



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.
- 비공식 보육 서비스 제공자는 아동 서비스 관리국(Administration for Children's Services, ACS) 이 비용을 지불할 수 있도록 신분 증빙 서류, 현장 거주 시 거주 증빙 서류를 제출해야 합니다. 귀하의 **JOS/담당자에게** 보육 서비스 제공자 또는 “베이비시터”의 신분 및 거주 증빙 서류를 요청하십시오(허용 가능한 신분 증빙 유형은 **CS-574FF**에서 확인 가능). 비공식 보육 서비스 제공자는 건강 및 안전 교육을 수료한 후, 법적 면제 보육 교육 기록(**OCFS-LDSS-4669.3**) 양식을 작성해 수료증과 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.		

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:	
보육 서비스 제공 현장 주소:	
제공자/프로그램의 주소(다를 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 미만 으로 주간 1~14시간)				

(페이지 넘기기)

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 미만 으로 주간 1~14시간)					

아래 아동에 대해 요청된 보육 서비스의 주간 일정 기재:

아동 이름	아동 이름		아동 이름		아동 이름	
생년월일	월	일	년도	월	일	년도
보육 시작	월	일	년도	월	일	년도
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	

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 아동의 부모/법적 후견인이 아동과 원하는 만큼 만나고 보육 현장에 출입할 수 있도록 허용할 것이며, 아동에게 보육 서비스를 제공 중인 기간에는 언제든지 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

(페이지 넘기기)

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, 정신적 질환 또는 장애가 있으십니까? 이러한 상태로 인해 이 통지서를 이해하거나 이 통지서의 요청 사항을 수행하기 어려우십니까? 이러한 상태로 인해 HRA의 다른 서비스를 받기 어려우십니까? 저희가 도와드리겠습니다. 212-331-4640번으로 연락해 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: _____