



STATE OF WASHINGTON  
**DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES**  
CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

**CCSP 신청**  
**CCSP Application**

날짜: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 부모/보호자

\_\_\_\_\_ 사례 번호

\_\_\_\_\_ 접는 곳

신청인께,

탁아서비스 보조금을 요청하셨기에 신청서를 보내 드립니다.

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

- **CCCP 신청서/ (WorkFirst 활동을 하고 있는 사람이라도 반드시 아동양육신청서를 기입해야 함);**
- 아동 양육 서비스 제공자 정보 (이 정보를 반드시 제공해주셔야 아동 양육 서비스 제공자에 대한 보조금 지급이 허가됩니다)
- 지난 3개월간의 가족소득 증빙서류 제출(증빙서류: 급여 명세서, 아동양육비 지불 명세서, 사회보장금, 생계보조비(SSI) 및 가족이 받는 기타 소득 명세서). 본인의 고용 계획 포함 주정부로부터 받는 현금보조금(TANF)에 대해서는 증빙서류를 제출할 필요가 없습니다.
- 취업한 기간이 얼마 되지 않아 아직 급여를 받지 않은 경우는 고용주가 작성한 서신을 제출할 수 있습니다. 서신에는 고용일, 급여(시간당, 월급 등) 그리고 근무 일정 등을 명시해야 합니다. 고용주가 이 정보를 확인해줄 수 없다면 저희는 귀하의 구두 진술이나 서면 진술을 받을 수 있습니다. 저희에게 60일 이내의 급여 명세서 사본을 제공하셔야 합니다. WAC 170-290-0012.
- 법원명령 또는 행정 명령에 의해 아동양육비를 지급하는 경우 그에 대한 증빙서류와 지급한 아동양육비 명세서
- 직업관련 탁아 서비스만 해당: 가족/친구/이웃이 아이를 돌보는 경우 서비스 제공자는 신청서 **Part 2B** 에 열거된 자격을 충족해야 하며 귀하께서는
  - 운전면허증, 주 신분증, 여권, 군인 신분증 등 서비스 제공자의 사진이 있는 뚜렷하게 복사된 신분증 사본을 제출해야 합니다.
  - 뚜렷하게 복사된 서비스 제공자의 유효한 사회보장 카드 사본
  - 그린카드, 영주권, 또는 고용승인문서(EAD) 등과 같이 미국에서 합법적으로 일할 수 있다는 것을 증명할 수 있는 증빙서류
  - 신원조회 승인서(Background Authorization form), DSHS 09-653. 이 승인서는 WCCC 허가 직원으로부터 얻을 수 있습니다. 탁아서비스 제공자는 모든 관련인의 신원조회 결과가 접수된 후에 탁아서비스 비용을 받을 수 있습니다.

변경사항 보고

전화: 1-877-2233, 팩스: 1-888-338-7410 (귀하의 클라이언트 ID 를 각 페이지에 기재하십시오: 또는 [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org))



법원에서 명령한 아동양육비를 지불합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 월지불금: \$	
아동 부양을 받도록 하는 법원 명령을 받으셨습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 월지불금: \$	
보유 자산	
\$1,000,000.00 이상 가치가 있는 자산을 보유하고 계십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 보유 자산에는 현금, 은행 계좌, 주식/채권, 투자 계정, 투자 부동산 등이 포함됩니다.	
부모/보호자의 활동 일정	
신청인	배우자 또는 다른 한쪽 부모/보호자
활동(직업, 학교, WORKFIRST 활동) 활동시간을 오전/오후로 표시해 주십시오.	활동(직업, 학교, WORKFIRST 활동) 활동시간을 오전/오후로 표시해 주십시오.
월요일	화요일
수요일	목요일
금요일	토요일
일요일	
직장에서의 근무 활동 일정 학교, WORKFIRST 활동은 무엇입니까?	
직장에서의 근무 활동 일정 학교, WORKFIRST 활동은 무엇입니까?	
택아서비스는 며칠부터 시작합니까? 신청인: 편도로 택아서비스 제공자에서 귀하의 활동(직장, 학교 등) 장소까지 가는데 귀하께서 알고 계신 바로는 얼마나 걸립니까? 다른 한쪽 부모/보호자: 편도로 택아서비스 제공자에서 귀하의 활동(직장, 학교 등) 장소까지 가는데 귀하께서 알고 계신 바로는 얼마나 걸립니까?	
자녀의 활동 일정 추가 자녀의 경우 별도의 용지에 정보를 적어 제출하십시오.	
자녀의 이름	학교 일정 (정확한 요일과 시간)
	택아서비스 일정 (정확한 요일과 시간)
귀하의 취학 연령 자녀에게 학교 수업 시나 여름 방학 중에 택아 서비스가 필요합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
장애아동이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'일 경우 장애아동을 위한 택아비 정보는 허가 담당자(Authorizing Worker)에게 연락하십시오.	
유권자 등록	
전국유권자등록법 (National Voter Registration Act of 1993)에 따라 저희 기관은 유권자 등록 서비스를 제공합니다. 투표권 등록이나 등록 거부하는 귀하께서 본 기관으로부터 받는 서비스나 혜택 금액에 영향을 미치지 않습니다. 유권자 등록 신청서를 작성하시는데 도움이 필요하시다면 저희가 도와드릴 것입니다. 도움을 구하시거나 받아들이는 결정 권한은 귀하께 있습니다. 귀하께서는 유권자 등록 신청서를 직접 작성하실 수 있습니다. 귀하의 투표권 등록 권한이나 등록 거부 권한, 본인의 결정 권한을 방해한 사람이 있다고 생각하시는 경우, 또는 귀하 본인의 정당 선택 또는 정치적 선호 선택 권한을 방해한 사람이 있다고 생각하시는 경우, Washington State Elections Office, PO Box 40229, Olympia WA 98504-0229 (1-800-448-4881)로 불만을 신고하실 수 있습니다.	
투표권을 등록하시거나 유권자 등록 내용을 갱신하시겠습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
심의회 권리	
이 결정에 동의하지 않을 경우 Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489로 연락해 심의회를 요청할 수 있습니다. 심의회는 다음과 같이 신청해야만 합니다.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>현재 받고 있는 혜택이 중단되지 않고 계속 받기를 원한다면 이 조치 유효일 전에 또는 이 조치 통지서를 송부한 날로부터 10일 전에 심의회를 신청하거나</li> <li>이 서신을 받은 날짜로부터 90일 이내에 신청해야 합니다.</li> </ul> 귀하는 심의회에서 스스로를 대변할 수 있으며, 변호사나 귀하가 선택한 사람을 대동해 귀하를 대변하게 할 수 있습니다. 법적 서비스를 제공하는 사무실에 연락하여 무료 법적 조언이나 대변인의 도움을 받으실 수도 있습니다.	
본인은 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에, 이 양식에 본인이 제공한 모든 정보가 정확하고 본인이 아는 바를 기입하였음을 증명합니다. 그리고 본인은 이 양식에 고의로 허위 진술을 하는 경우 워싱턴주법에서 규정대로 벌칙을 받을 수 있음을 이해합니다. (RCW 74.08.055)	
부모/법적보호자 서명	날짜
다른 한쪽 부모/법적보호자 서명	날짜
모든 프로그램과 활동에서 차별을 금지합니다. 어느 누구도 인종이나 피부 색, 종교, 신념, 출신 국가, 성별, 연령, 혼인 유무, 퇴역군인, 베트남전 참전자 지위, 장애를 이유로 배제되어서는 안됩니다.	



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

**CCSP 신청 (CCSP Application)**

**제 2A부. 유면허 탁아서비스 제공자 정보**

(부모/보호자 및 탁아서비스 제공자에서 작성)

타이핑을 하거나 활자체로 명확하게 작성하십시오. 누락된 부분이 있으면 지불 승인이 지연될 수 있습니다.

<b>1 회사/공급자의 이름 및 주소</b>  당국에 제공하는 탁아서비스 제공자 이름과 주소는 공공 정보이며 요청하는 사람이나 기관에 제공할 수 있습니다.  서비스 제공자 이름  의료 서비스 제공자 주소  시 _____ 주 _____ 우편번호 _____	날짜
	콜 센터 전화번호
	팩스 번호
	수혜자/의뢰인 ID 번호
	부모/보호자의 이름
	서비스 제공자(처) 번호
	의료 서비스 제공자 전화번호
	탁아서비스 시작 예상일

**2. 탁아서비스 유형:** 제공하는 탁아서비스 유형에 해당하는 네모 칸에 체크로 표시하십시오. **3항과 4항 - 탁아서비스 제공자 가입란**

<input type="checkbox"/> 유면허 탁아서비스 제공자	탁아서비스 제공자 SSN 또는 연방 납세자 번호	<input type="checkbox"/> 유면허 가정집 탁아서비스	탁아서비스 제공자 SSN 또는 연방 납세자 번호
--	----------------------------	--	----------------------------

**3. 다음 아동에게 제공하게 될 탁아서비스 요일과 시간을 기입하십시오.**  
(돌보고 있는 추가 아동이 있으면 제 5항에 기재하십시오)

이름	생년월일	탁아서비스 요일과 시간, 등교 전과 방과 후 시간을 자세히 기재할 것.

**4. 유면허 탁아서비스 제공자: 일일 탁아비 기입**

부모/보호자에게 보통 얼마의 탁아비를 청구합니까?  이 정보는 반드시 탁아비를 승인하기 전에 제공해야만 합니다.  도움이 필요하시면 서비스 제공자 전화(Provider line) 1-800-394-4571 이나 providerhelp@dshs.wa.gov로 문의하십시오.	영아(0 - 11개월) \$ _____	영유아(12 - 17개월) \$ _____	소아(18 - 29개월) \$ _____	'예'일 경우 금액 기재: \$ _____
	프리스쿨(미취학 아동으로서 30개월 - 5세) \$ _____	취학 아동(5 - 12세) \$ _____	등록비 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 1회 <input type="checkbox"/> 연 1회 <input type="checkbox"/> 소풍 비용	<input type="checkbox"/> 아동당 <input type="checkbox"/> 가족당 \$ _____ 월 탁아비

장애 아동에 대한 탁아비는 콜 센터에 문의하십시오.

본인은 이 양식을 작성한다고 해서 탁아서비스가 보장되는 것이 아님을 이해합니다. 탁아서비스가 승인되면 제가 지불하는 일반 탁아비 또는 주 금액 중 더 적은 금액을 지불할 것에 동의합니다.

서비스 제공자 서명  <input type="checkbox"/> 관리자 <input type="checkbox"/> 소유주 <input type="checkbox"/> 기타	날짜	전화 및 팩스 번호(지역번호 포함)
---	----	---------------------



WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

**WCCC 한정 신청서 (WCCC Only Application)**

**제 2B부. 가족 / 친구 / 이웃 서비스 제공자 정보**

(부모/보호자 및 탁아서비스 제공자에서 작성)

타이핑을 하거나 활자체로 명확하게 작성하십시오. 누락된 부분이 있으면 지불 승인이 지연될 수 있습니다.

제 1항 탁아서비스 제공자 이름 및 주소		수혜자/의뢰인 ID 번호	
당국에 제공하는 탁아서비스 제공자 이름과 주소는 공공 정보이며 요청하는 사람이나 기관에 제공할 수 있습니다.		부모/보호자의 이름	
서비스 제공자 이름		서비스 제공자(처) 번호	
서비스 제공자 주소 (탁아 서비스 시설에서 서비스를 받는 경우 우편 주소가 아닌 실제 주소지를 기입하십시오)		의료 서비스 제공자 전화번호	
시	주	우편번호	탁아서비스 시작 예상일
<b>제 2항 탁아를 신청한 부모가 작성</b>			
<p>1. 탁아서비스 제공자는 18-20세인 신청인의 자녀(친자녀, 의붓자녀, 입양자녀, 위탁자녀)입니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>2. 탁아서비스 제공자는 부모(친부모, 양부모, 입양부모, 위탁부모)입니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>2번에 예라고 답한 경우 아래에 해당하는 상자에 표시를 하십시오.</p> <p>귀하께서는: <input type="checkbox"/> 사별. <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 기혼, 별거 또는 결혼한 적이 없음</p> <p><input type="checkbox"/> 장애가 있어 달력상으로 3개월에 최소한 연속해서 4주간 자녀를 돌볼 수가 없는 배우자와 살고 있음</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 1이나 2에 해당하지 않음.</p>			
<b>제 3항 가족 / 친구 / 이웃 제공자가 작성하십시오</b>			
탁아서비스 제공자의 SSN	아동과의 관계	탁아서비스 제공자의 이메일 주소	
탁아서비스 제공자가 18세 이상입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	생년월일	미국 시민 또는 미국에서 합법적으로 근로할 수 있는 거주자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
<p>귀하의 준수 사항:</p> <p>아이의 집에서만 아이를 돌볼 것. 아이의 고모/이모, 삼촌, 조부모, 아이의 집이 아닌 곳에서 사는 아이의 형제/자매 또는 종조모/대고모, 종조부 또는 증조부모일 경우에 한해서는 그들의 집에서 아이를 돌볼 수도 있음.</p>			
말아 돌보고 있는 아이와 함께 살고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 아이의 집에서 아이를 돌봄 5항으로 가십시오. <input type="checkbox"/> 탁아서비스를 제공하는 사람의 집에서 아이를 돌봄 4항을 완료하십시오.		
<b>제 4항 탁아서비스 시설에 거주하지 않는 아동을 탁아서비스 시설에서 돌볼 경우, 탁아서비스 제공자가 작성할 것</b>			
<p>귀하의 집에서 탁아를 실시하고 해당 가정에서 아동이 거주하지 않을 경우 귀하와 함께 거주하는 16세 이상의 모든 사람의 이름과 생년월일, 성범죄자 상태를 제출하십시오.</p>			
이름	생년월일	판결받은 성범죄자	탁아를 실시하는 서비스 제공자 가정의 성범죄자를 보고하지 않을 경우 서비스 제공자의 자격이 영구적으로 상실됩니다. <b>WAC 170-290-0160</b>
1.		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
2.		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
3.		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
4.		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
<p>본인은 위의 이름을 가진 16세 이상의 사람만이 본인과 함께 거주함을 증명합니다. 본인은, 이 사람이 제가 받고 있는 것과 동일한 신원조회를 받아야 함을 알고 있습니다. 본인은 또한 WCCC에서 승인한 탁아서비스 제공자로 일하는 동안 제 집에 16세 이상의 사람이 이사를 들어올 경우 반드시 그 즉시 아이의 부모에게 통보해야만 함을 이해합니다.</p>			
서비스 제공자 서명	날짜		

**제 5항 가족/친구/이웃 탁아서비스 제공자가 작성**

가족/친구/이웃 탁아서비스 제공자는 동시에 6명까지만 탁아비를 주정부에 청구할 수 있습니다.

날짜와 시간, 탁아를 제공하기 위한 요금을 기입하십시오.

아동의 이름 및 성	생년월일	탁아서비스 요일과 시간, 등교 전과 방과 후 시간을 자세히 기재할 것.

본인의 아동 1 인 당 시간 요금은 \$           입니다. 본인은 본인의 요금이나 주 요금 중 낮은 금액을 수령할 것에 동의합니다.

장애 아동에 대한 탁아비는 콜 센터에 문의하십시오.

**제 6항 서비스 제공자가 읽고 서명해야 합니다.**

**서비스 제공자의 책임:**

- 신원 확인 승인을 완료하였습니다. 본인의 집에서 아동을 보살필 경우 귀하와 함께 거주하고 있거나 귀하의 집으로 이사한 16세 이상의 모든 사람에게 대한 신원 확인도 제출해야 합니다.
- 귀하의 가정에서 탁아를 실시하는 경우 본인 또는 귀하 가정 내 모든 16세 이상의 사람에게 대한 유죄 선고나 유죄 형의에 대해 24시간 이내에 DSHS에 보고해야 합니다.
- 귀하께서 법적 이름이나 주소, 전화번호를 변경한 경우 DSHS에 10일 이내에 보고해야 합니다.

**서비스 제공자 자격:**

- 18세 이상이며 미국 시민권자이거나 합법 거주민이어야 합니다.
- 아이의 집에서만 아이를 돌봐야 합니다. 아이의 고모/이모, 삼촌, 조부모, 아이의 집이 아닌 곳에서 사는 아이의 형제/자매 또는 종조모/대고모,종조부 또는 증조부모일 경우에 한해서는 그들의 집에서 아이를 돌볼 수도 있음.
- WAC 170-290-0160 또는 WAC 170-290-0165 하에 수혜자격을 줄 수 없는 전과가 없을 것.
- 아이를 돌보는 데 필요할 수 있도록 신체적으로 정신적으로 충분히 건강할 것. 직원이 요청할 경우 해당 부모는 자신(들)이 아이를 돌보는데 신체적으로, 정신적으로 충분히 건강하다는 것을 증명할 수 있는 증빙서류를 제출할 것.
- 신체적 징계 또는 정신적 학대를 하지 않고 아이를 돌볼 것.
- 안전한 환경(집)에서 아이를 돌볼 것.
- 건강관리, 전염병 예방과 단속 및 예방접종에 관해 기본적인 지식이 있을 것.
- 아이의 발육에 필요한 것을 토대로 해서 지속적으로 돌보고 감독하며 알맞은 활동을 제공할 것.
- 아이를 집이 아닌 곳에서 돌보는 경우 귀하나 집에 사는 16세 이상의 사람을 상대로 유죄 판결 또는 계류 중인 고소건이 있으면 즉시 부모에게 알릴 것.
- 아이의 친부모, 계부모 또는 입양 부모, 법적 보호자, 아이의 부모 대신 부모 노릇을 하는 사람 또는 이들의 배우자가 아닐 것.

**참석 기록:**

- 기록부에는 반드시 다음이 명시되어야 합니다.
  - 각 아동을 돌본 날짜와 시간이 모두 기록되어야 합니다.
  - 부모/보호자가 참석 기록을 일주일에 한 번 이상 확인하여 서명하고 날짜를 기록해야 합니다.
  - 5년간 보관해야 합니다.
  - DSHS나 DEL이 열람을 요청하면 14일 이내에 제공해야 합니다.

**청구:**

- 탁아서비스 제공자는 모든 신원조회 결과를 DSHS가 확인한 후에 탁아서비스 비용을 받을 수 있습니다. 신원조사를 처리하기 전에 탁아 서비스를 제공한 경우 가족이 귀하에게 비용을 지불할 책임이 있습니다.
- 같은 탁아 시간 동안 6명까지 DSHS에 탁아서비스 비용을 청구할 수 있습니다.
- 아동의 참석과 승인에 기초하여 청구 단위 수를 결정할 수 있도록 매일 참석 기록을 검토해야 합니다.

제 6항 계속

서비스직 종사자 국제 조합 지역 **925(SEIU 925)**

SEIU 925는 가족/친구/이웃 서비스 제공자를 나타냅니다. 단체 협상 계약에서 SEIU 925 회원의 조합 및 혜택을 설명합니다. 회원은 주에서 지급하는 아동 서비스 요금의 2퍼센트를 납부해야 합니다. 납부금의 상한은 월 \$50입니다.

추가 정보는 다음을 통해 볼 수 있습니다: *A Guide for Family, Friends and Neighbors Child Care Providers*(가족, 친구, 이웃 탁아 서비스 제공자 가이드):<http://www.del.wa.gov/requirements/info/subsidy.aspx>

본인은 이 양식을 작성한다고 해서 탁아서비스가 보장되는 것이 아님을 이해합니다. 탁아서비스가 승인되면 제가 지불하는 일반 탁아비 또는 주정부 탁아비 중 더 적은 금액을 지불할 것에 동의합니다. 본인은 부서에서 모든 신원조사 결과를 받아보기 전에 지불이 이루어지지 않음을 인정합니다. 본 양식의 제 6항을 읽었으며 인정합니다.

본인은 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에, 이 양식에 본인이 제공한 모든 정보가 정확하고 본인이 아는 바를 기입하였음을 증명합니다. 그리고 본인은 이 양식에 고의로 허위 진술을 하는 경우 워싱턴주법(RCW 74.08.055)에서 규정한대로 벌칙을 받을 수 있음을 이해합니다. (RCW 74.08.055)

서비스 제공자 서명	날짜	<input type="checkbox"/> 친척이 아닌 탁아서비스 제공자 <input type="checkbox"/> 친척 탁아서비스 제공자
------------	----	--

제 7항 부모가 읽고 서명해야 합니다.

본인은 부모/보호자로서 본인의 가족/친구/이웃 탁아서비스 제공자가 위에 기재된 요건에 충족함을 증명합니다. 저는 다음을 이해합니다.

- 언급한 요건을 확실하게 보장하지 않을 경우 탁아비는 승인되지 않음.
- 일부 신원조회 정보로 인해 탁아서비스 제공자로서의 자격이 없을 수 있음. 아이의 집이 아닌 다른 곳에 아이를 맡길 경우 그 집의 가족 구성원 또는 같이 사는 16세 이상의 사람을 상대로 범죄성 고발 또는 유죄판결건이 있을 경우 이 내용을 즉시 본인에게 제공해야 할 책임이 탁아서비스 제공자에게 있음. 탁아서비스 제공자에게 그 사실을 듣자마자 WCCC 허가 직원에게 바로 알려야 함.
- 탁아서비스 제공자는 모든 신원조회 결과가 접수된 후에 탁아서비스 비용을 받을 수 있습니다.
- 본인은 탁아서비스 제공자가 탁아서비스를 중단할 경우 5일 이내에 CCSP직원에게 알려야 합니다.
- 본인의 탁아서비스 제공자는 아동을 6명 이상 동시(같은 시간과 요일)에 돌볼 수 없습니다. 그렇게 할 경우 탁아비를 지불 받지 못합니다.
- 본인은 탁아서비스를 수혜할 자격이 있는 기간 동안 동시에 WCCC 탁아비에 대한 가족/친구/이웃 탁아서비스 제공자 승인을 3명까지만 할 수 있습니다. 이 3명의 탁아서비스 제공자 중 한 명만 예비(대비) 탁아서비스 제공자가 될 수 있습니다. 본인은 유면허/보증된 예비 탁아서비스 제공자를 이용할 수 있습니다.
- 가족/친구/이웃 탁아서비스 제공자의 고용주로서 귀하께서는 서비스 제공자가 USCIS 고용자격 확인 양식 I-9를 작성하도록 해야 합니다.
  - 모든 미국 고용주는 자신이 미국에서 채용한 모든 개인의 양식 I-9를 작성하여 보관해야 합니다.
  - 이는 시민권자와 비시민권자를 모두 포함합니다.
  - 해당 양식에서 고용주는 종업원의 고용 자격과 신원 문서를 조사하여 해당 문서가 합당한 원본으로 나타나며 해당 개인에 관한 사항을 나타내는지 확인하고 양식 I-9에 문서 정보를 기록해야 합니다.
  - 인정되는 문서의 목록은 양식의 마지막 페이지에 있습니다. 양식과 안내는 다음에서 확인하실 수 있습니다: <http://www.uscis.gov/i-9>
- 귀하나 탁아서비스 제공자의 생활 환경에 변화가 있을 경우 즉시 보고해 주십시오(이러한 유형의 변경은 해당 서비스에 대한 탁아서비스 제공자에게 보낼 세무보고서 서류에 영향을 줄 수 있습니다).

본인은 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에, 이 양식에 본인이 제공한 모든 정보가 정확하고 본인이 아는 바를 기입하였음을 증명합니다. 그리고 본인은 이 양식에 고의로 허위 진술을 하는 경우 워싱턴주법(RCW 74.08.055)에서 규정한대로 벌칙을 받을 수 있음을 이해합니다. (RCW 74.08.055)

부모/보호자 서명	날짜
-----------	----