



가족 안전 계획 가이드

알래스카 미국시민자유연맹(American Civil Liberties Union of
Alaska) 2025년 여름 편찬

ACLU
Alaska

전국적으로 이민자 체포 건수가 증가함에 따라, 당신과 당신의 가족이 법적 권리를 알고 비상시를 대비한 안전 계획을 마련하는 것이 중요합니다.

가족 안전 계획은 비상시에 가족을 도울 수 있는 정보와 문서의 모음입니다. 이 가이드는 당신이 이민세관단속국(ICE)에 의해 체포되거나 추방될 경우를 대비하여

당신의 권리를 알아두세요.

모든 이민자를 포함하여 미국 내 모든 사람은 헌법에 따른 권리를 가지고 있습니다. www.aclu.org/know-your-rights/immigrants-rights에서 당신의 권리와 이를 행사하는 방법에 대해 자세히 알아보세요.



‘권리 알기’ 정보에
접속하려면
스캔하세요

이민 당국에 체포되었을 때 해야 할 일



알래스카에서 이민 당국에 체포되면, 주 외부의 ICE 구치소(보통 워싱턴주 타코마)로 이송될 때까지 알래스카 교정국 구금 시설에 수용될 것입니다. “보석금”을 내고 석방되지 않는 한, 체포 후 48시간 이내에 주 외부로 이송될 가능성이 높습니다.

당신은 변호사와 상담할 권리, 묵비권, 그리고 통역사를 요청할 권리가 있습니다. 만약 당신이 모국으로 돌아가는 것이 두렵다면, 반드시 이민 당국에 말해야 합니다. 이해하지 못하는 서류에는 절대로 서명하지 마세요!

이민 당국에 구금되었을 때 가족과 친구들이 당신을 도울 수 있도록 필요한 정보를 갖추고 있는 것이 매우 중요합니다. 또한 가족 안전 계획을 실행할 수 있는 사람에게 신속히 연락할 수 있도록 중요한 전화번호를 암기해두는 것도 필요합니다.

ICE에 구금된 사람을 찾는 방법

이민세관단속국(ICE) 또는 세관국경보호청(CBP)에 구금된 사람은 다음 웹사이트에서 검색할 수 있습니다: www.locator.ice.gov.

구금된 지 최소 48시간이 지나면 이 데이터베이스에서 찾을 수 있어야 합니다. 이는 18세 이상의 사람들에게 적용됩니다.

누군가를 찾으려면, 그들의 "A번호" 또는 생년월일, 그리고 출생 국가를 알고 있어야 합니다.

미국 이민 체포 후 사랑하는 사람을 찾는 방법에 대한 더 자세한 정보는 전국이민법센터(National Immigration Law Center)의 "[미국 이민 체포 후 사랑하는 사람을 찾는 방법\(How to Find a Loved One After a U.S. Immigration Arrest\)](#)"을 참조하세요.



접속하려면 스캔하세요
locator.ice.gov



NILC 자원에 접속하려면
스캔하세요.

가족 안전 계획에 포함해야 할 사항

가족 안전 계획에는 당신이나 가족 중 누군가가 ICE에 체포될 경우 무엇을 해야 하는지가 포함되어야 합니다. 무서운 생각이지만, 갑자기 구금될 경우 발생할 수 있는 모든 실무적 및 안전 문제들을 미리 생각해두는 것이 중요합니다. 계획에는 다음 사항이 포함되어야 합니다:

- ☐ 누가 아이들을 데리러 가서 돌볼 수 있는가?
- ☐ 누가 당신의 반려동물을 돌볼 것인가?
- ☐ 당신이 복용해야 하는 약은 무엇인가?
- ☐ 누가 당신이 구금되었다는 사실을 대가족 또는 고용주에게 알릴 것인가?
- ☐ 누가 당신의 변호사에게 연락하거나 변호사를 찾는 것을 도와줄 것인가?
- ☐ 누가 당신의 청구서 요금이 납부되었는지 확인할 수 있는가?
- ☐ 누가 당신의 차량을 옮기거나 중요한 서류를 모으기 위해 당신의 집에 들어갈 수 있는 예비 열쇠를 가지고 있는가?



팁: 가족 안전 계획을 찾기 쉬운 안전한 장소에 보관하세요. 가족 안전 계획의 사본을 여러 부 만들어 비상 연락처에 포함된 신뢰할 수 있는 가족 구성원이나 친구와 공유하세요.

가족 안전 계획에 포함해야 할 사항, 계속.

가족 안전 계획에는 당신과 가족 구성원에 대한 기본 정보가 포함되어야 하며, 가지고 있다면 다음을 포함한 중요한 서류들이 포함되어야 합니다:

- ☐ 운전면허증/신분증 사본
- ☐ 여권 사본
- ☐ 이민 서류 사본(A번호, 취업허가증, 영주권, 비자, 심사 중인 신청에 대한 접수 통지서 등을 포함)
- ☐ 사회보장카드 또는 ITIN 번호 사본
- ☐ 혼인신고서
- ☐ 출생증명서
- ☐ 처방전, 중요한 의료 기록, 예방접종 기록
- ☐ 당신에 관한 중요한 정보(부록 A 참조)
- ☐ 당신의 자녀에 관한 중요한 정보(부록 B 참조)
- ☐ 내가 주 양육자인 사람에 관한 중요한 정보(부록 C 참조)
- ☐ 당신의 반려동물에 관한 중요한 정보(부록 D 참조)
- ☐ 부모 권리 위임장 사본(부록 E 참조)
- ☐ 진술서(부록 F)
- ☐ 미국 내 거주 및 미국 내 실제 체류 기간을 입증하는 서류

ICE 활동 신고

알래스카 미국 시민자유연맹은 주 전역의 이민 관련 체포 건들을 모니터링하고 있습니다. 당신의 지역사회에서 이민 단속을 목격했거나 들은 적이 있다면, 이 간단한 설문조사를 작성해주세요.



ICE 활동을 신고하려면
스캔하세요.



도움이 필요하신가요?

가족 안전 계획의 어느 부분을 작성하는 데 도움이 필요하시면, info@acluak.org를 통해 알래스카 미국시민자유연맹으로 이메일을 보내주세요.

신상 정보	
이름	
A번호(해당되는 경우)	
생년월일/나이	
호칭 대명사	
주소	
누가 당신의 집에 출입할 수 있습니까? 또는 예비 열쇠는 어디에 있습니까?	
전화번호	
이메일	
국적	
미국 내 신분	
여권번호, 발급국가, 만료일	
운전면허증 번호 및 면허증 발급 주	
배우자/파트너 정보(해당되는 경우)	
이름	
A번호(해당되는 경우)	
생년월일/나이	
호칭 대명사	
주소	
전화번호	
관계	

함께 지낸 기간은 얼마나 됩니까?	
이메일	
국적	
미국 내 법적 신분	
여권 번호, 발급 국가, 만료일	
자녀 및 법적 피부양자	
자녀(법적 피부양자 포함)는 몇 명입니까?	
각 자녀 또는 피부양자에 대해 부록 B를 작성해주세요.	
부모님에 관한 정보	
어머니/아버지(1) 이름	
주소	
전화번호	
이메일	
어머니/아버지(2) 이름	
주소	
전화번호	
이메일	
당신이 부모님이나 다른 사람들의 주 양육자인 경우, 여기에 표시해주세요.	
의료 정보	
의료 상태	

약물(복용량, 빈도 등)	
알레르기	
구금될 경우, 즉시 사용해야 하는 약물이나 의료 서비스는 무엇입니까?	
의사 이름, 주소 및 전화번호	
건강 보험 정보	
치과의사 이름, 주소 및 전화번호	
치과 보험 정보	
고용 정보	
고용주 이름	
직위 명칭	
상사 이름	
상사 연락처	
내가 구금될 경우, 나의 상황에 관한 정보를 고용주와 공유하기를 원합니다.	<input type="checkbox"/> 예 또는 <input type="checkbox"/> 아니오
차량 정보	
차량 제조사/모델	
번호판 번호	
자동차 보험 회사	
보험 증권 번호	
전화번호	
예비 열쇠 위치	

재정 정보	
은행	
은행 계좌번호	
월 청구서(각 청구서에 대해 회사명, 계좌 번호, 납부 방법 제공)	
변호사 정보	
변호사/법률사무소 이름	
주소	
전화번호	
기존의 의뢰인/변호사가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 또는 <input type="checkbox"/> 아니요
심사 중인 신청 사항이 있습니까? 그렇다면, 신청 유형 및 접수 번호를 제공해주세요.	
현재 추방 절차가 진행 중입니까? 그렇다면, 다음 청문회 날짜 및 시간은 언제입니까?	
영사관 정보	
주소	
전화번호	
미국 내 비상 연락처(1)	
이름	
주소	
전화번호	
이메일	
당신과의 관계	

미국 내 비상 연락처(2)	
이름	
주소	
전화번호	
이메일	
당신과의 관계	
모국 내 비상 연락처	
이름	
주소	
전화번호(국가 코드 포함)	
이메일	
당신과의 관계	
기타 중요한 정보:	
내가 ICE에 구금될 경우, 저의 가족이 다음을 수행하기를 원합니다:	

신상 정보	
자녀의 이름	
A번호(해당되는 경우)	
생년월일/나이	
출생지	
호칭 대명사	
주소	
전화번호	
이메일	
국적	
미국 내 법적 신분	
여권 번호, 발급 국가, 만료일	
다른 부모에 관한 정보	
다른 부모의 전체 이름	
주소	
전화번호	
이메일	
국적	
미국 내 법적 신분	

의료 정보	
의료 상태	
약물(복용량, 빈도)	
알레르기	
의사의 이름, 주소 및 전화번호	
건강 보험 정보	
치과의사의 이름, 주소 및 전화번호	
치과 보험 정보	
학교 정보	
학교 이름 및 주소	
학교 전화번호	
교사 이름	
교실 번호	
방과 후 프로그램 이름	
방과 후 프로그램 담당자 및/또는 전화번호	
기타 중요한 정보:	
내 자녀의 통상적인 일정[식사 시간, 일상적인 등하원 시간 및 장소, 취침 시간 등을 포함할 것을 고려하세요.]	

신상 정보	
이름	
A번호(해당되는 경우)	
생년월일/나이	
출생지	
호칭 대명사	
당신과의 관계	
주소	
전화번호	
이메일	
국적	
미국 내 법적 신분	
여권 번호, 발급 국가 및 만료일	
의료 정보	
의료 상태	
약물(복용량, 빈도)	
알레르기	
의사의 이름, 주소 및 전화번호	
건강 보험 정보	
치과의사의 이름, 주소 및 전화번호	
치과 보험 정보	

기타 중요한 정보:

내 피부양자의 통상적인 일정[식사 시간, 일상적인 등하원 시간 및 장소, 취침 시간 등을 포함할 것을 고려하세요.]

반려동물 이름	
나이	
품종	
외모 및 특징	
사료 및 급식 일정	
수의사 이름, 주소 및 전화번호	
건강 보험 정보	
의료 상태/약물	
알레르기	
내가 부재 시 반려동물을 돌봐주기를 원하는 사람의 이름 및 연락처	
기타 중요한 정보:	

당신이 자녀의 유일한 법적 보호자이고, 당신이 구금되거나 추방될 경우 누가 자녀를 돌보기를 원하는지 알고 있다면, 그 사람에게 자녀에 대한 "위임장"을 부여해야 합니다. 부모 권리 위임장 양식은 당신이 선택한 사람(일명 "대리인")에게 자녀 양육에 관한 결정을 내릴 수 있는 법적 권한을 부여하지만, 이는 오직 당신이 구금되거나 추방된 경우에만, 그리고 1년 동안만 유효합니다.

당신이 선택한 사람은 실제 변호사일 필요가 없습니다.

당신이 구금되거나 추방될 경우, 자녀를 돌보도록 지정된 사람은 진술서(부록 F)를 작성하고 서명해야 합니다.

다음 양식은 한국어로 참조로 제공됩니다. 레코드 양식의 영어 버전을 완료해야 합니다

부모 또는 보호자의 미성년자에 대한 위임장

[부모 권리 위임장]

알래스카 _____ 거주 본인 _____ 은 아래에
명시된 미성년 자녀의 부모 또는 보호자임을 증명하며, 다음을 지정합니다:

(대리인의 법적 이름)

거주지

(대리인의 주소)

(대리인의 전화번호/이메일)

위에 명명된 대리인이 역할을 수행할 수 없거나 원하지 않을 경우, 아래에 명명된 각 미성년
자녀의 예비 대리인으로 다음을 지정합니다:

(예비 대리인의 법적 이름)

거주지

(예비 대리인의 주소)

(예비 대리인의 전화번호/이메일)

본인은 대리인에게 아래에 명명된 각 미성년 자녀의 양육 및 보호에 관한 본인의 모든
권한을 위임하며, 여기에는 자녀를 학교에 등록시킬 권리, 교육 기록 및 자녀에 관한 기타
기록을 검사하고 사본을 얻을 권리, 학교 활동 및 자녀에 관한 기타 행사에 참석할 권리,
학교 활동, 의료 치료, 치과 치료 및 미성년 자녀와 관련될 수 있는 기타 활동, 행사 또는
치료에 대한 동의 또는 면제권을 부여하거나 보류할 권리가 포함됩니다. 본 위임장에는
미성년 자녀의 혼인 또는 입양, 미성년 자녀에 대한 낙태 시술 또는 유도, 미성년 자녀에
대한 부모 권리 종료에 동의할 권한은 포함되지 않습니다.

본인의 자녀/피후견인의 법적 이름은 다음과 같습니다:

1. _____, 생년월일: _____
2. _____, 생년월일: _____
3. _____, 생년월일: _____
4. _____, 생년월일: _____
5. _____, 생년월일: _____

AS 13.26.020 & 13.26.066

본 확인서는 20 _____년 ____월 ____일에, 상기 문서를 작성한 자가 알래스카 _____에서 본인 앞에 직접 출석하여, 문서에 명시된 목적을 위해 자유롭게 자발적으로 서명하였음을 확인하였기에 이를 증명합니다.

[직인]

알래스카 공증인

임기 만료일: _____

통역사 조항(필요한 경우)

본인은 상기 문서의 조항을 영어에서 _____어로 최선을 다해 통역하였음을 증명합니다.

통역사 이름

통역사 서명

미성년 자녀의 대리인에 의한 수락

대리인용: 본인은 본 위임장에 명시된 미성년 자녀에 대한 대리인 지정을 수락합니다.

(대리인 서명)

(날짜)

(도로명 주소, 도시, 주, 우편번호)

(전화번호)

확인서

_____주

)
) ss.

_____사법 관할구 또는

)

_____카운티

)

본인은 20 _____년 ____월 ____일, _____, _____에서 상기 미성년

(주)

(도시)

자녀의대리인에 의한 수락 문서 작성자가 직접 출석하여 본 문서에 자유롭게 자발적으로 서명하였음을 확인했음을 증명합니다.

[직인]

공증인

(주)

임기 만료일: _____

POWER OF ATTORNEY OVER A MINOR BY PARENT OR GUARDIAN
[Delegation of Parental Rights]

I, _____, of _____, Alaska, certify that I am the parent or guardian of the minor child(ren) listed below, and I designate:

_____ of _____
(legal name of attorney-in-fact)

(address of attorney-in-fact)

(phone number/email of attorney-in-fact)

as the attorney-in-fact of each minor child named below. If the above-named attorney-in-fact is unable or unwilling to serve, I name the following as the alternate attorney-in-fact of each minor child named below:

_____ of _____
(legal name of alternate attorney-in-fact)

(address of alternate attorney-in-fact)

(phone number/email of attorney-in-fact)

I delegate to the attorney-in-fact all of my power and authority regarding the care and custody of each minor child named below, including the right to enroll the child in school, the right to inspect and obtain copies of education records and other records concerning the child, the right to attend school activities and other functions concerning the child, and the right to give or withhold any consent or waiver with respect to school activities, medical treatment, dental treatment, and other activity, function, or treatment that may concern the minor child. This delegation does not include the power or authority to consent to the marriage or adoption of the minor child, the performance or inducement of an abortion on or for the minor child, or the termination of parental rights to the minor child.

The legal name(s) of my child(ren)/ward(s) is/are:

1. _____, with date of birth: _____
2. _____, with date of birth: _____
3. _____, with date of birth: _____
4. _____, with date of birth: _____
5. _____, with date of birth: _____

This Power of Attorney is executed pursuant to the provisions of AS 13.26.066 relating to delegation of power of a parent or guardian. This Power of Attorney shall remain in force and effect for a period of **one year** from the first date of my incapacitation by detention by U.S. Immigration and Customs Enforcement or deportation/removal from the United States, unless earlier revoked by me in writing.

My child(ren)'s other parent(s) is/are unavailable due to:

- ☐ death
- ☐ detention
- ☐ being located outside the country
- ☐ being unable to locate
- ☐ identity unknown
- ☐ other parent does not share custody of child
- ☐ Other _____

I retain the right to revoke this power of attorney at any time and may execute a new power of attorney naming the same or a different attorney-in-fact upon expiration of this document. This instrument does not affect the rights of the minor's parents or legal guardian regarding the care, custody, and control of the minor, and does not mean that the caregiver has legal custody of the minor.

Third parties that rely on this instrument have no obligation to make any further inquiry or investigation and shall not be held liable by me for actions taken in reliance on this instrument.

IN WITNESS WHEREOF, I have hereunto set my hand this ____ day of _____ 20____.

Parent/Guardian Signature

Street Address

City, State, Zip code

Phone Number/Email

ACKNOWLEDGMENT

STATE OF ALASKA)
) ss.
THIRD JUDICIAL DISTRICT)

당신이 구금되거나 추방될 경우, 부모 권리 위임장 양식(부록 E)에서 자녀를 돌보도록 지정된 사람은 진술서를 작성하고 서명해야 합니다.

당신이 구금되거나 추방될 경우, 자녀의 양육자는 서명된 부모 권리 위임장 양식 사본 및 진술서를 보유하여 자녀의 양육 및 복지에 관한 결정을 내릴 법적 권리를 입증해야 합니다.

다음 양식은 한국어로 참조로 제공됩니다. 레코드 양식의 영어 버전을 완료해야 합니다.

진술서

본인, _____은 위증 시 처벌을 받을 것을 각오하고
다음의 사실이 본인이 아는 한 사실임을 선언합니다:

_____(날짜)에 본인은 _____(부모 이름)이(가) 다음의 이유로
미성년 자녀를 양육할 수 없게 되었음을 인지하게 되었습니다:

- ☐ 이민세관단속국에 의해 구금됨
- ☐ 미국으로부터 강제출국 또는 추방됨

본인은 상기 내용이 본인이 아는 한 사실이고 정확하며, 본인은 공증인 또는
선서를 집행할 권한이 있는 기타 공무원을 이용할 수 없음을 선언합니다. AS
09.63.020.

날짜: _____

서명

AFFIDAVIT

I, _____, declare under penalty of perjury that the following facts are true to the best of my knowledge:

On _____(DATE), I was made aware that _____
(Name of Parent) was made impaired to caring for their minor child(ren) due to:

- ☐ being detained by Immigration and Customs Enforcement
- ☐ being removed or deported from the United States.

I declare that the foregoing is true and correct to the best of my knowledge and that a notary public or other official empowered to administer oaths is unavailable to me. AS 09.63.020.

Dated: _____

Signed