

진술서: 친척양육(Kinship Care)의 아동



Office of Shared Accountability
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 334-17
2017년 7월

Maryland 주 거주 아동에게 해당됩니다.

Maryland Code, Education §4-122.1 and Regulations 01-07 under COMAR 13A.08.05.

서명을 한 본인(친척 양육을 고려 중인 친척 이름), _____ 은 18세이거나 18세 이상으로 이 서류에 명시된 사실을 증언할 자격이 있습니다.

_____ (학생 이름: 영어로 기재) 출생일 ____/____/____(월/일/년)은, 다음에 표기된 가족의 심각한 문제로 인해 본인과 함께 거주하고 있습니다.

해당하는 모든 곳(✓)에 모두 표시하고 이를 증명하는 서류를 함께 첨부해 주세요.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 부모/법적 후견인의 죽음:
사망증명서 사본이나 다른 증명서류 | <input type="checkbox"/> 부모/법적 후견인의 심각한 질병:
의사의 진단서, 서류의 사본이나 다른 증명서류 |
| <input type="checkbox"/> 부모/법적 후견인의 약물중독:
치료제공자, 부모 또는 다른 기관이 발급한 서류 | <input type="checkbox"/> 부모/법적 후견인의 투옥:
법조기관, 구치소가 발급한 서류 사본이나 다른 증명서류 |
| <input type="checkbox"/> 학부모/법적 후견인이 방치 또는 유기:
모든 법적 후견인의 공증된 서류, 법정에서의 서류, 소셜서비스에
서의 서류 또는 다른 증명서류 | <input type="checkbox"/> 부모/법적 후견인의 병역 임무 배치:
군대 명령서의 사본이나 다른 증명서류 |

부모 또는 법정 후견인 이름과 최근(알고 있는 마지막) 거주지:

이름 _____
주소 _____ 주소 _____ 시 _____ 주 _____ 집코드 _____

학생과의 친족 관계 _____

본인의 주소는 _____ 주소 _____ 시 _____ 주 _____ 집코드 _____

본인의 전화번호 _____ - _____ - _____, _____ - _____ - _____

본인은 이 학생에게 비공식 친척 양육(kinship care)을 하루 24시간/ 주 7일 ____/____/____부터 제공합니다.

학생이 마지막으로 재학한 학교 이름과 주소:

현재 재학 중인 학교 _____ 학년 _____
주소 _____ 주소 _____ 시 카운티 _____ Maryland 카운티 _____ 주 _____ 집코드 _____

Montgomery County Public Schools 진술서 친척 양육(Kinship Care)의 아동

본인은 교육감이나 대리인이 이 선서 진술서에 적힌 내용이 사실인지를 확인할 수 있으며 또한, 학생이 공립학교 또는 카운티 공립학교에 등록한 후, 경우에 따라 감사를 시행할 수도 있음을 이해합니다. 만약 교육감이 거짓이거나 허위진술임이 발견할 경우, 학생은 공립학교에서 퇴교조치를 받게 됩니다.

본인은 이 진술서와 증빙서류가 최소한 새 학년도 개학 2주 전에 일 년에 한 번씩 접수해야 함을 이해합니다.

본인은 이 학생 보살핌과 학생 가족의 심각한 어려움에 변화가 생길 경우, 학교에 변화된 내용을 30일 이내에 서면으로 작성해야 함을 이해합니다.

또한 본인은 고의적으로 허위서류를 작성할 경우, 카운티/시를 속여 학생을 등록한 것이므로 재학 기간 학비의 세 배를 벌금으로 지불해야 함을 이해합니다.

본인은 이 서류에 명시된 진술을 지식과 정보 그리고 신념에 따라 거짓없이 기재하였으며, 만약 거짓일 경우, 처벌을 받게 된다는 것을 엄숙히 맹세합니다.

본인은, 법원이 지명한 학생의 후견인이 있거나 본인 이외의 다른 사람에게 학생의 양육권이 있을 경우를 제외하고, 학생의 교육에 관한 모든 여부를 결정할 것에 동의합니다.

비공식 친척 양육(kinship care)를 제공할 예정인

친척 이름(정자로 기재)(kinship care를 제공할 친척 서명

날짜

School Use Only(학교 기재용): Completed and signed affidavit and residency documentation received

Name of MCPS Representative Reviewing this Form _____ Title _____

Signature, MCPS Representative _____ Date ____/____/____

MCPS Student ID # _____ MCPS school of enrollment _____