|  |  |
| --- | --- |
| ***노스캐롤라이나 영유아 프로그램*** |  |

***재정 데이터 수집 양식***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **아동 및 가족 정보:** | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | |
| *아동의 이름* | | *중간/접미사* | | | *성* | | | | |  | | *책임 있는 부모 또는 보호자의 성명* | | | | | | | | | | | |
|  | | *성별:*  남성  여성 | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | |
| *생년월일* | |  | | | | | | | |  | | *책임 있는 부모 또는 보호자의 주소* | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | |  | | |
| *거주 카운티* | | | | | | | | | | |  | | *도시* | | | | | | *주* | | *우편 번호* | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | |  | | *집 전화* | | | | *기타 전화 연락처* | | | | | |  |
| 1. **기타 프로그램 연락처 정보:**   다른 프로그램 참여나 자금 출처에 대한 이름과 연락처 정보를 나열하세요. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 메디케이드 | 이름: |  | | | | | | 전화번호: | | | |  | | | 이메일: | | |  | | | | | |
| SSI | 이름: |  | | | | | | 전화번호: | | | |  | | | 이메일: | | |  | | | | | |
| WIC | 이름: |  | | | | | | 전화번호: | | | |  | | | 이메일: | | |  | | | | | |
| 기타: | 이름: |  | | | | | | 전화번호: | | | |  | | | 이메일: | | |  | | | | | |
| 1. **ITP가 사회보장번호를 요청하는 이유에 대한 가족 알림:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * NC 영유아 프로그램(ITP)은 ITP에 등록된 아동을 재정적으로 책임지는 성인의 사회보장번호를 요청해야 합니다. ITP는 이 기관에 갚아야 할 채무를 징수해야 하는 경우 N.C.G.S. 105A-3 및 N.C.G.S. 147-86.21에 따른 주에 대한 법적 의무를 이행하기 위해 부모의 사회보장번호를 요청합니다. * 연방법과 주법은 사회보장번호의 개인 정보 보호와 보안을 보호하며, 이 기관은 채무 징수 이외의 목적이나 법에서 요구하는 것 외의 목적으로 사회보장번호를 공개하지 않습니다. 이 기관은 업무 관행 내에서 사회보장번호의 사용을 최소화하기 위해 노력하고 있습니다. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **가족 단위 정보:** | | | | | | | | | 1. **CDSA 비즈니스 사무실 전용** | | | | | | | | | | | | | | |
| ITP 정의에 따라 가족 단위의 일부로 식별된 모든 가족 구성원을 나열하세요. *먼저 소득이 있는 성인*을 나열한 다음**,** ITP 가족 단위 정의를 충족하는 관계와 *현재* 나이를 포함하여 자녀를 나열하세요. | | | | | | | | | 책임 있는 부모 또는 보호자의 사회보장번호를 입력하세요.  **-** **-** | | | | | | | | | | | | | | |
| *이름* | | |  | | | |  | | *소득 확인 문서* | | | | | | | *총수입* | | | | *조정 총계(AGI)* | | | |
| 성인: | | | *관계* | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |
| 아동: | | | *관계* | | | | *현재 나이* | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | 가족단위 총계(a) | | | | | | | 연간 총계(b) | | | | 연간 AGI 총계(c) | | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | | *날짜 SFS% 검증됨:* | | | | | | | **월 최대 한도 [(b/12) x(.05)]** | | | | **SFS 백분율 결정됨** | | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |
| 영유아 프로그램에서 ITP에 등록된 아동의 재정적으로 책임지는 성인의 사회보장번호를 요청해야 하는 이유를 설명해 드렸습니다. 아래에 서명함으로써, 본인은 위에 제공된 프로그램 참여 및 가족 단위 정보가 본인이 아는 한 사실이며, ITP가 가족 규모 정보와 재정적으로 책임지는 성인의 사회보장번호를 요청하는 이유를 이해함을 증명합니다. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  | | | | | |  | |  | |
| 부모/보호자의 서명 | | | |  | | 날짜 | | |  | | | | | ITP 대표자의 서명 | | | | | |  | | 날짜 | |