

보육확인서
Child Care Verification

수신:

사례 번호:

아동지원부는 _____ 기간에 대한 귀하의 보육비 지출내역을 확인해야 합니다. 보육 서비스 담당자(아이를 돌보는 사람이나 시설)에게 아래 기재된 아동 별로 **보육확인답변서** (Child Care Verification Response, 본 양식 2페이지)를 작성하게 해 주십시오. 작성된 각 답변서에 귀하가 날짜를 기입하고 서명한 다음 보육비 지출 증빙 자료를 첨부하여 DCS(아래 주소 참조)로 보내주십시오. 영수증 또는 지불완료수표 사본을 보육비 지출 증빙 자료로 사용할 수 있습니다. 작성한 서류는 _____ 까지 보내주십시오.

아동 이름

날짜

대리인

아동지원부(DIVISION OF CHILD SUPPORT, DCS)

서류 제출처 주소:

DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520

관내: _____ 통화권 내 _____

관외: _____ 통화권 외 _____

듣거나 말하는 데 어려움이 있는 경우 TTY/TDD 서비스를 이용하실 수 있습니다.

본 기관 웹사이트 www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support 에서 확인하십시오.

누구도 인종, 피부색, 국적, 신념, 종교, 성별, 연령 또는 장애를 이유로 고용, 서비스 또는 각종 프로그램 활동에서 차별 받아서는 안 됩니다. 본 양식을 다른 형식으로 요청하여 받아보실 수 있습니다.

보육확인답변서
Child Care Verification Response

1 페이지의 명단에 기재된 아동 별로 양식을 작성하십시오.

DCS 사례 번호:			
보육 담당자 이름 및 주소:			
보육 담당자 전화번호(지역번호 포함): ()			
아동 이름:			
본인은 이 아동에 대해 \$_____ (_____ 당)를 수령했습니다. 이 금액 중 \$_____는 워싱턴주 또는 다른 주/연방 정부 기관이 매월 이 아동에게 지급하는 보조금입니다.			
귀하가 양육권자로부터 수령했는지 워싱턴주 또는 다른 주/연방 정부 기관의 보조금이 아닌 금액을 기입하십시오. 본 페이지에는 수령액을 12개월까지 기입할 수 있습니다. 필요할 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.			
수령액	기간(월/년)	수령액	기간(월/년)
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
본인은 워싱턴주 법률이 규정하는 위증 처벌 조항에 따라 위 내용이 사실이고 정확함을 보증합니다. 본인은 본인이 제공한 정보가 DCS에서 보육 목적으로 사용되고 공적 기록으로 관리된다는 사실을 알고 있습니다. DCS는 서면 요청을 받은 경우, 공적 정보 공개 정책에 따라 양육권이 없는 부모에게 이 정보를 공개할 수 있습니다.			
날짜	보육 제공자 서명	보육 제공자 인쇄 된 이름	
날짜	부모/양육권자 서명	부모/양육권자 인쇄 된 이름	