

<p>다음 중 본인의 인종을 가장 잘 설명하는 것은 무엇입니까?</p> <p>본 기관은 제공된 옵션이 100% 모든 경우를 포함하지 않을 수도 있음을 존중하며 인정합니다.</p> <p>해당하는 항목을 모두 선택하십시오.</p>	<p><input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 – 북미 및 남미(중미 포함)의 원주민이 조상이며, 부족 소속이나 지역 사회 유대 관계를 유지하는 사람.</p> <p><input type="checkbox"/> 아시아계 – 동아시아, 동남아시아 또는 인도 아대륙의 원주민이 조상인 사람. 예: 캄보디아, 중국, 인도, 일본, 한국, 말레이시아, 파키스탄, 필리핀, 태국, 베트남 등.</p> <p><input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 – 아프리카의 흑인 인종 그룹 원주민이 조상인 사람.</p> <p><input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민 – 하와이, 괌, 사모아 또는 기타 태평양 섬의 원주민이 조상인 사람.</p> <p><input type="checkbox"/> 백인 – 유럽, 중동 또는 북아프리카의 원주민이 조상인 사람.</p> <p><input type="checkbox"/> 모름 – 본인의 인종을 모르거나, 하나 이상의 인종에 대한 정보가 없음.</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 – 위의 목록에 포함되지 않는 인종. 내 인종은 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 답변을 거부함 – 이 질문에 대한 답변을 거부합니다.</p>
<p>귀하는 본인을 히스패닉/라티노로 식별하십니까?</p>	<p>히스패닉/라티노 – 쿠바, 멕시코, 푸에르토리코, 남아메리카 또는 중앙아메리카 출신이거나, 기타 스페인 문화권 또는 그 기원에 해당한다고 스스로 식별하는 사람을 의미하며, 인종과 관계없이 포함됩니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요</p> <p><input type="checkbox"/> 알 수 없음</p> <p><input type="checkbox"/> 답변을 거부함 – 이 질문에 대한 답변을 거부합니다.</p>
<p>귀하는 연방 정부가 공식적으로 인정하는 부족의 구성원이거나 가입 자격이 있습니까?</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 (해당 부족명 기재)</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요</p> <p><input type="checkbox"/> 확실하지 않음</p> <p>추가로 해당하는 부족이 있으면 기재</p>
<p>다음 사항에 해당한 적이 있습니까:</p>	<p><input type="checkbox"/> 아동 또는 성인을 보호하기 위한 면허를 거부당한 적이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 아동 또는 성인을 보호하기 위한 면허가 정지되거나 취소된 적이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 가정 면허(위탁 보호, 아동 보호 또는 성인 가정 보호)를 신청한 적이 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 아동 입양을 신청한 적이 있습니까?</p> <p>위 항목 중 하나라도 선택했다면, 그에 대한 설명을 기재하십시오:</p>
<p>워싱턴주 아동·청소년·가족부(DCYF)는 장애를 이유로 자격을 갖춘 개인을 서비스, 프로그램 또는 활동에서 차별하지 않습니다.</p>	<p>귀하는 장애와 관련하여 정책 또는 서비스의 조정이나 변경(장애가 있는 개인이 동등한 접근을 할 수 있도록 하는 조정)이 필요합니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 현재 필요하지 않음.</p> <p><input type="checkbox"/> 예. (필요한 조정, 보조 기기 또는 서비스에 대해 설명하십시오.)</p> <p>*장애 관련 조정이나 변경, 또는 미국 장애인법(ADA)에 따른 DCYF의 의무에 대해 질문이 있는 경우, 다음 이메일로 문의하십시오. dcyf.adaaccessibility@dcyf.wa.gov</p>

신청자가 두 명인 경우, 이 섹션을 작성하십시오. 신청자는 반드시 두 명일 필요는 없습니다.

신청자 B (정부 발급 사진이 부착된 신분증에 기재된 대로 이름을 입력하십시오.)			
이름	중간 이름 (해당하는 경우)	성	호칭
선호하는 이름 (해당하는 경우)	선호하는 중간 이름 (해당하는 경우)	선호하는 성 (해당하는 경우)	선호하는 호칭 (해당하는 경우)
생년월일	전화번호	이메일 주소	선호하는 연락 방법 <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 문자 <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 우편
주 언어	아동과 다른 언어로 의사소통할 수 있습니까? 목록을 작성하십시오.		사회보장번호
결혼 여부	<input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 별거 중 <input type="checkbox"/> 비혼 커플 (아동 보호를 위해 함께 신청) <input type="checkbox"/> 기혼		
우편 주소 (가구 주소와 다를 경우)	도로 주소	도시/주	우편번호 (+4 선택 사항)
성별 정체성은 무엇입니까?	<input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> X		
지칭하는 대명사는 무엇입니까? (해당하는 항목 모두 선택)	<input type="checkbox"/> 그/그녀의 <input type="checkbox"/> 그/그의 <input type="checkbox"/> 그들/그들의 <input type="checkbox"/> 기타:		
다음 중 본인의 인종을 가장 잘 설명하는 것은 무엇입니까? 본 기관은 제공된 옵션이 100% 모든 경우를 포함하지 않을 수도 있음을 존중하며 인정합니다. 해당하는 항목을 모두 선택하십시오.	<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 – 북미 및 남미(중미 포함)의 원주민이 조상이며, 부족 소속이나 지역 사회 유대 관계를 유지하는 사람. <input type="checkbox"/> 아시아계 – 동아시아, 동남아시아 또는 인도 아대륙의 원주민이 조상인 사람. 예: 캄보디아, 중국, 인도, 일본, 한국, 말레이시아, 파키스탄, 필리핀, 태국, 베트남 등. <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 – 아프리카의 흑인 인종 그룹 원주민이 조상인 사람. <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민 – 하와이, 괌, 사모아 또는 기타 태평양 섬의 원주민이 조상인 사람. <input type="checkbox"/> 백인 – 유럽, 중동 또는 북아프리카의 원주민이 조상인 사람. <input type="checkbox"/> 모름 – 본인의 인종을 모르거나, 하나 이상의 인종에 대한 정보가 없음. <input type="checkbox"/> 기타 – 위의 목록에 포함되지 않는 인종. 내 인종은 . <input type="checkbox"/> 답변을 거부함 – 이 질문에 대한 답변을 거부합니다.		
귀하는 본인을 히스패닉/라티노로 식별하십니까?	히스패닉/라티노 – 쿠바, 멕시코, 푸에르토리코, 남아메리카 또는 중앙아메리카 출신이거나, 기타 스페인 문화권 또는 그 기원에 해당한다고 스스로 식별하는 사람을 의미하며, 인종과 관계없이 포함됩니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음 <input type="checkbox"/> 답변을 거부함 – 이 질문에 대한 답변을 거부합니다.		

<p>귀하는 연방 정부가 공식적으로 인정하는 부족의 구성원이거나 가입 자격이 있습니까?</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 (해당 부족명 기재) <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 확실하지 않음</p> <p>추가로 해당하는 부족이 있으면 기재</p>
<p>다음 사항에 해당한 적이 있습니까?</p>	<p><input type="checkbox"/> 아동 또는 성인을 보호하기 위한 면허를 거부당한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아동 또는 성인을 보호하기 위한 면허가 정지되거나 취소된 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 가정 면허(위탁 보호, 아동 보호 또는 성인 가정 보호)를 신청한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아동 입양을 신청한 적이 있습니까?</p> <p>위 항목 중 하나라도 선택했다면, 그에 대한 설명을 기재하십시오:</p>
<p>워싱턴주 아동·청소년·가족부(DCYF)는 장애를 이유로 자격을 갖춘 개인을 서비스, 프로그램 또는 활동에서 차별하지 않습니다.</p>	<p>귀하는 장애와 관련하여 정책 또는 서비스의 조정이나 변경(장애가 있는 개인이 동등한 접근을 할 수 있도록 하는 조정)이 필요합니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 현재 필요하지 않음. <input type="checkbox"/> 예. (필요한 조정, 보조 기기 또는 서비스에 대해 설명하십시오.)</p> <p>*장애 관련 조정이나 변경, 또는 미국 장애인법(ADA)에 따른 DCYF의 의무에 대해 질문이 있는 경우, 다음 이메일로 문의하십시오. dcyf.adaaccessibility@dcyf.wa.gov</p>

신청자 외에 귀하의 가구에 거주하거나 해당 부지에 거주하는 성인이 있습니까? 가구 내 성인 구성원은 동일한 주소지에서 전일 또는 부분적으로 거주하는 만 18세 이상의 사람을 의미합니다.부지의 정의에 대해서는 [WAC 110-148-1305](#)를 참조하십시오. 예 아니요

예를 선택한 경우, 아래에 해당자의 정보를 입력하십시오.

가구 내 성인 구성원 #1			
이름	중간 이름 (해당하는 경우)	성 호칭	생년월일
귀하와의 관계 <input type="checkbox"/> 신청자의 자녀 <input type="checkbox"/> 친족 <input type="checkbox"/> 비친족		사회보장번호	성별 정체성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> X

가구 내 성인 구성원 #2			
이름	중간 이름 (해당하는 경우)	성 호칭	생년월일
귀하와의 관계 <input type="checkbox"/> 신청자의 자녀 <input type="checkbox"/> 친족 <input type="checkbox"/> 비친족		사회보장번호	성별 정체성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> X

가구 내 성인 구성원 #3			
이름	중간 이름 (해당하는 경우)	성 호칭	생년월일
귀하와의 관계 <input type="checkbox"/> 신청자의 자녀 <input type="checkbox"/> 친족 <input type="checkbox"/> 비친족		사회보장번호	성별 정체성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> X

추가로 가구 내 성인 구성원이 있는 경우, 별도의 용지를 첨부하십시오.

귀하의 가구에 거주하거나 해당 부지에 거주하는 아동이 있습니까? 가구 내 아동 구성원은 동일한 주소지에서 전일 또는 부분적으로 거주하는 만 17 세 이하의 사람을 의미합니다.부지의 정의에 대해서는 [WAC 110-148-1305](#) 를 참조하십시오.

예 아니요

예를 선택한 경우, 아래에 해당자의 정보를 입력하십시오.

가구 내 아동 구성원 #1			
이름	중간 이름 (해당하는 경우)	성	호칭
귀하와의 관계 <input type="checkbox"/> 신청자의 자녀 <input type="checkbox"/> 친족 <input type="checkbox"/> 비친족		사회보장번호	생년월일
			성별 정체성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> X

가구 내 아동 구성원 #2			
이름	중간 이름 (해당하는 경우)	성	호칭
귀하와의 관계 <input type="checkbox"/> 신청자의 자녀 <input type="checkbox"/> 친족 <input type="checkbox"/> 비친족		사회보장번호	생년월일
			성별 정체성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> X

가구 내 아동 구성원 #3			
이름	중간 이름 (해당하는 경우)	성	호칭
귀하와의 관계 <input type="checkbox"/> 신청자의 자녀 <input type="checkbox"/> 친족 <input type="checkbox"/> 비친족		사회보장번호	생년월일
			성별 정체성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> X

추가로 귀하의 부지에 거주하는 아동이 있는 경우, 별도의 용지를 첨부하십시오.

귀하의 가구 또는 부지에 거주하지 않는 자녀가 있습니까? 성인 자녀, 미성년 자녀 및 보호한 적이 있는 다른 자녀도 포함하십시오. 예 아니요 해당 없음 - 주소 변경/갱신 신청에만 해당

예를 선택한 경우, 아래에 해당자의 정보를 입력하십시오. 연락처 정보를 모르는 경우, "알 수 없음(Unknown)"이라고 작성하십시오.

아동 #1					
이름	중간 이름 (해당하는 경우)	성	호칭		
우편 주소		도시	주	우편번호	국가
이메일 주소		전화번호		해당 아동의 부모 (해당하는 항목 모두 선택) <input type="checkbox"/> 신청자 A <input type="checkbox"/> 신청자 B <input type="checkbox"/> 두 신청자 모두 아님	

아동 #2					
이름	중간 이름 (해당하는 경우)	성	호칭		
우편 주소		도시	주	우편번호	국가
이메일 주소		전화번호		해당 아동의 부모 (해당하는 항목 모두 선택) <input type="checkbox"/> 신청자 A <input type="checkbox"/> 신청자 B <input type="checkbox"/> 두 신청자 모두 아님	

아동 #3					
이름	중간 이름 (해당하는 경우)	성		생년월일	
우편 주소		도시	주	우편번호	국가
이메일 주소		전화번호		해당 아동의 부모 (해당하는 항목 모두 선택) <input type="checkbox"/> 신청자 A <input type="checkbox"/> 신청자 B <input type="checkbox"/> 두 신청자 모두 아님	

추가로 귀하의 가구에 거주하지 않는 자녀가 있는 경우, 별도의 용지를 첨부하십시오.

귀하를 2년 이상 알고 있으며 추천인이 될 수 있는 사람을 한 명 기재하십시오. 가능하면 귀하의 아동 보호 경험에 대해 알고 있는 사람이 적합합니다. 일반 위탁 보호의 경우, 친족이 아닌 사람이어야 합니다.

추천인 #1					
이름	중간 이름 (해당하는 경우)	성			
이메일 주소 (선택)		전화번호		신청자와의 관계	
우편 주소		도시	주	우편번호	국가

귀하를 2년 이상 알고 있으며 추천인이 될 수 있는 다른 사람을 한 명 더 기재하십시오. 가능하면 귀하의 아동 보호 경험에 대해 알고 있는 사람이 적합합니다. 이 추천인은 귀하의 친족일 수도 있습니다.

추천인 #2					
이름	중간 이름 (해당하는 경우)	성			
이메일 주소 (선택)		전화번호		신청자와의 관계	
우편 주소		도시	주	우편번호	국가

특정 아동을 대상으로 신청하십니까? 예 아니요 해당 없음 - 주소 변경/갱신 신청에만 해당

예를 선택한 경우, 아래에 해당자의 정보를 입력하십시오.

아동 #1			
F 이름	중간 이름 (해당하는 경우)	성	생년월일(알고 있는 경우)
해당 아동과 귀하는 어떤 관계입니까?		이 아동이 이미 귀하의 가정에 배치되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	

아동 #2			
이름	중간 이름 (해당하는 경우)	성	생년월일(알고 있는 경우)
해당 아동과 귀하는 어떤 관계입니까?		이 아동이 이미 귀하의 가정에 배치되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	

추가로 신청할 아동이 있는 경우, 별도의 용지를 첨부하십시오.

서명

우리는/본인은 위의 정보 및 필수 첨부 서류가 본인이/우리가 알고 있는 한 사실이며 정확하고 완전함을 확인합니다. 모든 관련 정보를 사실대로 제공하지 않을 경우, 신청이 거부되거나 면허가 취소될 수 있습니다.

우리는/본인은 DCYF 및 민간 기관이 본 신청서에 기재된 추천인에게 연락하고, 입양 서비스/위탁 보호 면허/친족 보호 신청과 관련된 사항을 논의하는 것을 허용합니다.

우리는/본인은 DCYF 가 신청자 전원의 범죄 기록 조회 및 아동 학대·방임 여부를 확인하는 것에 동의합니다.

A 신청자 A 서명	날짜	신청자 B 서명	날짜
------------	----	----------	----