



Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

အလုပ်အကိုင် စိစစ်အတည်ပြုခြင်း

ရက်စွဲ-
ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ၏ ID နံပါတ်

အပိုင်း 1- ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ/ဝန်ထမ်းမှ ဖြည့်စွက်ရန်။		
Department of Children, Youth, and Families (ကလေး၊ လူငယ်နှင့် မိသားစုများဌာန) သို့ အချက်အလက်များ ထုတ်ပြန်ရန် ကျွန်ုပ်၏ အလုပ်ရှင်အား ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုပါသည်။		
ဝန်ထမ်း၏ လက်မှတ်	လူမှုဖူလုံရေး နံပါတ် (ချန်လှပ်ထားနိုင်သည်)	ရက်စွဲ
အပိုင်း 2- အလုပ်ရှင်မှ ဖြည့်စွက်ရန်။		
ဝန်ထမ်း၏ အမည်	အလုပ်ရှင်၏ အမည်	
ဝန်ထမ်း၏ အလုပ် ရာထူး	အလုပ်ရှင်၏ လိပ်စာ	
ဤသည်မှာ အလုပ်အသစ်ဖြစ်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည်	ဝန်ထမ်း အလုပ်စလုပ်ခဲ့သည့် ရက်စွဲ	ပထမဆုံး ချက်လက်မှတ်ကို လက်ခံရရှိခဲ့သည့် ရက်စွဲ
တစ်ပတ်လျှင် ပျမ်းမျှ အလုပ်ချိန်	လစာ သို့မဟုတ် လုပ်အားခ နှုန်းထား (နာရီအလိုက်၊ နေ့စဉ် သို့မဟုတ် ပတ်ပြတ် နှုန်းထား)	အလုပ် ပြီးသွားပြီလား။ <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် ဟုတ်ပါက အချိန်- အကြောင်းရင်း-
လစာပေးသည့် အကြိမ်ရေ- <input type="checkbox"/> နေ့စဉ် <input type="checkbox"/> အပတ်စဉ် <input type="checkbox"/> နှစ်ပတ်တစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> တစ်လလျှင် နှစ်ကြိမ် <input type="checkbox"/> လစဉ်		
ဤအလုပ်သည် ကျောင်းတက်ရင်းလုပ်သည့် အလုပ်ဖြစ်ပါသလား။ "အလုပ်ဖြစ်ပါသလား။" <input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	ဟုတ်ပါက စုစုပေါင်း ငွေကြေးအကူအညီဆု အတည်ပြုချက်ကို ပေးပါ	သင်၏ ရာထူးသည် မည်သည့်အချိန်တွင် ပြီးဆုံးမည်နည်း။
နောက်ဆုံး သုံးလအတွက် အမှန်တကယ် စုစုပေါင်း ဝင်ငွေ (သို့မဟုတ် လစာစာရင်း ပုံနှိပ်ဖြတ်ပိုင်းကို ပူးတွဲပေးပို့ပါ)-		
လ- \$	လ- \$	လ- \$
ဘောက်ဆူးများ <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည်။ ဟုတ်ပါက ဘယ်နှကြိမ်နှင့် ဘယ်လောက်လဲ။ _____	
ကော်မရှင်များ <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည်။ ဟုတ်ပါက ဘယ်နှကြိမ်နှင့် ဘယ်လောက်လဲ။ _____	
အပိုဆုကြေးများ <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည်။ ဟုတ်ပါက ဘယ်နှကြိမ်နှင့် ဘယ်လောက်လဲ။ _____	
အချိန်ပို <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည်။ ဟုတ်ပါက ဘယ်နှကြိမ်နှင့် ဘယ်လောက်လဲ။ _____	
ပြန်အမ်းငွေများ <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည်။ ဟုတ်ပါက ဘယ်နှကြိမ်နှင့် ဘယ်လောက်လဲ။ _____	
အလုပ် အချိန်ဇယား (ဖြစ်နိုင်လျှင် အချိန်အတိအကျ ထည့်သွင်းပေးပါ)-		
တနင်္လာ	အင်္ဂါ	ဗုဒ္ဓဟူး
ကြာသပတေး	သောကြာ	စနေ
တနင်္ဂနွေ		
အလုပ်ရှင်/ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်		ရက်စွဲ
အလုပ်ရှင်/ကိုယ်စားလှယ်၏ အမည်အပြည့်အစုံနှင့် ရာထူး		ဖုန်းနံပါတ်

ဤဖောင်ကို အောက်ဖော်ပြပါသို့ ပြန်ပေးပို့နိုင်သည်-

ဖက်စ်- ဖက်စ် 1-877-309-9747 Child Care Subsidy Contact Center
 Department of Children, Youth, and Families
 P.O. Box 11346
 Tacoma WA 98411-9903