



비양육권측 부/모의 자녀양육비 징수 신청서
Noncustodial Parent Child Support Enforcement Application

다음에 나오는 질문들에 가능한 빠짐없이 작성하여 답하십시오. 귀하의 서명을 제외하고는 파란색이나 검정색 펜을 사용해 정자체로 기입해 주십시오. 파란색 혹은 검정색 펜만을 사용하십시오. 답을 모를 경우에는 영어로 "UNK" 라고 기입하십시오. 더 많은 여백이 필요하다면 다른 용지에 쓴후 이 양식에 첨부하십시오. 사회보장법 타이틀 IV-D 장(Title IV-D of the Social Security Act)에 규정된 바와 같이 아동지원국(DCS)에서는 자녀양육비 징수목적을 위해 사회보장번호(social security numbers)를 사용할 것입니다.

제 1 부. 신상정보

1. 성명: 성(LAST) 이름(FIRST) 중간이름(MIDDLE)		2. 생년월일	3. 성별	4. 사회보장번호(SSN)
5. 사용 중인 다른 이름				
6. 출신국가 혹은 민족	7. 신장	8. 체중	9. 머리색깔	10. 눈동자 색깔
11. 영어가 아닌 다른 언어로 의사소통이 필요한 경우, 해당언어를 기입하십시오:				
12. 출생지: 시(CITY)		주(STATE)		국가 (COUNTRY)
13. 귀하는 인디언 부족의 일원입니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예. 대답이 "예"일 경우 어느부족에 해당합니까?				
14. 귀하는 인디언 보호구역에 거주하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예. 대답이 "예"일 경우 어느 보호구역입니까?				
15. 우편을 받을 주소: 사서함 혹은 거리 번지수 (P.O. BOX OR STREET NUMBER)		시(CITY)	주(STATE)	우편번호(ZIP CODE)
16. 현재 거주하는 주소: 사서함 혹은 거리 번지수 (P.O. BOX OR STREET NUMBER) (우편을 받을 주소와 동일하지 않는 경우)		시(CITY)	주(STATE)	우편번호(ZIP CODE)
17. 집전화번호 ()	18. 메세지/휴대전화번호 ()		19. 직장전화번호 ()	
20. 어머니의 성명: (사망했을 경우라도 기입하십시오)		성(LAST)	이름(FIRST)	중간이름(MIDDLE)
21. 어머니의 결혼전 성명:		성(LAST)	이름(FIRST)	중간이름(MIDDLE)
22. 어머니 주소: 사서함 혹은 거리 번지수 (P.O. BOX OR STREET NUMBER)		시(CITY)	주(STATE)	우편번호(ZIP CODE)
23. 아버지의 성명: (사망했을 경우라도 기입하십시오)		성(LAST)	이름(FIRST)	중간이름(MIDDLE)
24. 아버지 주소: 사서함 혹은 거리 번지수 (P.O. BOX OR STREET NUMBER)		시(CITY)	주(STATE)	우편번호(ZIP CODE)
25. 귀하는 미국 예비군의 일원입니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예. "예"인 경우는 질문 26-28 에 답하고, "아니오"인 경우는 질문 29 항목으로 가십시오.				
26. 소속 지부		27. <input type="checkbox"/> 예비군 <input type="checkbox"/> 국토 방위군		28. 소속 스테이션
아동지원국(DCS)가 귀하에게 연락할 수 있는 친척, 친구, 혹은 처소를 기입하십시오:				
29. 성명		30. 주소: 거리 번지수 시(CITY) 주(STATE)		우편번호(ZIP CODE)
31. 전화번호		32. 귀하와의 관계		
33. 성명		34. 주소: 거리 번지수 시(CITY) 주(STATE)		우편번호(ZIP CODE)
35. 전화번호		36. 귀하와의 관계		

제 2 부. 직장 및 노조 정보

귀하의 신청서에 대한 아동지원국(DCS)의 심사를 위해 최근 3 번의 월급명세서 복사본을 첨부하십시오.

1. 자영업자입니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예. 이에 대한 답이 "예"인 경우는 질문 2-4 에 답하고, "아니오"인 경우는 질문 5 항목으로 가십시오.			
2. 업체 이름		3. <input type="checkbox"/> 일인소유업체 <input type="checkbox"/> 주식회사 <input type="checkbox"/> 동업업체	
4. 업체주소: 사서함 혹은 거리 번지수(P.O. BOX OR STREET NUMBER)		시(CITY)	주(STATE) 우편번호(ZIP CODE)
5. 직장명		<input type="checkbox"/> 년중 영업하는 직장 <input type="checkbox"/> 계절에 따라 영업하는 직장	
6. 직장주소: 사서함 및 도로번지수(P.O. BOX OR STREET NUMBER)		시(CITY)	주(STATE) 우편번호(ZIP CODE)
7. 직장 전화번호	8. 주중 근무일수	9. 근무시간	
10. <input type="checkbox"/> 고용회사가 인디언 부족입니다. <input type="checkbox"/> 고용회사가 부족이 운영하는 비즈니스입니다.		<input type="checkbox"/> 고용회사가 인디언 보호구역내에 있고 인디언 소유의 비즈니스입니다. <input type="checkbox"/> 고용회사가 인디언 부족과는 관련없습니다.	
11. 노동조합에 소속되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예. "예"일 경우 질문 12-14 에 답하고, "아니오"일 경우 제 3 부로 가십시오.			
12. 노동조합 이름		13. 지역번호(LOCAL NUMBER)	
14. 노동조합 주소: 사서함 혹은 거리 번지수(P.O. BOX OR STREET NUMBER)		시(CITY)	주(STATE) 우편번호(ZIP CODE)

제 3 부. 의료보험 정보

1. 귀하의 고용회사, 노동조합, 혹은 인디언 보건서비스를 통해 의료보험에 가입되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 "예"일 경우 질문 2-7 에 답하고, "아니오"일 경우는 질문 8 항목으로 가십시오.			
2. 보험회사 이름		3. 보험약관 번호(POLICY NUMBER)	4. 그룹번호(GROUP NUMBER)
5. 의료보험 회사 주소: 사서함 혹은 거리 번지수(P.O. BOX OR STREET NUMBER)		시(CITY)	주(STATE) 우편번호(ZIP CODE)
6. 보험적용 범위: <input type="checkbox"/> 일반의료만 적용 <input type="checkbox"/> 일반의료 및 치과보험 포함 <input type="checkbox"/> 치과보험만 적용 <input type="checkbox"/> 기타(나열하시오): _____		7. 적용이 시작되는 날짜	
8. 다른 종류의 건강보험에 가입되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예. "예"일 경우 질문 9-14 에 답하고, "아니오"일 경우 질문 15 항목으로 가십시오.			
9. 기타보험회사 이름		10. 보험약관번호(POLICY NUMBER):	11. 그룹번호(GROUP NUMBER)
12. 기타 보험회사의 주소: 사서함 혹은 거리 번지수(P.O. BOX OR STREET NUMBER)		시(CITY)	주(STATE) 우편번호(ZIP CODE)
13. 보험적용 범위: <input type="checkbox"/> 일반의료만 적용 <input type="checkbox"/> 일반의료 및 치과보험 포함 <input type="checkbox"/> 치과보험만 적용 <input type="checkbox"/> 기타(나열하시오): _____		14. 적용이 시작되는 날짜	
15. 귀하의 의료보험에 이 케이스와 관련된 자녀들도 가입되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예. "예"일 경우 질문 16 항목과 17 항목에 답하고, "아니오"인 경우는 제 4 부로 가십시오.			
16. 자녀 1 인당 월보험료(프리미엄) \$		17. 모든 자녀당 월 총보험료 \$	

제 4 부. 귀하의 재정 정보

1. 월별 총수입 또는 총소득 \$	2. 각종 수수료를 제외한 월별 수입또는 소득: \$	3. 임금 수령단위 <input type="checkbox"/> 일주일 단위 <input type="checkbox"/> 한달에 두번 <input type="checkbox"/> 한달에 한번 <input type="checkbox"/> 기타 (나열하시오): _____	
4. 은행이름		5. 은행지점	
6. 은행주소: 사서함 또는 거리번지수(P.O. BOX OR STREET NUMBER)		시(CITY)	주(STATE) 우편번호(ZIP CODE)

제 4 부. 재정정보(계속)

7. 퇴직 연금을 받고 있습니까? 아니오 예. “예”라면 어디로부터입니까?

균인 퇴직금을 받는다면 질문 8 항목과 9 항목에 답하고, “아니오”라면 질문 10 항목으로 가십시오.

8. 퇴직시 귀하의 계급

9. (육/해/공) 군복무

10. 다른 종류의 근로자 보상을 받습니까? 아니오 예. “예” 경우는 질문 11 항목과 12 항목에 답하고, “아니오”인 경우는 13 항목으로 가십시오.

11. 누가 근로자 보상을 지불합니까?

12. 클레임 번호(CLAIM NUMBER)

13. 월급 혹은 임금 외 다른 소득이 있습니까? 아니오 예. “예”라면 소득 출처는 기재하십시오.

14. 동산이나 부동산을 소유하고 있습니까? 아니오 예. “예”라면 질문 15 항목과 16 항목에 답하고, “아니오”일 경우 제 5 부로 가십시오.

15. 동산이나 부동산의 소재

16. 동산이나 부동산의 유형 (부동산, 보트, 차 등등)

제 5 부. 결혼, 부계, 자녀양육 명령서 정보

모든 직계가족 법정진술서, 법정명령, 행정명령, 그리고 서면상의 자녀양육 동의서 복사본을 첨부하십시오.

1. 귀하의 귀하 자녀의 한쪽 부/모와 결혼한 상태입니까? 아니오 예. 답이 “예”라면 질문 2-4 항목에 답하고, “아니오”라면 질문 10 항목으로 가십시오.

2. 결혼일

3. 결혼한 곳: 시(CITY)

카운티(COUNTY)

주(STATE)

국가(COUNTRY)

4. 귀하의 귀하 자녀의 한쪽 부/모와 이혼한 상태입니까? 아니오 예.

답이 “예”라면 질문 5 항목과 6 항목에 답하고, “아니오”라면 질문 7 항목으로 가십시오.

5. 이혼한 날짜

6. 이혼한 곳: 시(CITY)

카운티(COUNTY)

주 또는 부족

국가(COUNTRY)

7. 귀하의 귀하 자녀의 한쪽 부/모와 별거상태(이혼이 아닌)에 있습니까? 아니오 예

답이 “예”일 경우 질문 8 항목과 9 항목에 답하고, “아니오”일 경우는 질문 10 항목으로 가십시오.

8. 별거한 날짜

9. 별거한 곳: 시(CITY)

카운티(COUNTY)

주(STATE)

국가(COUNTRY)

10. 귀하의 귀하 자녀의 한쪽 부/모와 결혼한 적이 없을 경우, 주(state) 혹은 부족의 법정에서 아이의 아버지의 이름을 지명한 적이 있습니까? 아니오 예. 답이 “예”라면 질문 11-13 항목에 답하고, “아니오”라면 질문 14 항목으로 가십시오.

11. 명령한 날짜:

12. 명령한 장소: 시(CITY)

카운티(COUNTY)

주 또는 부족

국가(COUNTRY)

13. 아버지의 성명:

성(LAST)

이름(FIRST)

중간이름(MIDDLE)

14. 부계 진술서(Paternity Affidavit)에 서명한 적이 있습니까? 아니오 예. 답이 “예”라면 질문 15 항목과 16 항목에 답하고, “아니오”라면 질문 17 항목으로 가십시오.

15. 서명한 날짜

16. 서명한 장소: 시(CITY)

카운티(COUNTY)

주(STATE)

국가(COUNTRY)

17. 자녀를 임신한 주(state) 또는 인디언 부족 보호구역의 이름

18. 이 밖에 다른 자녀에 대한 양육비 명령서가 있습니까? 아니오 예. 답이 “예”라면 질문 19-21 항목에 답하고, “아니오”라면 질문 22 항목으로 가십시오.

19. 명령을 받은 날짜

20. 사유 번호(알고 있을 경우)

21. 명령을 받은 장소: 주 또는 부족

카운티(COUNTY)

22. 귀하의 배우자 별거수당을 지불합니까? 아니오 예. 답이 “예”라면 질문 23 항목 24 항목에 답하고, “아니오”라면 질문 25 항목으로 가십시오.

23. 지불한 날짜

24. 지불한 사람의 이름

제 5 부. 귀하의 결혼, 부계, 자녀양육 명령 정보 (계속)

25. 귀하는 다른 주나 부족의 자녀양육 기관에 자녀양육비를 지불한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 답이 "예"라면 질문 26 항과 27 에 답하고, "아니오"라면 질문 28 항으로 가십시오.		
26. 지불한 날짜	27. 기관 이름	
28. 자녀양육비를 법정에 지불한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 답이 "예"라면 질문 29 항과 30 에 답하고, "아니오"라면 질문 31 항으로 가십시오.		
29. 지불한 날짜	30. 지불한 장소: 카운티(COUNTY) 주 또는 부족	
31. 자녀의 부모주의 한사람과 자녀양육비 액수에 대해 구두 혹은 서면상으로 동의한 적이 있다면 기록하십시오. _____ _____ _____		

제 6 부. 자녀의 다른 한 쪽 부/모에 관한 신상 정보

이 신청서에 명시된 자녀의 다른 한 쪽 부/모에 관한 정보를 아래에 기재해 주십시오.

1. 성명: 성(LAST) 이름(FIRST) 중간이름(MIDDLE)	2. 출생연월일	3. 성별	4. 사회보장번호(SSN)
5. 사용중인 다른 이름			
6. 이 부/모가 영어가 아닌 다른 언어로 모든 서신을 받아야 한다면 해당 언어를 기재하십시오.			
7. 출생장소: 시(CITY)		주(STATE)	국가(COUNTRY)
8. 이 부/모는 인디언 부족의 일원입니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 답이 "예"라면 부족명을 기입하십시오:			
9. 이 부/모는 인디언 보호구역에 살고 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 답이 "예"라면 보호구역명을 기입하십시오:			
10. 우편을 받는 주소: 사서함 혹은 거리번지수 (P.O. BOX OR STREET NUMBER) 시(CITY) 주(STATE) 우편번호(ZIP CODE)			
11. 거주지 주소: 사서함 혹은 거리번지수 (P.O. BOX OR STREET NUMBER) 시(CITY) 주(STATE) 우편번호(ZIP CODE) (윗주소와 다를 경우)			
12. 집 전화번호 ()	13. 메세지/휴대전화번호 ()	14. 직장 전화번호 ()	

제 7 부. 자녀의 다른 한 쪽 부/모의 직장 및 소득 정보

1. 이 부/모는 자영업자입니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 답이 "예"라면 질문 2-4 에 답하고, "아니오"라면 질문 5 항으로 가십시오.			
2. 업체(회사)명			3. <input type="checkbox"/> 일인소유업체 <input type="checkbox"/> 주식회사 <input type="checkbox"/> 동업업체
4. 업체 주소: 사서함 및 도로번지수(P.O. BOX OR STREET NUMBER) 시(CITY) 주(STATE) 우편번호(ZIP CODE)			
5. 고용주 이름			6. <input type="checkbox"/> 연중 영업하는 고용주 <input type="checkbox"/> 계절에 따라 영업하는 고용주
7. 고용주 주소: 사서함 및 도로번지수(P.O. BOX OR STREET NUMBER) 시(CITY) 주(STATE) 우편번호(ZIP CODE)			
8. 고용주 전화번호	9. 주중 근무일수	10. 근무시간	

제 7 부. 자녀의 다른 한쪽 부/모의 직장 및 소득 정보(계속)

11. <input type="checkbox"/> 고용주가 인디언 부족임 <input type="checkbox"/> 고용주가 가족이 운영하는 사업체임		<input type="checkbox"/> 고용주가 인디언 보호구역내에 있고 인디언 소유 사업체임 <input type="checkbox"/> 고용주가 인디언 부족과는 관련없음	
12. 월별 총수입 또는 총소득 \$	13. 각종 수수료를 제외한 월별 수입또는 소득: \$	14. 임금 수령단위 <input type="checkbox"/> 일주일 단위 <input type="checkbox"/> 한달에 한번	<input type="checkbox"/> 한달에 두번 <input type="checkbox"/> 기타 (나열하십시오): _____

제 8 부. 본 케이스와 관련된 자녀 정보

1. 자녀양육비를 내야하거나 그 지불 절차를 시작하려는 자녀의 다른쪽 부모의 집에 살고 있는 모든 자녀들을 나열하십시오.

A. 성명: 성(LAST) 이름(FIRST) 중간이름(MIDDLE)		B. 생년월일	C. 성별	D. 사회보장번호(SSN)
E. 귀하와의 관계		F. 출생지: 카운티(COUNTY)		
G. 인디언 부족			H. 귀하의 의료보험에 가입되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	
A. 성명: 성(LAST) 이름(FIRST) 중간이름(MIDDLE)		B. 생년월일	C. 성별	D. 사회보장번호(SSN)
E. 귀하와의 관계		F. 출생지: 카운티(COUNTY)		
G. 인디언 부족			H. 귀하의 의료보험에 가입되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	
A. 성명: 성(LAST) 이름(FIRST) 중간이름(MIDDLE)		B. 생년월일	C. 성별	D. 사회보장번호(SSN)
E. 귀하와의 관계		F. 출생지: 카운티(COUNTY)		
G. 인디언 부족			H. 귀하의 의료보험에 가입되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	
A. 성명: 성(LAST) 이름(FIRST) 중간이름(MIDDLE)		B. 생년월일	C. 성별	D. 사회보장번호(SSN)
E. 귀하와의 관계		F. 출생지: 카운티(COUNTY)		
G. 인디언 부족			H. 귀하의 의료보험에 가입되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	

2. 위성된 주를 제외한 타주 또는 부족에서 위의 자녀들에게 정보보조금을 지불한 적이 있습니까? 아니오 예.

답이 "예"라면 질문 3 항목 4 에 답하고, "아니오"라면 질문 5 항목으로 가십시오.

3. 지불일(가장 최근)	4. 지불한 곳 (가장 최근): 카운티(COUNTY) 주 또는 부족
---------------	---------------------------------------

5. 귀하가 자녀양육비를 냈을 당시 자녀가 다른 가정에서도 살았던 적이 있습니까? 아니오 예

답이 "예"라면 질문 6-11 에 답하고, "아니오"라면 제 4 부로 가십시오.

6. 그 가정의 보호자 성명	7. 장소: 시(CITY) 주(STATE)	8. 그 가정에서의 거주기간
9. 그 가정의 보호자 성명	10. 장소: 시(CITY) 주(STATE)	11. 그 가정에서의 거주기간

제 9 부. 귀하가 이 서류에 기입된 자녀에게 지불한 자녀양육비

귀하가 지난 10 년간 이 케이스와 관련하여 지불한 모든 자녀양육비를 기록하십시오. DCS 에서는 귀하가 아래와 같이 지불했다는 것을 증명할 수 있는 증빙서류를 요구할 수 있습니다.

년/월					
1 월					
2 월					
3 월					
4 월					
5 월					
6 월					
7 월					
8 월					
9 월					
10 월					
11 월					
12 월					
합계					

년/월					
1 월					
2 월					
3 월					
4 월					
5 월					
6 월					
7 월					
8 월					
9 월					
10 월					
11 월					
12 월					
합계					

제 10 부. 증명

DCS 가 자녀의 다른쪽 부모에게 자녀를 위한 의료보험 서비스지원을 하도록 집행하기를 원한다면 아래에 해당 사항을 선택해 주십시오:

- 나는 DCS 가 자녀의 다른쪽 부모에게 제 자녀의 의료보험을 제공하도록 또는 해당 명령서에 기재된 금액에서 의료보험 보험료 비용 일부를 제공하도록 해 주기를 원합니다.
- 나는 DCS 가 자녀의 다른쪽 부모로부터 내가 자녀를 대신해서 지불한 미보험으로 인한 의료비용을 징수하기를 원합니다 (WAC 388-14A-1020 에 명시된 바와 같이 환자부담금, 공제액, 그리고 프리미엄을 포함합니다).

나는 자녀양육비 징수서비스를 요청합니다. 나는 DCS 가 미지불분 자녀양육비를 징수하기 위해 노력하지만 법령과 규제로 하지 않는다는 것을 압니다. 나는 이 신청을 할 때 자녀양육 명령이 (Washington State Support Registry, WSSR)에 등록된다는 것을 이해합니다. 나는 내가 제공한 정보가 워싱턴주에 의해 나의 자녀양육을 수립, 집행, 그리고 수정할 때 사용될 수 있음을 이해합니다.

나는 나의 주소나 직장, 그리고 나의 자녀의 양육비 액수를 변경할 수 있는 기타 상황이 발생할 시 아동지원국(DCS)에 그것을 통보할 것에 동의합니다.

나는 모든 자녀양육비를 DCS 에 보낼 것에 동의합니다. 나는 DCS 가 나의 양육비 지불에 크레딧을 줄 수 있을 때는, 내가 WSSR, 주법원 혹은 자녀양육대행 기관, 혹은 부족법원 혹은 자녀양육대행 기관에 지불할 경우에 한정됨을 이해합니다. 나는 내가 자녀보호자에게 직접보낸 지불액에 대해서는 크레딧을 주지 않는다는 것을 이해합니다.

나는 워싱턴 주법에 근거한 위증에 대한 처벌에 의거하여 다음을 맹세합니다:

1. 이 양식에서 내가 기록한 내용은 사실이고 틀림없습니다.
2. 나는 타주에 자녀양육비 징수 서비스를 요청하거나 받지 않고 있습니다.

날짜	서명
----	----

완성된 양식을 다음 주소로 보내주시기 바랍니다:

DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520
말하거나 듣기 장애가 있는 분들을 위한 TTY/TDD 서비스도 제공합니다.
다음의 웹사이트를 방문하십시오: www.dshs.wa.gov/dcs

인종, 피부색, 출신국가, 신조, 종교, 성별, 연령, 혹은 장애여부 때문에 누구도 고용, 서비스, 프로그램 활동에서 차별을 받아서는 안됩니다.

이 양식은 요청시 다른 형식으로도 제공될 수 있습니다.