



아이를 맡은 보육 서비스 제공자 등록 요청 (Korean)

라이선스 미보유 보육 서비스 제공자, 법적 면제 가정 및 가족 보육 서비스 제공자, 법적 면제 그룹 보육 서비스 제공자, 비공식 보육 서비스 제공자는 모두 이 양식과 **OCFS-LDSS-4699** 또는 **OCFS-LDSS-4700** 양식을 작성해야 합니다.

주의

- 라이선스를 받았거나 등록된 보육 서비스 제공자는 **OCFS-LDSS-4699** 또는 **OCFS-LDSS-4700** 양식을 작성할 필요가 없습니다. 해당 서비스 제공자는 이 양식의 1~3페이지를 작성한 후 부모/법적 후견인에게 보내 주십시오. 자동 보육 정보 시스템(Automated Child Care Information System, ACCIS) 번호가 없는 규제 대상 보육 서비스 제공자는 **CS-274W** 양식을 작성해 라이선스 사본과 함께 제출해야 합니다.

부모/보호자 이름:		CA 케이스 번호:
주소:		
전화번호:	사회보장 번호 (선택 사항, 아래 참고): ¹	ACCIS 케이스 번호:
부모 중 한 명이 현재 풀타임으로 미군 (U.S. Military) 복무 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	부모 중 한 명이 현재 주 방위군(National Guard) 또는 예비군(Military Reserve) 소속 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
¹ 부모/보호자는 사회보장 번호를 기재할 수 있습니다(필수 아님). 사회보장 번호 기재는 보육 서비스 제공 자격 심사의 조건이 될 수 없습니다. 기재된 사회보장 번호는 귀하 자녀의 보육 서비스 파일을 확인하는 용도로 사용되며, 연방, 주 및 지역별 기관에서 서비스 중복 제공 및 사기 방지, 연방 보고 용도로 사용될 수 있습니다.		

(다음 페이지로)

라이선스 미보유/비공식 제공자의 이름: ² _____ ACCIS 제공자 번호 (해당할 경우): _____ 제공자의 사회보장 번호/EIN/TIN: _____ 인증 만료일: _____	제공자/프로그램 이름: _____ 라이선스 번호: _____ 라이선스 유형: _____ 만료일: _____		
전화번호:	생년월일:		
제공자/프로그램의 이메일 주소:			
제공 현장 주소:			
제공자/프로그램의 주소(다른 경우):			
² 법적 책임이 있는 친족(부모, 양부모, 법적 후견인)은 자신의 자녀에 대한 보육 서비스 제공자로서 비용을 지불받을 수 없습니다.			

제공자 요율(모든 제공자 작성 필수, ACS와 계약한 프로그램은 예외) 주간 보육 요율은 아래와 같음:

제공자 요율 연령별 요율 기재	신생아 18개월 미만	유아 18개월~3세 미만	미취학 아동 3~6세 미만	취학 아동 6~12세
풀타임 (주간 30시간 이상)				
파트타임 (주간 15~29시간)				
시간당(일일 3시간 미만으로 주간 1~14시간)				

(다음 페이지로)

제공자 요율(계속)

특별 요청 사항 제공자 요율 연령별 요율 기재	신생아 18개월 미만	유아 18개월~3세 미만	미취학 아동 3~6세 미만	취학 아동 6~12세	특별 요청 사항 13~19세
풀타임(주간 30시간 이상)					
파트타임 (주간 15~29시간)					
시간당(일일 3시간 미만으로 주간 1~14시간)					

아래 아동에 대해 요청된 보육 서비스의 주간 일정 기재:

아동 이름	아동 이름		아동 이름		아동 이름	
생년월일	월	일	년	월	일	년
보육 시작	월	일	년	월	일	년
주간 일정	시작	종료	시작	종료	시작	종료
월요일						
화요일						
수요일						
목요일						
금요일						
토요일						
일요일						
Office Use Only	Total Hours per Week		Total Hours per Week		Total Hours per Week	

(다음 페이지로)

□ 본인이 제공한 보육 서비스에 대해 뉴욕시로부터 비용을 지불받는 것이 뉴욕시와의 고용 관계를 형성하는 것이 아니라는 것을 이해합니다. 본인은 보육 서비스 제공 대상인 아동의 부모/법적 후견인에게 고용되었습니다.

제공자 인증

본인은 이 아동을 보육 프로그램에 등록합니다. 본인은 상기 부모/법적 후견인의 현금 지원(Cash Assistance) 케이스가 활성 상태인 기간에 부모가 FIA 승인 활동 또는 고용 활동 중인 경우, ACS에서 아동의 참석 데이터를 받은 후에 비용을 지불받는 것을 이해합니다. 부모/법적 후견인이 이 조건을 충족하지 못할 경우, 본인은 ACS에서 보육 서비스에 대한 비용을 지불하지 않을 것이라는 안내문을 받게 됩니다. 본인은 다른 아동과 동일한 금액을 이 부모에게 청구하겠습니다. **본인은 본인이 제공하는 보육 서비스의 효율을 모두 기재하지 않을 경우 비용을 지불받지 못한다는 것을 이해합니다.**

본인은 이 양식에 기재된 아동(들)의 부모/법적 후견인이 아동(들)과 원하는 만큼 만나고 보육 현장에 출입할 수 있도록 허용할 것이며, 아동에게 보육 서비스를 제공 중인 기간에는 언제든지 본인은 요청에 응답하겠습니다. 본인은 본인이 아는 한 위의 진술이 정확하고 진실됨을 보장합니다. 본인은 잘못된 정보를 제공하는 것이 비용 지불의 유예 또는 종료, 지불된 비용의 회수로 이어질 수 있다는 사실을 이해합니다

제공자 이름(정자체로 명확하게)

공식 직책(해당할 경우)

서명

날짜

(다음 페이지로)

부모/후견인 인증

본인은 상기 보육 정보 요청을 검토했으며, 해당 내용이 정확하다는 점을 인증합니다. 본인은 변경 사항이 생길 경우 즉시 HRA에 이를 보고해야 한다는 사실을 이해합니다.

부모/후견인 이름

부모/후견인 서명

날짜

의학적 또는 정신적 질환이나 장애가 있으십니까? 그러한 상태로 인해 이 통지를 이해하거나 통지의 요청 사항을 수행하는 데 어려움이 있으십니까? 그러한 질환으로 인해 HRA에서 다른 서비스를 받기 어려우십니까? 저희가 도와드리겠습니다. 718-557-1399 번으로 문의해 주십시오. HRA 사무실을 방문할 때 도움을 요청하셔도 됩니다. 법에 따라 귀하는 이러한 도움을 요청할 권리가 있습니다.

For Agency Use Only:

Is child care authorized for this applicant/participant? YES NO

Agency-approved start date for child care: _____