

뉴욕주  
아동 및 가족 복지국  
**입양 보조금 및 임시 입양 비용 계약서**

**업그레이드 또는 실질적인 수정**

이것은 다음 당사자 사이에 체결된 최종 입양 보조금 및 임시 입양 비용 계약서(사본 첨부)의 수정 사항입니다.

입양 부모/법적 보호자 또는 후견인/대리 수취인	_____ (이름)
입양 부모/법적 보호자 또는 후견인/대리 수취인	_____ (이름)
및 _____ 사회 복지 지구 또는 공인 자원봉사 기관	
다음의 입양에 관하여 _____	아동 이름 _____
/ / _____ 그리고 _____ / / _____	
_____ 생년월일(월/일/연도)	_____ 입양 최종 결정 날짜

**법적 보호자/후견인/대리 수취인/입양인(해당하는 경우)\*\***

**\*\*참고:** 법적 보호자/후견인은 입양 부모가 사망한 후 법원이 지정한 보호자 또는 후견인을 말합니다. 입양인(18~21 세)과 대리 수취인은 사회 복지 지구에서 임명해야 합니다. 이전에 수정된 계약서에 대한 변경을 요청하려면 이전에 수정된 계약서 사본도 필요합니다.

입양 부모 또는 법적 보호자/후견인/대리 수취인/입양인과 사회 복지 지구 또는 **OCFS** 는 이에 따라 다음 명시된 섹션을 수정하는 데 동의합니다 – 체크 표시된 경우에만 유효합니다.

**섹션 I**

<input type="checkbox"/> 사망한 부모/법정 보호자 또는 후견인 지정/대리 수취인/입양인 (나이 18~21 세).  첨부된 입양 보조금 및 임시 입양 비용 계약서에 따라 입양 보조금 지급을 위해서 입양 부모의 사망 후에 입양 보조금 및 임시 입양 비용 계약서의 <b>섹션 I</b> 은 법원 명령으로 임명한 법적 보호자나 후견인 또는 사회 복지 지구가 임명한 대리 수취인이나 입양인을 반영하여 수정됩니다. <b>참고: 이 아동의 수혜 자격은 주 보조금 및 Medicaid/COBRA 또는 주 의료 보조금으로 변경됩니다.</b>  법적 보호자 또는 후견인/대리 수취인/입양인은 다음과 같습니다.  이름(들): _____  _____  주소: _____  _____  시: _____ 주: _____ 우편번호: _____
법적 보호자 또는 후견인 또는 대리 수취인 또는 입양인은 입양 보조금 및 임시 입양 비용 계약서와 수정안의 조건을 준수하는 데 동의합니다. 본 문서에서 달리 수정되지 않은 입양 보조금 및 임시 입양 비용 계약의 기타 조건은 이로써 효력이 유지됩니다.

**섹션 II**  
**수정의 목적**

연방법과 주법에 따라 입양 보조금 및 임시 입양 비용은 서면 계약에 따라 지급해야 합니다. 계약이 완료되고 입양 부모와 적절한 사회 복지 지구가 서명하고 아동 및 가족 복지국(OCFS) 또는 OCFS 가 해당 사회 복지 지구가 본 계약에 대한 최종 승인을 하도록 인증한 경우 사회 복지 지구의 최종 승인을 받으면 이는 뉴욕주 법률 및 OCFS 규정에 따라 입양 부모와 사회 복지 지구 또는 OCFS 간의 계약이 성립합니다.

입양이 최종 결정된 후 계약의 변경을 요청하려면 승인된 변경 사항을 원래 조항에 반영하도록 계약서를 수정해야 합니다. 달리 수정되지 않은 본 계약의 기타 모든 조건은 효력이 유지됩니다.

입양 부모, 법적 보호자/후견인, 대리 수취인 또는 성인 입양인에게 승인된 수정안 사본이 제공되며 뉴욕의 입양 보조금 및 임시 입양 비용 프로그램에 대한 승인된 원본 계약서 및 요약본과 함께 사본을 보관해야 합니다.

**섹션 III**  
**보조금 조건 유형**

아동은 선택한 범주에 따라 보조금을 받을 수 있습니다.

**A  장애 아동(해당 사항 모두 선택):**

특정한 신체적, 정신적 또는 정서적 상태나 장애를 갖고 있는 아동을 의미하며, 이는 아동의 입양에 중대한 장애물이 될 수 있다고 OCFS 에서 판단한 경우입니다. 그러한 상태일 경우 아동은 입양 보조금을 받을 수 있습니다. 이러한 상태에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.

1  반복적이거나 잦은 입원, 치료 또는 후속 관리가 필요한 의료 또는 치과 질환 상태;

또는

2  선천적이든 사고, 부상 또는 질병으로 인한 후천적이든 신체적 결함이나 기형으로 인해 교육법의 제 1002 및 4001 조에 설명된 대로 교육을 받거나 유급 직업으로 일하는 데에 있어서 아동을 완전히 또는 부분적으로 무능력하게 하거나 예상할 수 있거나 또는 공중 보건법의 제 2581 조에 설명된 대로 아동을 장애로 만들거나 장애로 만들 것으로 예상할 수 있는 신체적 장애.

또는

3  안면 특징, 몸통 또는 사지의 손실 또는 변형과 같은 상당한 기형

또는

4  성격 또는 행동 문제, 정신 장애, 심각한 지적 무능력을 진단받았거나, 정신 지체 또는 발달 장애를 포함하여 또래 및/또는 권위 있는 사람과 관계를 맺는 아동의 능력에 심각한 영향을 미치는 뇌 손상.

**아동 진단:**

**참고: OCFS 에서 요구하는 위에 명시된 진단 문서를 제출해야 합니다.**

**B**  **배정하기 어려운: 장애 아동 이외의 아동(해당 사항 모두 선택):**

1  입양이 자유롭고 18NYCRR 421.2(e) 및 421.18(d)에 따라 그룹을 함께 배정할 필요가 있다고 고려되는 두 형제자매(이복 형제자매 포함) 그룹 중 한 명

및

a.  아동 중 적어도 한 명이 5 세 이상입니다.

또는

b.  아동 중 적어도 한 명이 뉴욕주 전체 인구에 대한 해당 그룹의 비율과 관련하여 뉴욕주 위탁 양육에서 실질적으로 그 수가 지나치게 많은 소수자 그룹의 구성원입니다.

또는

c.  아동 중 적어도 한 명이 보조금을 받을 수 있습니다.

또는

2  이미 가족이 입양한 아동의 형제자매 또는 이복 형제자매이며 18NYCRR 421.2(e) 및 421.18(d)에 따라 이러한 아동을 함께 배정할 필요가 있다고 고려됩니다.

및

a.  입양할 아동이 5 세 이상입니다.

또는

b.  아동이 뉴욕주 전체 인구에 대한 해당 그룹의 비율과 관련하여 뉴욕주 위탁 양육에서 실질적으로 그 수가 지나치게 많은 소수자 그룹의 구성원입니다.

또는

c.  이미 입양된 형제자매 또는 이복 형제자매가 보조금을 받을 수 있거나 입양 당시 또는 그 이전에 신청했다면 보조금을 받을 수 있었을 것입니다.

또는

3  입양이 자유롭고 18NYCRR 421.2(e) 및 421.18(d)에 따라 그룹을 함께 배정하는 것이 필요하다고 고려되는 3 명 이상의 형제자매(이복 형제자매 포함) 그룹 중 한 명

또는

4  8 세 이상이고 뉴욕주의 총 인구에 대한 해당 그룹의 비율과 관련하여 뉴욕주 위탁 양육에서 실질적으로 그 수가 지나치게 많은 소수자 그룹의 구성원입니다.

또는

5  10 세 이상인 아동

또는

6  현재의 위탁 부모가 아닌 다른 부모와 함께 하기 어려운 아동인 데, 이는 그러한 위탁 부모가 입양 배정 계약서에 서명하기 전 12 개월 이상 아동이 같은 위탁 부모와 함께 살며 보살핌을 받았고 위탁 부모에 대한 강한 애착이 생겨 그러한 보호 및 분리가 일어나면 아동의 발달에 부정적인 영향을 미칠 수 있기 때문입니다.

또는

7  이전 입양 배정이 종료되고 아동이 사회 복지 담당관 또는 공인 자원봉사 기관의 보호를 받게 된 날로부터 6 개월 이내에 입양 배정이 안 된 아동[주 정부 보조금만]

또는

8  사회 복지 담당관 또는 공인 자원봉사 기관에 보호자 및 후견인 권한이 위임된 날부터 6 개월 이내에 입양 배정이 안 된 아동. [주 정부 보조금만]

**연방 입양 지원 자격**

연방정부에서 기금을 제공하는 입양 지원(뉴욕에서는 입양 보조금으로 알려짐)의 자격 요건은 해당 아동이 양육 시설에 들어갈 때 결정되었으며, 해당 아동은 입양이 확정되기 전에 특별한 도움이 필요하다고 결정되었습니다.

- 아동은 사회보장법 제 IV-E 장에 따라 연방 입양 지원을 받을 수 있습니다.
- 아동은 사회보장법 제 IV-E 장에 따라 연방 입양 지원을 받을 수 없습니다.

**섹션 V  
의료 지원/의료 보조금**

이러한 입양을 목적으로 MA/COBRA 및/또는 의료 보조금을 포함한 의료 지원은 아래에서 선택한 항목을 기반으로 합니다.

- 아동은 장애가 있고 제 IV-E 장의 혜택을 받을 수 있으며, OCFS 담당자가 승인한 날짜부터 최대 18 세까지 또는 장애 조건으로 인해 지원을 계속해야 하는 경우 21 세까지 계속 의료 지원이 적용됩니다. 만일 제 IV-E 장의 수혜 자격이 18 세에 중단되면 21 세까지 MA/COBRA 가 적용되고 MA/COBRA 수혜 자격이 없는 경우 18 세에서 21 세까지 NYS 의료 보조금이 적용됩니다. 단, 양부모는 아동 지원에 대해 법적 책임을 유지하거나 아동에 대한 모든 지원을 제공합니다.
- 아동은 장애가 있지만 제 IV-E 장의 수혜 자격이 없으며, OCFS 담당자의 승인 날짜부터 최대 21 세까지 MA/COBRA 의료 지원이 적용됩니다. 단, 양부모는 아동 지원에 대해 법적 책임을 유지하거나 아동에 대한 모든 지원을 제공합니다.
- 아동은 장애가 있지만 제 IV-E 장의 수혜 자격이 없고 MA/COBRA 를 포함한 의료 지원을 받을 수 없으며, OCFS 담당자가 승인한 날짜부터 21 세까지 뉴욕주 의료 보조금이 적용됩니다. 단, 양부모는 아동 지원에 대해 법적 책임을 유지하거나 아동에 대한 모든 지원을 제공합니다.
- 아동은 배정하기 어렵고 제 IV-E 장의 수혜 자격이 있으며 OCFS 담당자가 승인한 날짜부터 최대 18 세까지 의료 지원이 적용됩니다. 그 이후에는 18 세에서 21 세 사이에 MA/COBRA 가 적용됩니다. 만일 아동이 정년 퇴직 후 5 년 이내 또는 62 세 이상 18 세 미만인 사람에게 입양되는 경우 MA/COBRA 를 포함한 의료 지원을 받을 수 없으며, 아동은 18 세에서 21 세 사이에 뉴욕주 의료 보조금이 적용됩니다. 단, 양부모는 아동 지원에 대해 법적 책임을 유지하거나 아동에 대한 모든 지원을 제공합니다.
- 아동은 배정하기 어렵지만 제 IV-E 장 혜택을 받을 수 없으며 OCFS 담당자의 승인 날짜부터 최대 21 세까지 MA/COBRA 가 적용됩니다. 단, 양부모는 아동에 대한 지원에 대해 법적 책임을 지거나 아동에 대한 지원을 제공합니다.
- 아동은 배정하기 어렵지만 제 IV-E 장 혜택을 받을 수 없으며 MA/COBRA 를 포함한 의료 지원을 받을 수 없고 의무적 은퇴 후 5 년 이내 또는 62 세 이상인 사람에게 입양되는 경우, 아동은 법적 입양 날짜로부터 21 세까지 뉴욕주 의료 보조금을 적용받습니다. 단, 양부모는 아동에 대한 지원에 대해 법적 책임을 지거나 아동에 대한 지원을 제공합니다.
- 아동은 의료 지원(MA/COBRA) 또는 의료 보조금을 받을 수 있습니다.

**섹션 VI  
생활비 보조금 계산**

**현재 이사회 요율/보조금 요청**

현재 위탁 양육 위원회 요율:  기본  특별  예외

입양 보조금 이사회 요청 요율:  기본  특별  예외

미성년 부모/유아:  예  아니요

수정된 보조금 요율의 유효 날짜:  지구 또는 주에서 승인한 수정 보조금 날짜

\_\_\_\_\_ (월/일/년)

기타(날짜 및 설명 제공):

\_\_\_\_\_ (월/일/년)

(설명)

**섹션 VI**  
**생활비 보조금 계산 - 계속**

**파트 A - 보조금 계산에 사용되지 않는 부모 소득**

입양 가정의 소득과 관계없이 입양될 아이가 수혜 자격이 있으면 그 아이의 양육비를 매월(생활비 보조금) 지급합니다.

총 일당 요율: \_\_\_\_\_

**참고:** 총 일당 요율에는 일당 보조금 이사회 요율, 일당 의류 요율, 기저귀 수당(해당하는 경우) 및 미성년 부모의 자녀에 대한 일당 요율(해당하는 경우)이 포함됩니다.

**파트 B - 보조금 계산에 사용된 부모 소득**

매월 지급액은 부분적으로 일당 비율을 기준으로 계산되므로 한 달의 일 수에 따라 월별로 약간씩 다를 수 있습니다.

**A.** 부모의 연간 소득: \$ \_\_\_\_\_

**B.** 입양할 자녀를 포함한 가족 규모: \_\_\_\_\_

**C.** 100% 보조금이 필요한 소득: \$ \_\_\_\_\_

**D.** 100% 보조금이 필요한 소득에 대한 가족 소득의 \_\_\_\_\_

**E.** 지불할 이사회 요율 %: \_\_\_\_\_

**F.** 총 일당 요율: \$ \_\_\_\_\_

**참고:** 총 일당 요율에는: 일당 보조금 이사회 요율, 일당 의류 요율, 기저귀 수당(해당하는 경우) 및 미성년 부모의 자녀에 대한 일당 요율이 포함됩니다.

**참고:** 입양 부모는 임금 명세서, 가장 최근의 W-2, 고용주의 임금 명세서로 구성된 소득 증빙 자료 또는 임금이나 급여 이외의 소득의 경우, 가장 최근의 연방 소득세 신고서 사본을 **OCFS**에 제출해야 합니다. 제공된 이 정보에는 입양 부모의 소셜시큐리티 번호가 포함되어야 하지만 소셜시큐리티 번호의 제출은 자발적이며 소셜시큐리티 번호가 없는 경우에도 입양 보조금 승인 신청은 거부되지 않습니다.

**섹션 VII**  
**생활비 지급 조정**

카운티에서 \_\_\_\_\_ 숙박비

생활비 보조금도 인상됩니다. 일부 상황에서는 아동이 더 이상 기저귀 수당을 받을 수 없을 때 수당이 감소할 수도 있습니다.

**참고:** 본 계약서나 생활비 지급 금액은 연간 검토 대상이 아닙니다. **OCFS** 규정에 따라 입양 부모는 본 계약에 따라 지급 금액의 변경을 요청할 수도 있습니다. 지급 금액 인상을 요청할 때에는 아동의 장애 관련 서류와 함께 수정된 계약서를 함께 제출해야 합니다.

**섹션 VIII**  
**임시 입양 비용**

아동은 제 IV-E 장에 따라 연방 입양 지원을 받을 자격이 있습니다(본 계약의 섹션 IV 참조)

**또는**

아동은 제 IV-E 장에 따라 연방 입양 지원을 받을 자격이 없지만

18 NYCRR 421.24(a)(2)(i-iv) 또는 421.24(a)(3)(iii)(a-f)에 정의된 대로 특별한 도움이 필요한 아동입니다. 또한 주 정부에서 아동이 자신의 부모의 집으로 돌아갈 수 없다고 결정했습니다. 또한 아이를 적절한 장소에 옮기는 데에는 합리적이지만 결과가 좋지 못했습니다.

**및**

입양 부모가 임시 입양 비용을 신청하기를 원합니다.

입양 부모가 임시 입양 비용을 신청하기를 원하지 않습니다.

아동은 임시 입양 비용을 받을 수 없습니다.

**기타 약관**

본 문서에서 달리 수정되지 않은 첨부된 입양 보조금 및 임시 입양 비용 계약의 기타 모든 조건은 이로써 효력이 유지됩니다.

**섹션 IX  
입양 부모/수취인 서명**

입양 부모가 더 이상 아동 지원에 대한 법적 책임이 없거나 더 이상 아동에 대한 지원을 제공하지 않을 때 입양 부모는 사회 복지 지구 또는 OCFS 에 알려야 할 책임이 있습니다.

입양 부모/법적 보호자/후견인/대리 수취인/입양인으로서, 본인/우리는 완성된 기술적인 수정안을 검토하고 본인/우리의 변호사와 논의할 기회를 얻었으며 이 수정안을 완전히 읽고 내용을 이해했습니다.	/ /
입양 부모/법적 보호자 또는 후견인/대리 수취인/입양인 서명	날짜(월/일/연도)
	/ /
입양 부모/법적 보호자 또는 후견인 서명	날짜(월/일/연도)

**섹션 X  
사회 복지 지구 서명**

<input type="checkbox"/> 승인됨 <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> 거절됨</span> 사회 복지 지구에서 승인한 요율 수준: <input type="checkbox"/> 기본 <input type="checkbox"/> 특별 <input type="checkbox"/> 예외	/ /
사회 복지 지구 담당관의 서명	날짜(월/일/연도) (날짜는 입양 부모 서명 날짜와 같거나 그 이후여야 함)

**섹션 XI  
공인 자원봉사 기관 서명**

<input type="checkbox"/> 승인됨 <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> 거절됨</span> 사회 복지 지구에서 승인한 요율 수준: <input type="checkbox"/> 기본 <input type="checkbox"/> 특별 <input type="checkbox"/> 예외	/ /
사회 복지 지구 담당관의 서명	날짜(월/일/연도) (날짜는 입양 부모 서명 날짜와 같거나 그 이후여야 함)

**섹션 XII  
뉴욕주 입양 복지국**

<input type="checkbox"/> 승인됨 <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> 거절됨</span> NYSAS 에서 승인한 요율 수준 <input type="checkbox"/> 기본 <input type="checkbox"/> 특별 <input type="checkbox"/> 예외	/ /
NYSAS 담당관의 서명	날짜(월/일/연도)