

STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES  
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

아동 양육비 지원 의뢰서  
Child Support Referral

개인 정보와 사회보장번호는 DCS 에서 사회보장법, Title IV-D 에 정의된 대로 아동양육비 지원 집행용으로 사용됩니다.

아동의 부모에 대한 정보

아동의 어머니					아동의 아버지						
성명(이름/중간이름/성)					성명(이름/중간이름/성)						
사용하는 다른 이름					사용하는 다른 성명						
사서함 또는 도로명 주소					사서함 또는 도로명 주소						
시		주		우편번호			시		주		우편번호
자택 전화번호 ( )		메시지 수신 전화번호 ( )		휴대폰 ( )			자택 전화번호 ( )		메시지 수신 전화번호 ( )		휴대폰 ( )
이메일 주소					이메일 주소						
사회보장번호			생년월일(월/일/년)		사회보장번호			생년월일(월/일/년)			
출생지(시/카운티/주/국가)					출생지(시/카운티/주/국가)						
인종	키	체중	머리색	안구색	인종	키	체중	머리색	안구색		
모국어(영어가 아닌 다른 언어로 의사소통해야 하는 경우)					모국어(영어가 아닌 다른 언어로 의사소통해야 하는 경우)						
부족 관계 (만약에 있다면)			인디언보호구역에 거주하십니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예		부족 관계 (만약에 있다면)			인디언보호구역에 거주하십니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예			
가장 최근에 알려진 고용주의 성명					가장 최근에 알려진 고용주의 성명						
고용주의 사서함 또는 도로명 주소					고용주의 사서함 또는 도로명 주소						
고용주의 시		주		우편번호			고용주의 시		주		우편번호
고용주의 전화번호 ( )		부족 사업체입니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 모름			고용주의 전화번호 ( )		부족 사업체입니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 모름				
외할아버지의 성명			외할머니의 결혼 전 성명		친할아버지의 성명			친할머니의 결혼 전 성명			

아동의 거주지

2 페이지에 나열된 아동과 함께 거주하는 사람:  어머니  아버지  기타(구체적으로 기입): \_\_\_\_\_

비양육권 부모가 아동과 함께 거주했거나 아동 양육비를 지불했던 곳이 워싱턴 주입니까?  아니오  예  
예라면, 언제였습니까?

2 페이지에 나열된 아동이 어머니와 함께 거주한 시간 비율은 어떻게 됩니까? \_\_\_\_\_ 퍼센트.

2 페이지에 나열된 아동이 아버지와 함께 거주한 시간 비율은 어떻게 됩니까? \_\_\_\_\_ 퍼센트.

2 페이지에 나열된 아동이 부모가 아닌 보호자와 함께 거주한 시간 비율은 어떻게 됩니까? \_\_\_\_\_ 퍼센트.

아동이 어머니 또는 아버지와 거주하지 않는 경우에, 이 섹션에 답하십시오.

귀하의 성명			귀하의 사서함 또는 도로명 주소			
귀하의 사회보장번호		귀하의 생년월일	귀하의 시		귀하의 주	귀하의 우편번호
귀하와 아동과의 관계			귀하의 자택 전화번호 ( )	귀하의 메시지 수신 전화번호 ( )	귀하의 휴대폰 ( )	
귀하의 부족 관계 (만약에 있다면)			인디언보호구역에 거주하십니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예			

**귀하가 아동 양육비를 지원하고 싶은 자녀에 대한 정보**

**귀하의 집에 거주하는 1 페이지에 나열된 부모들의 아동만 나열하십시오. 용지가 부족하다면 추가 용지를 사용하세요.**

아동의 성명(이름/중간이름/성)	성별	사회보장번호	아버지가 친부 자인서에 서명했습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예
생년월일(일/월/년)	출생지(시/카운티/주/국가)		부족 관계 (만약에 있다면)
어머니가 해당 아동을 임신하게 된 곳이 워싱턴 주였습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예		답이 아니오라면, 어디입니까(카운티/주):	
해당 아동에 대한 자녀 양육비 지원 명령서가 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	답이 예라면, 명령서 날짜가 언제입니까 (월/일/년)	예라면, 명령서 집행 장소가 어디입니까(카운티/주/부족)	
아동의 성명(이름/중간이름/성)	성별	사회보장번호	아버지가 친부 자인서에 서명했습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예
생년월일(월/일/년)	출생지(시/카운티/주/국가)		부족 관계 (만약에 있다면)
어머니가 해당 아동을 임신하게 된 곳이 워싱턴 주였습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예		답이 아니오라면, 어디입니까(카운티/주):	
해당 아동에 대한 자녀 양육비 지원 명령서가 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	답이 예라면, 명령서 날짜가 언제입니까 (월/일/년)	답이 예라면, 명령서 집행 장소가 어디입니까(카운티/주/부족)	
아동의 성명(이름/중간이름/성)	성별	사회보장번호	아버지가 친부 자인서에 서명했습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예
생년월일(월/일/년)	출생지(시/카운티/주/국가)		부족 관계 (만약에 있다면)
어머니가 해당 아동을 임신하게 된 곳이 워싱턴 주였습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예		답이 아니오라면, 어디입니까(카운티/주):	
해당 아동에 대한 양육비 지원 명령서가 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	답이 예라면, 명령서 날짜가 언제입니까 (월/일/년)	답이 예라면, 명령서 집행 장소가 어디입니까(카운티/주/부족)	

**위에 나열된 아동의 부모에 대한 혼인 정보**

혼인 날짜(월/일/년)	혼인 장소(카운티/주)
이혼 날짜(월/일/년)	이혼 장소(카운티/주)
별거 날짜(월/일/년)	별거 장소(카운티/주)

**금지 명령/안전상의 우려**

집행 중인 금지/보호 명령이 있거나 귀하나 귀하 자녀에 대한 안전상의 우려가 있습니까?  아니오  예

**공적 지원 및 지원금 지불 정보**

귀하나 위에 나열된 아동이 워싱턴 주나 인디언 부족으로부터 공적 지원을 받은 적이 있습니까?  아니오  예

답이 예라면, 어디에서 받았습니까(카운티/주/부족)	답이 예라면, 언제 받았습니까(월/년)
------------------------------	-----------------------

귀하가 비양육권 부모로부터 자녀 양육비 지원을 받았다면, **아동양육비 지원 지불 선언서**를 작성하여 DCS에 반송하십시오. 모든 지원 명령서의 사본을 첨부하십시오.

**선언**

본인은 지원금 지불 책임이 있는 부모로부터 지원금을 징수한 것과 관련해서 새로운 정보나 변경된 정보가 있을 시 서면으로 즉시 DCS 에게 통지한다는 것에 동의합니다.

본인은 워싱턴주 법률이 규정하는 위증 처벌 조항에 따라 위 내용이 사실이고 정확함을 선언합니다.

서명 \_\_\_\_\_ 워싱턴주

서명	날짜
----	----

고용, 서비스 또는 프로그램 활동에 있어 아무도 인종, 피부색, 출신국, 신념, 종교, 성별, 나이 또는 장애 여부로 인해 차별대우를 받을 수 없습니다. 이 양식은 요청하실 경우 다른 형식으로도 제공될 수 있습니다.