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

***재무 데이터 수집 양식***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **아동 및 가족 정보:** | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | |
| *자녀의 이름* | | | | *중간/접미사* | | | | *성* | | |  | | *책임 있는 부모 또는 보호자의 성명* | | | | | | | | | | |
|  | | | | *섹스:* 남성 여성 | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | |
| *생년월일* | | | |  | | | | | | |  | | *책임 있는 부모 또는 보호자의 주소* | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | |  |  | | | |
| *거주 카운티* | | | | | | | | | | |  | | *도시* | | | | | | *상태* | *우편 번호* | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | |  | | *집 전화* | | | | *기타 전화 문의* | | | | | |  |
| 1. **기타 프로그램 연락처 정보:**   다른 프로그램 참여 또는 자금 출처에 대한 이름과 연락처 정보를 나열하십시오. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medicaid | | | 이름: | |  | | | | | 핸드폰: | |  | | | | 이메일: | |  | | | | | |
| SSI | | | 이름: | |  | | | | | 핸드폰: | |  | | | | 이메일: | |  | | | | | |
| WIC | | | 이름: | |  | | | | | 핸드폰: | |  | | | | 이메일: | |  | | | | | |
| 다른: | | | 이름: | |  | | | | | 핸드폰: | |  | | | | 이메일: | |  | | | | | |
| 1. **ITP 가 사회 보장 번호를 요청하는 이유에 대한 가족 통지:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 노스 캐롤라이나 영유아 프로그램 (ITP) 은ITP 에 등록된 자녀의 재정적 책임이 있는 성인의 사회 보장 번호를 요청해야 합니다. ITP 는 이 기관에 진 빚을 귀하로부터 징수해야 하는 경우 노스 캐롤라이나 일반 법령 N.C.G.S. 105A-3 및 N.C.G.S. 147-86.21 에 따라 주에 대한 법적 의무를 이행하기 위해 귀하의 사회 보장 번호를 제공하도록 요청합니다 . * 연방법과 주법은 귀하의 사회보장번호의 개인정보와 보안을 보호하며 이 기관은 법에서 요구하는 경우를 제외하고 채무 추심 이외의 다른 목적으로 귀하의 사회보장번호를 공개하지 않습니다. 이 기관은 사업 관행 내에서 사회보장번호 사용을 최소화하기 위해 노력해 왔습니다. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **가족 단위 정보:** | | | | | | | | | | | 1. **For CDSA Business Office Use Only** | | | | | | | | | | | | |
| 영유아 프로그램 정의에 따라 가족 단위의 일부로 식별된 모든 가족 구성원을 나열하십시오. ***소득이 있는 성인을 먼저*** 나열한 *다음* 영유아 프로그램 가족 단위 정의를 충족하는 관계 및 *현재 연령을 포함한 자녀를 나열하십시오.* | | | | | | | | | | | Enter the Social Security Number of the Responsible Parent or  Guardian:  **-** **-** | | | | | | | | | | | | |
| *이름* | |  | | | |  | | | | | *Income Verification Documents* | | | | *Gross Income* | | | | | | *Adjusted Gross (AGI)* | | |
| 성인: | | *관계* | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
| 어린이들: | | *관계* | | | | *현재 나이* | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | | | | Family Unit Total (a) | | | | Annual Gross Total (b) | | | | | | Annual AGI Total (c) | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | | | | *Date SFS% Verified:* | | | | **Monthly Maximum Cap [(b/12) x(.05)]** | | | | | | **SFS Percentage  Determined** | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
| 영유아 프로그램이 ITP 에 등록된 아동의 재정적 책임이 있는 성인의 사회 보장 번호를 요청해야 하는 이유가 저 에게 설명되었습니다. 아래에 서명함으로써 본인은 위에 제공된 프로그램 참여 및 가족 단위 정보가 본인이 알고 믿는 한 사실이며 ITP 가 가족 규모 정보 및 재정적 책임이 있는 사람의 사회 보장 번호를 요청하는 이유를 이해하고 있음을 증명합니다. 성인. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | |  | | |  | | | | | | |  |  | | |
| 학부모/보호자 서명 | | | | | | |  | | 날짜 | |  | | | ITP 대표자 서명 | | | | | | |  | 날짜 | | |