

성명 ☐ 기타 당사자의 이름을 모르는 경우 여기에 체크해 주십시오.

이름 중간 이름 성 지위 가명 혹은 기타 알려진 이름

SSN/ITIN **성별** ☐ 여성 ☐ 남성 ☐ X ☐ 기타 **생년월일 (월/일/년)**

자택 주소

스트리트 시/군/구 주 우편 번호

우편 주소(자택 주소와 다를 경우)

스트리트 시/군/구 주 우편 번호

연락처 정보

자택전화번호 휴대전화 번호 기타 전화번호 이메일 주소

고용

기타 당사자가 현재 고용된 상태입니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 모름 최종 고용일:

고용주/사업장 명 ☐ 현재 ☐ 마지막으로 알려진

고용주/사업장 주소
스트리트 시/군/구 주 우편 번호 전화번호

다른 쪽 당사자가 자영업자입니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 모름

기타 당사자가 실업 보험 혜택(Unemployment Insurance Benefits, UIB)을 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 모름

기타 당사자의 지원이 필요한 아동 관련 정보

성명(이름/중간 이름/성)	SSN/ITIN	생년월일 (월/일/년)	성별	친권이 설정되었습니까?	설정되었다면 내용은 무엇입니까?	아동을 위한 지원 명령이 있습니까?	만약 있다면, 명령 일자는 언제입니까?
			☐ 여성 ☐ 남성 ☐ X ☐ 태아 ☐ 기타	☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 모름	☐ 법원 명령 ☐ 친자 확인서 ☐ 혼인 중 출생	☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 모름	
			☐ 여성 ☐ 남성 ☐ X ☐ 태아 ☐ 기타	☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 모름	☐ 법원 명령 ☐ 친자 확인서 ☐ 혼인 중 출생	☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 모름	
			☐ 여성 ☐ 남성 ☐ X ☐ 태아 ☐ 기타	☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 모름	☐ 법원 명령 ☐ 친자 확인서 ☐ 혼인 중 출생	☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 모름	
			☐ 여성 ☐ 남성 ☐ X ☐ 태아 ☐ 기타	☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 모름	☐ 법원 명령 ☐ 친자 확인서 ☐ 혼인 중 출생	☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 모름	

아동 지원 신청 양식/확인

아래에 서명함으로써, 저는 다음 내용을 이해하고 동의합니다.

본인은 뉴욕주 사회보장서비스법 § 111-g 및 연방 사회보장법 Title IV-D에 따른 아동 지원 서비스 신청인으로서 임시 지원 및/또는 메디케이드 수령을 신청합니다. 저는 이에 따라 위증 시 처벌을 받는다는 조건하에 이 신청 양식에 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 과지급금 상환에 대한 내용을 포함한 **아동 지원 서비스 신청 – 안내 사항** 서류를 전달받았습니다. 저는 극히 일부의 경우 초과 지급이 일어날 수 있다는 것을 인지합니다. 저는 나아가 해당 지원금의 반환이나 상환은 제 의무이며, 프로그램 측에서 상환을 요구하기 위해 제게 연락을 할 것이라는 점을 이해합니다. 저는 초과지불금을 일시불로 상환하거나 초과지불금이 완전히 상환될 때까지 이십오 퍼센트(25%)의 원천징수를 요청할 수 있습니다. 저는 향후 징수금에서 25퍼센트를 원천 징수한다는 것에 대한 동의는 선택 사항이라는 점을 인지합니다.

저는 아동 지원 프로그램에 이메일이나 문자, 기타 가능한 방법을 비롯해 전자 교신 권한을 부여한다는 것을 이해합니다. 기밀 유지를 위하여 저는 안전하고 유효하며 사용 중인 이메일 주소 및 휴대전화 번호를 제공하고 해당 정보가 변경될 경우 지역 아동 지원 프로그램 사무소에 고지해야 할 의무가 있다는 것을 이해합니다.

선택 사항:

☐ 저는 전자 메일을 수신하고 싶지 않습니다.

☐ 저는 임시지원 및/또는 메디케이드 수당 지원 대상이 아닐 경우에도 아동 지원 서비스를 받고 싶습니다. 저는 필요 가정에 대한 임시 지원(Temporary Assistance for Needy Families, TANF)을 한 번도받지 않고 아동 지원 프로그램이 연방 회계연도(10월 1일부터 9월 30일까지) 기간 동안 지원금으로 550달러 이상을 징수한 경우, 연간 서비스 요금 35달러가 청구된다는 것을 이해합니다.

☐ 저는 법률 서비스를 요청하고 싶습니다. (법률 서비스에 대한 회수 동의권 [LDSS-4920]을 전달받아 작성하게 됩니다.)

서명:

날짜:

이름(정자체):

기타 당사자 관련 추가 정보

(예: 신체에 대한 설명/사진, 제1언어, 차량 정보, 수감 관련 정보)

For Agency Use Only

☐ For Safety Net Assistance referrals only: I, the Commissioner or Commissioner's Designee of the social services district, hereby apply for child support services pursuant to New York State Social Services Law §111-g.

Commissioner/Designee Signature:

Date:

Commissioner/Designee Printed Name:

Date Received

Family Violence

☐ Yes

☐ No

If YES, Family Violence Indicator

District Referral Case Number

Assistance Program Worker Code

NY Case Identifier

Child Support Worker Code

신청 양식 – 증빙 서류

귀하의 지역 아동 지원 프로그램 사무소로 가능한 모든 증빙 서류의 **사본**을 제출해주시기 바랍니다. 아동 지원 프로그램은 귀하를 위해 증빙 서류를 활용해 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 박스에 **체크 (✓)**하십시오.

원본 서류를 우편으로 송부하지 마십시오.

일반 서류

- ☐ 신청자의 신원증명(예: 면허증, 여권)
- ☐ 아동 지원 신청서 ☐ 지원 명령서 ☐ 혼인 증명서 ☐ 별거 합의서
- ☐ 이혼 판결문 또는 선언문 ☐ 양육권 명령서 ☐ 건강보험증 ☐ 건강보험 혜택 증서
- ☐ 건강보험 혜택 약관 ☐ 기타

양육 부/모 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 아동별)

- ☐ 출생 증명서 ☐ 친권 설정 명령 (예: 친자 명령, 친권 판단 등) ☐ 친권 인지
- ☐ 추정 부모 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)
- ☐ 대리모/출산 지원 계약 ☐ 기타

비양육 부모/추정 부모 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