

# 신청서

## 주소 기밀유지 프로그램(ACP)

### 지침



NYS Department of State  
Address Confidentiality Program  
P.O. Box 1110  
Albany, NY 12201-1110  
전화: (518) 474-7306  
수신자 부담 전화: (855) 350-4595  
팩스: (518) 474-0709  
이메일: ACP@dos.ny.gov  
웹: www.dos.ny.gov/acp

주소 기밀유지 프로그램에 참가하려면 프로그램 참가자가 이 신청서를 작성해야 합니다.  
모든 신청자는 아래 지침을 검토하고 신청서를 올바르게 작성하는 방법을 이해해야 합니다.

### 섹션 1 - 참가자 정보

#### 기본 참가자 이름

프로그램 참가자로 신청하는 사람은 가정 폭력, 스토킹, 성범죄 및/또는 인신 매매 피해자로, 안전에 대한 두려움을 느끼고 그러한 폭력 때문에 거주지를 떠난 성인일 수 있습니다. 신청자는 미성년자(18 세 미만) 또는 무능력자를 대신하여 신청하는 부모 또는 법적 보호자일 수도 있으며, 그 사람을 대리할 법적 권한이 있어야 합니다. 신청자는 본인이 직접 신청하는지 또는 미성년자나 무능력자를 대신하여 신청하는지를 나타내는 섹션 3 의 해당 확인란을 선택하고 진술서에 서명해야 합니다.

신청서에 프로그램 참가자의 법적 이름과 생년월일을 포함해야 합니다.

현재 또는 이전에 알려진 다른 이름이 있으면 기재하십시오.

안전을 위해 다른 이름으로 우편물을 발송하려면 해당 이름을 표시하십시오.

#### 다른 참가자

이 섹션에는 기본 참가자의 안전을 위해 ACP 에 참가해야 하는 기본 참가자와 동일한 가구의 다른 구성원이 포함될 수 있습니다. 또한 미성년자, 무능력자 또는 프로그램에 참가하기로 동의한 가구에 거주하는 성인이 포함될 수도 있습니다. 기본 참가자 가구의 다른 성인도 섹션 4 에 포함된 진술서를 작성해야 합니다.

또한 신청자는 다른 가구 구성원이 미성년자, 무능력자 또는 가구에 거주하는 다른 성인인지 여부를 표시해야 합니다. 각 가구 구성원의 법적 이름과 생년월일을 제공해야 합니다.

미성년자가 성인(18 세)이 된 후에 ACP 에 계속 참가하려면 신규 신청서를 작성하고 섹션 4 에 서명해야 합니다. 이 신규 성인 가구 구성원이 이 신규 신청서를 제출하지 않으면, 그 사람의 이름이 프로그램에서 제거됩니다.

참가자를 추가해야 하는 경우 이 페이지를 복사할 수 있습니다.

#### 기본 참가자의 실제 주소

이 주소는 기본 참가자가 거주하는 주소입니다. 신청자는 카운티 이름을 포함하여 이 섹션을 작성해야 합니다. 주소는 사서함일 수 없습니다. ACP 프로그램 참가자는 뉴욕주 거주자로만 국한됩니다. 기본 참가자는 ACP 프로그램이 연락할 수 있도록 전화번호를 제공해야 합니다. 안전한 대체 전화번호도 제공해야 합니다. ACP 는 참가자가 전화를 받을 수 있는 가장 편리한 시간을 나타내도록 권장합니다.

#### 기본 참가자의 우편 주소

이 주소는 기본 참가자가 자신의 우편물을 전달할 주소입니다. 이 주소가 실제 주소와 같은 경우 비워 둘 수 있습니다. ACP 는 사서함이나 실제 주소가 아닌 주소로 우편물을 보낼 수 있습니다.

이 주소가 변경되면 주소 기밀유지 프로그램에 변경에 대한 지침을 문의하거나 ACP 변경/철회 통지 DOS-1931-f-a <https://www.dos.ny.gov/forms/acp/1931-f-1-a.pdf> 를 사용하십시오. 미국 우체국에 주소 변경을 신청하지 마십시오.

**이메일 주소:** ACP 직원을 위한 다른 연락 방법으로 이메일 주소를 알려주십시오.

#### ACP 식별 번호

이는 각 기본 ACP 참가자에게 발행되는 고유 식별 번호입니다. 프로그램 참가자가 프로그램에 신규로 가입한 경우 우편으로 ACP 번호를 받습니다. 신청서에 이미 식별 번호가 발급된 참가자가 포함된 경우 이 ACP 번호가 신청서에 포함되어야 합니다.

# 신청 지침

## 주소 기밀유지 프로그램(ACP) 계속

---

### 보안 단어

프로그램 참가자는 나중에 참가자의 기록을 변경할 수 있는 안전한 방법으로 신청서에 비밀 단어를 제공해야 합니다. 권한이 없는 개인이 기록을 변경하지 못하게 해야 합니다. 이를 안전한 장소에 보관하십시오.

프로그램 참가자는 비밀 단어를 기억하는 데 도움이 되는 힌트를 제공해야 합니다. 프로그램 참가자가 변경 양식을 작성할 때 비밀 단어를 기억할 수 없는 경우 ACP 사무실에 전화할 수 있으며, 직원이 단어를 기억하는 데 도움이 되는 힌트를 제공합니다.

### 섹션 2 - 프로그램 참가자를 위한 체크리스트

신청자는 이 섹션의 각 체크리스트 항목을 철저히 읽고 이해해야 합니다. 신청서 도움 제공자는 이 섹션의 각 내용의 의미를 설명할 수 있습니다. 신청자는 체크리스트의 각 항목에 이니셜을 기입하여 각 항목을 이해하고 동의함을 확인해야 합니다.

### 섹션 3 - 프로그램 참가자 진술서

신청자는 본인이 직접 신청서를 작성하는지 또는 신청서에 나오는 프로그램 참가자의 법적 보호자로서 신청서를 작성하는지 여부를 나타내는 해당 확인란을 선택해야 합니다. 신청자는 신청서에 포함된 미성년자 및/또는 무능력자를 대신하여 행동할 수 있는 법적 권한이 있어야 합니다.

프로그램 참가자 또는 법적 보호자는 신청서에 제공된 모든 정보가 사실이며 정확하다는 사실을 확인하고 본인의 이름으로 서명해야 합니다. 또한 참가자는 신청서에 서명함으로써 ACP의 작동 방식과 프로그램 등록 요건을 이해했음을 확인합니다.

### 섹션 4 - 가구의 다른 성인 구성원 진술서

ACP에 참가하기를 원하는 가구의 각 성인 구성원은 본인이 가구 구성원이고 ACP에 참가하기를 원한다는 확인란을 선택해야 합니다. 이 양식은 참가한 각 성인 구성원이 복사하고 작성할 수 있습니다.

각 성인 구성원은 신청서에 제공된 모든 정보가 사실이며 정확함을 확인하는 줄에 자신의 이름으로 서명해야 합니다. 신청서에 서명함으로써 성인 참가자는 ACP의 작동 방식과 프로그램 등록 요건을 이해했음을 확인합니다.

### 섹션 5 - 신청서 도움 제공자(해당되는 경우)

신청서 작성 제공자가 신청자에게 주소 기밀유지 프로그램을 설명하고 양식 작성을 돕는 경우, 해당 신청서에는 에이전시 이름, 해당 에이전시 코드, 에이전시 담당자 이름 및 에이전시 전화번호가 포함되어야 합니다.

신청자가 에이전시의 도움없이 신청하는 경우 이 섹션을 작성할 필요가 없습니다.

신청서에 나오는 주소로 작성한 신청서를 보내야 합니다.

# 신청서

## 주소 기밀유지 프로그램(ACP)



NYS Department of State  
Address Confidentiality Program  
P.O. Box 1110  
Albany, NY 12201-1110  
전화: (518) 474-7306  
수신자 부담 전화: (855) 350-4595  
팩스: (518) 474-0709  
이메일: ACP@dos.ny.gov  
웹: www.dos.ny.gov/acp

이 신청서를 작성하기 전에 지침을 주의깊게 읽으십시오. 잉크로 응답을 인쇄하거나 입력하십시오.

### 섹션 1: 참가자 정보 ACP 프로그램 참가자는 뉴욕주 거주자로만 국한됩니다.

기본 참가자 이름 (이름, 중간 이름, 성) ACP 식별 번호(기존 레코드가 있는 경우) \_\_\_\_\_

이름 \_\_\_\_\_ 중간 이름 \_\_\_\_\_ 성 \_\_\_\_\_ 생년월일 (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_

현재 또는 이전에 알려진 다른 이름: \_\_\_\_\_

별칭: 안전을 위해 다른 이름으로 우편물을 발송하려면 여기에 해당 이름을 표시하십시오: \_\_\_\_\_

나는 뉴욕주 거주자이다: 예  아니요

나는 다음의 피해자이다 가정 폭력  스토킹  성범죄  인신 매매

다른 참가자 (이름, 중간 이름, 성) - 참가자가 더 있으면 이 페이지를 복사하여 첨부할 수 있습니다.

이름	중간 이름	성	생년월일 (MM/DD/YYYY)	(가구에 거주하는 미성년자/무능력자/성인)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

기본 참가자의 실제 주소 (신청자가 실제로 거주하는 주소) \*프로그램에 참가하기 위해 필요함.

주소 1: \_\_\_\_\_

주소 2: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_ 카운티: \_\_\_\_\_

주간 전화: \_\_\_\_\_ 야간 전화: \_\_\_\_\_ 안전한 대체 전화: \_\_\_\_\_ 전화하기 가장 편리한 시간: \_\_\_\_\_  오전  오후

기본 참가자의 우편 주소 \* (위의 주소와 다른 경우 ACP가 신청자의 우편물을 보낼 주소)

주소 1: \_\_\_\_\_

주소 2: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_ 카운티: \_\_\_\_\_

이메일 주소: \_\_\_\_\_

- 이 주소가 변경되면 주소 기밀유지 프로그램에 변경에 대한 지침을 문의하거나 ACP 변경/철회 통지 DOS-1931-f-a <https://www.dos.ny.gov/forms/acp/1931-f-1-a.pdf> 를 사용하십시오. 미국 우체국에 주소 변경을 신청하지 마십시오.

뉴욕의 주소 기밀유지 프로그램에 참가한 적이 있습니까?  예  아니요

예인 경우 이전 ACP 식별 번호를 제공하십시오. \_\_\_\_\_

보안 단어 - 이 비밀 단어는 향후 귀하의 모든 기록 변경에 사용됩니다. 안전한 장소에 보관하는 것이 중요합니다.

비밀 단어를 제공하십시오: \_\_\_\_\_

이 비밀 단어를 기억하는 데 도움이 되는 힌트를 제공하십시오: \_\_\_\_\_

## 섹션 2: 프로그램 참가자를 위한 체크리스트 - 각 항목에 이니셜을 기입하십시오.

- \_\_\_ 본인은 ACP가 우편물 전달 서비스 전용이며 본인의 우편물이 본인에게 전달되기 전에 Albany에 있는 프로그램의 사서함 주소에 먼저 도착한다는 사실을 이해합니다. 이는 시간에 민감한 자료가 포함된 법적 우편물을 포함하여 본인의 우편물을 받는 데 시간이 더 오래 걸릴 수 있습니다. 또한 명확하게 의약품으로 식별할 수 없거나 정부 기관에서 발송했음을 분명히 나타내지 않는 한 ACP는 제 1종 우편물 및 법률 문서만 본인에게 전달하고 잡지, 카탈로그, 소포 또는 광고물을 전달하지 않을 것임을 이해합니다.
- \_\_\_ 본인은 주정부 및 지방정부 직원에게 ACP 대체 주소를 사용하기를 원하며 ACP ID 카드를 보여줘야 한다는 사실을 알려주는 것은 본인의 책임임을 이해합니다. 또한 정부 기관에 실제 주소를 제공하면 해당 기관이 본인의 정보를 기밀로 유지할 의무가 없음을 이해합니다.
- \_\_\_ 본인의 우편물이 ACP에 기록된 이름 이외의 다른 이름으로 보내지면 본인에게 전달되지 않을 수 있음을 이해합니다. 또한 법적 이름 이외의 이름을 사용하여 신청서를 작성하면 서비스에 액세스하는 데 법적 이름이 필요한 경우 특정 기관에서 ACP 권한이 거부될 수 있음을 이해합니다.
- \_\_\_ 본인은 민간 회사(예: 보험, 전화, 유틸리티 등)가 ACP 대체 주소를 사용할 의무가 없으며 실제 거주지 주소가 필요할 수 있음을 이해합니다.
- \_\_\_ 본인은 ACP가 본인의 실제 주소를 제 3자에게 공개하는 것이 법으로 금지된다는 사실을 이해합니다. 그러나 ACP는 법원의 명령을 받거나 합법적인 법 집행 목적으로 법 집행 기관에 요청한 경우 본인의 실제 주소를 공개할 수 있습니다.
- \_\_\_ 본인은 ACP 신청서에 허위 정보를 제공한 경우 프로그램에서 취소될 것임을 이해합니다. 또한 본인의 이름이나 주소를 변경하고 14일 이내에 프로그램에 알리지 않거나 우편물이 수취인 불명으로 반송되는 경우 ACP가 본인의 참가를 취소할 것임을 이해합니다.

## 섹션 3: 프로그램 참가자 진술서 - 다음 중 하나를 선택하십시오.

- 본인은 프로그램 참가자로서 가정 폭력, 스토킹, 성범죄 및/또는 인신 매매의 피해자임을 확인합니다. 본인은 그러한 폭력 때문에 집을 떠났고 본인의 안전 및/또는 자녀의 안전에 대해 두려움을 느낍니다. 본인은 이 신청서에 포함된 모든 미성년자 및/또는 무능력자를 대신하여 행동할 법적 권한이 있습니다.
- 본인은 이 신청서에 명시된 신청자의 법적 보호자로 가정 폭력, 스토킹, 성범죄 및/또는 인신 매매 피해자인 미성년자 또는 장애인을 대리하고 있으며 그들은 그러한 폭력 때문에 거주지를 떠났고 그들의 안전에 대해 두려움을 느끼고 있음을 확인합니다. 본인은 이 신청서에 포함된 이 미성년자 및/또는 무능력자를 대신하여 행동할 법적 권한이 있습니다.

### 신청자 확인:

본인은 위증시 처벌을 받는다는 조건하에 이 신청서에 제공된 모든 정보가 사실이며 정확함을 확인합니다. 본인은 이 프로그램을 통해 제 1종, 등록 및 인증된 우편물만 받게 됨을 이해합니다. ACP는 잡지, 소포 또는 광고물을 전달하지 않습니다. 본인은 먼저 ACP에 통지하지 않고 본 신청서에 기재된 거주지 주소에서 이사하거나 우편 주소를 변경하면 ACP 참가가 취소될 수 있음을 이해합니다. 본인은 송달 서비스 및 우편물 수령을 위한 대리인으로 국무 장관을 지정합니다.

신청자 서명 \_\_\_\_\_ 정자체 이름 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

## 섹션 4: 가구의 다른 성인 구성원 진술서 - 다음을 선택하십시오.

이 섹션은 기본 참가자와 동일한 가구의 성인 구성원이 작성해야 합니다.  
가구의 추가 성인 구성원인 경우 이 페이지를 복사하여 첨부하십시오.

- 본인은 이 신청서에 포함된 프로그램 참가자와 동일한 가구의 성인 구성원이며 ACP에 참가하는 데 동의함을 확인합니다.

### 신청자 확인:

본인은 위증시 처벌을 받는다는 조건하에 이 신청서에 제공된 모든 정보가 본인이 아는 한 사실이며 정확함을 확인합니다. 본인은 이 프로그램을 통해 제 1종, 등록 및 인증된 우편물만 받게 됨을 이해합니다. ACP는 잡지, 소포 또는 광고물을 전달하지 않습니다. 본인은 송달 서비스 및 우편물 수령을 위한 대리인으로 국무 장관을 지정합니다.

신청자 서명 \_\_\_\_\_ 정자체 이름 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

## 섹션 5: 신청서 도움 제공자 - (해당되는 경우)

에이전시 이름: \_\_\_\_\_ 에이전시 코드: \_\_\_\_\_

에이전시 담당자 이름: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

서명 \_\_\_\_\_

작성한 신청서를 다음 주소로 반송하십시오:

NYS Department of State  
Address Confidentiality Program  
P.O. Box 1110, Albany, NY 12201-1110  
(518) 474-0709

또는 다음 번호의 팩스를 통해 ACP로 반송하십시오: