



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

**CCSP 부대 정보 진술서**  
**CCSP Statement of Collateral Information**

지역 사무소	전화번호
사례 번호	날짜

**제 1항**

회신: \_\_\_\_\_

아동청소년가족부(Department of Children, Youth and Families)는 위에 언급된 사람의 탁아서비스 보조금 자격을 결정하는 데 필요한 업무를 처리하고 있는 중입니다. 본 양식의 제 2항에 요청된 정보를 제공해주시기 바랍니다.

\_\_\_\_\_  
재무서비스 담당자

**제 2항**

\_\_\_\_\_은(는) 본인과  
개인 또는 기관의 관계가 \_\_\_\_\_이며  
의사, 이웃, 친척 등

아동청소년가족부(Department of Children, Youth and Families)에 다음 정보를 제공할 수 있도록 본인이 승인합니다.

\_\_\_\_\_  
신청인/수령인 서명

\_\_\_\_\_  
날짜

**제 3항**

**부대 정보 제공자에게 알리는 글**

본인이 사실임을 알고 있는 정보만 제공해주시요. 양식에 서명과 날짜를 기재하시고 저희가 연락을 드릴 수 있도록 귀하의 주소와 전화번호를 제공해주시요. 지면이 부족하면 다른 종이를 추가로 이용해주십시오.

**본인은 워싱턴주 법률이 규정하는 위증 처벌 조항에 따라 위 내용이 사실이고 정확함을 보증합니다.**  
**RCW 9.72 및 RCW 74.08.055**

\_\_\_\_\_  
서명

\_\_\_\_\_  
날짜

\_\_\_\_\_  
주소

\_\_\_\_\_  
전화번호