Sample for Reference Purposes Only. Forms have bilingual format for your convenience, but must be completed and filed with the court in English. 참조용으로 만 사용하는 샘플. 서식들은 편의를 위해 이중 언어 포맷을 사용하나, 반드시 영어로 작성하여 법원에 제출해야 합니다.

This form contains Restricted Information.
이 양식은 제한된 정보가 포함되어 있습니다.

CIRCUIT COURT FOR _____, **MARYLAND**
City/County
순회법원 _____, **메릴랜드주**
시/카운티

Located at _____ Telephone _____
Court Address
소재지 _____ 전화번호 _____
법원 주소

Case No. _____
사건 번호 _____

_____	vs. 대	_____
Plaintiff 원고		Defendant 피고
_____		_____
Street Address 도로 주소		Street Address 도로 주소
_____ _____		_____ _____
City, State, Zip 시, 주, 우편 번호 / Telephone 전화		City, State, Zip 시, 주, 우편 번호 / Telephone 전화

FINANCIAL STATEMENT
재정 명세서
(Child Support Guidelines)
(아동 부양 지침)
(Md. Rule 9-203(b))
(메릴랜드주 규칙 9-203(b))

You must file a Notice Regarding Restricted Information Pursuant to Rule 20-201.1 (form MDJ-008) with this submission.

귀하는 규칙 20-201.1에 따른 제한 정보에 관한 통지(MDJ-008 양식)를 이 문서와 함께 제출하여야 합니다.

I, _____, state that:
Name
본인, _____,은 다음과 같이 진술합니다:
성명

I am the _____ of the minor child(ren),
State relationship (for example, mother, father, aunt, grandfather, guardian, etc.)
본인은, 아래 미성년 자녀(들)의 _____ (으)로,
관계 기재(예: 어머니, 아버지, 숙모, 할아버지, 후견인 등)

including children who have not attained the age of 19 years old, are not married or self-supporting, and are enrolled in secondary school:
해당 미성년 아동(들)은 19세 이하이고, 미혼 상태이거나 자립하지 못한 상태이며, 중등학교에 다니고 있습니다.

Name 성명	Date of Birth 생년월일	Name 성명	Date of Birth 생년월일
Name 성명	Date of Birth 생년월일	Name 성명	Date of Birth 생년월일
Name 성명	Date of Birth 생년월일	Name 성명	Date of Birth 생년월일

The following is a list of my income and expenses (see below*):
다음은 본인의 소득 및 지출 목록입니다(아래 참조*).

See definitions on page 2 before filling out.
작성하기 전 2페이지의 정의를 참조하십시오.

Total monthly income (before taxes)
총 월 소득(세전) $ _____

Child support I am paying for my other child(ren) each month
본인이 매달 본인의 다른 자녀(들을)를 위해 지급하고 있는 아동 부양비 $ _____

Alimony I am paying each month to _____
Name of Person(s)
_____ 에게 매달 지급하는 이혼 수당
당사자 성명 $ _____

Alimony I am receiving each month from _____
Name of Person(s)
_____ 로부터 매달 받는 이혼 수당
당사자 성명 $ _____

For the child or children listed above:
위에 기재된 자녀(들)의 경우:

The monthly health insurance premium
월 건강보험료 $ _____

Work-related monthly child care expenses
업무 관련 월 보육비 $ _____

Extraordinary monthly medical expenses
임시 월 의료비 $ _____

School and transportation expenses
학비 및 교통비 $ _____

*To figure the monthly amount of expenses, weekly expenses should be multiplied by 4.3 and yearly expenses should be divided by 12. If you do not pay the same amount each month for any of the categories listed, figure what your average monthly expense is.

*월 지출액을 계산하기 위해서는, 주간 지출액에 4.3을 곱하고, 연간 지출액은 12로 나눠야 합니다. 기재된 범주 중에서 매달 같은 금액을 지급하지 않을 경우, 평균 비용을 계산하십시오.

I solemnly affirm under the penalties of perjury that the contents of this document are true to the best of my knowledge, information, and belief.

본인은 위증을 범하는 경우 처벌을 받는다는 전제 하에 본인의 아는 바, 정보, 확신에 근거하여 본 문서의 내용이 사실이라는 것을 엄숙히 선언합니다.

_____ _____
Date 날짜 Signature 서명

Total Monthly Income: Include income from all sources including, self-employment, rent, royalties, business income, salaries, wages, commissions, bonuses, dividends, pensions, interest, trusts, annuities, social security benefits, workers compensation, unemployment benefits, disability benefits, alimony or maintenance received, tips, income from side jobs, severance pay, capital gains, gifts, prizes, lottery winnings, etc. Do not report benefits from means-tested public assistance programs such as food stamps or AFDC.
총 월 소득: 자영업, 임대, 로열티, 사업소득, 봉급, 임금, 커미션, 보너스, 배당금, 연금, 이자, 신탁, 연금보험, 사회보장급여, 근로자 재해보상, 실업급여, 장애 급여, 수령한 이혼 수당이나 유지관리비, 팁, 부업 소득, 퇴직수당, 자본소득, 선물, 상, 복권 당첨금 등 포함. 푸드 스탬프나 AFDC와 같은 가계조사를 통한 공공부조 급여는 신고하지 마십시오.

Extraordinary Medical Expenses: Uninsured expenses in excess of $250 in a calendar year for medical treatment, including orthodontia, dental treatment, vision care, asthma treatment, physical therapy, treatment for any chronic health problems, and professional counseling or psychiatric therapy for diagnosed mental disorders.
임시 의료비: 치아교정, 치아치료, 안과, 천식 치료, 물리치료, 다른 만성적 건강 문제로 인한 치료, 진단을 받은 정신장애에 대한 전문의 상담이나 정신과 요법 등 의료적 치료를 위해 달력 기준 1년 안에 $250를 초과하는 비보험 비용.

Child Care Expenses: Actual child care expenses incurred on behalf of a child due to employment or job search of either parent with amount to be determined by actual experience or the level required to provide quality care from a licensed source.
보육비: 어느 한쪽 부모의 피고용이나 구직활동 때문에 자녀를 위해 발생하는 실 보육비로서, 실제 경험에 의해 결정될 금액, 또는 면허가 있는 시설에서 양질의 보육을 받는 데 필요한 수준의 금액.

School and Transportation Expenses: Any expenses for attending a special or private elementary or secondary school to meet the particular needs of the child and expenses for transportation of the child between the homes of the parents.
학비 및 교통비: 자녀의 특수한 필요를 충족시키기 위한 특수학교, 사립 초등학교, 또는 사립 중등학교에 다니기 위한 비용 및 자녀가 두 부모의 집 사이 이동에 필요한 교통비.