



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)
CCSP 편부모 증명서
CCSP Single Parent Declaration

보육원 지원금 연락 센터 전화 번호	보육원 지원금 연락 센터 팩스 번호
수혜자/의뢰인 ID 번호	날짜

본 양식을 작성하고 서명해주시시오. 귀하의 가정 내 각 아동과 관련하여 아래 요청 정보를 제공해주시시오. 지면이 부족하면 본 양식의 뒷면이나 다른 종이를 사용하십시오.

아동 이름	다른 부모의 이름, 주소 및 생일	본인은 본 정보를 제공할 경우 본인이나 다른 가족에게 심각한 신체적, 정서적 피해를 야기할 우려가 있으므로 본 정보를 제공할 수 없습니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
아동 이름	다른 부모의 이름, 주소 및 생일 <input type="checkbox"/> 위와 동일함.	본인은 본 정보를 제공할 경우 본인이나 다른 가족에게 심각한 신체적, 정서적 피해를 야기할 우려가 있으므로 본 정보를 제공할 수 없습니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
아동 이름	다른 부모의 이름, 주소 및 생일 <input type="checkbox"/> 위와 동일함.	본인은 본 정보를 제공할 경우 본인이나 다른 가족에게 심각한 신체적, 정서적 피해를 야기할 우려가 있으므로 본 정보를 제공할 수 없습니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
아동 이름	다른 부모의 이름, 주소 및 생일 <input type="checkbox"/> 위와 동일함.	본인은 본 정보를 제공할 경우 본인이나 다른 가족에게 심각한 신체적, 정서적 피해를 야기할 우려가 있으므로 본 정보를 제공할 수 없습니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
아동 이름	다른 부모의 이름, 주소 및 생일 <input type="checkbox"/> 위와 동일함.	본인은 본 정보를 제공할 경우 본인이나 다른 가족에게 심각한 신체적, 정서적 피해를 야기할 우려가 있으므로 본 정보를 제공할 수 없습니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

이 양식에 서명하여 본인의 가정은 편부모 가정이며 배우자나 자녀의 다른 부모가 없음을 증명합니다. 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 규정된대로 벌칙을 받을 수 있음을 이해합니다.

수혜자 서명	날짜	부모 / 법적 보호자 이름 (정자체로 기입)
--------	----	--------------------------