



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES

Child Care Subsidy Contact Center • PO Box 11346 • Tacoma, WA 98411-9903

免费电话号码: 844-626-8687 • 传真: 877-309-9747

日期: _____

家长/监护人

个案号码

请沿此线折迭

尊敬的申请人:

在您提交以下情况资料后,我们将为您办理托儿服务补贴申请手续并确定您是否符合资格。若填写情况不完整,则会延误对服务和付款的批准。请工整填写,或以打字方式填写。

- CCSP 申请(您必须填写托儿服务申请,即便您目前参加 WorkFirst 活动或是经 Child Welfare 转介)。
- 证实您最近三个月家庭收入的凭据(例如工资单存根、儿童抚养费、社会安全保险福利金、社会安全收入津贴(SSI),以及您的家庭成员获得的任何其它收入等)。包括您的工作时间安排。您不必提交凭证来证实来自州政府现金补助(TANF)的收入。
- 如果您新近才受雇用,因而没有工资单存根,我们可受理雇主出具的声明书,其中应含有受聘日期、您的工资额(小时工资额、月薪等),以及您的工作时间安排。如果您的雇主无法核实此信息,我们可以接受您的口头或书面声明。当您提供口头或书面声明以核实就业情况时,您必须在批准后 60 天内提供工资单存根的副本。
- 过去三个月内法院或行政部门命令支付任何儿童抚养费的证明。

您可以了解您的幼儿或儿童的发育是否正常,或者他们是否需要多一点实践才能准备好入学。为此,您可以填写一份免费的儿童发育筛查调查报告,方法是拨打家庭健康热线 1-800-322-2588,或浏览 Parent Help 123 的网站 <http://www.parenthelp123.org/child-development/help-me-grow-washington> 来深入了解。

儿童具有享有安全的基本人权。虐待和忽视会将儿童置于身体和情绪伤害,甚至死亡的风险之中,从而威胁他们的安全。如怀疑有儿童成为虐待或忽视的受害人,请拨打 DCYF 免费电话 1-866-END-HARM (1-866-363-4276)。



14417



CCSP 申请表
CCSP Application

申请人姓名	个案当事人身份识别号码	日期
申请人实际住址	出生日期	
城市 州 邮政编码	电邮地址（自愿填写）	
申请人邮寄地址（若与住址不同）	社会安全号码（自愿填写）	电话号码
城市 州 邮政编码	申请人的种族或族裔	申请人性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

您的家人当前是否无家可归？ 是 否（例如：住在汽车旅馆、庇护所、过渡住房、汽车、公共场所，或因失去住房或经济困难而与他人合租。）

您是否是在过去六(6)个月内在华盛顿州接受儿童福利服务的家长或法定监护人，并作为您案例计划的一部分被转介接受托儿服务？ 是 否（如果您回答是，请致电 1-844-626-8687，查看您是否符合加速申请办理的资格。）

在您家居住并由您照料的子女

如果没有足够的空间填写，请用另一张纸提交其他信息

姓名（姓、名、中间名缩写）	出生日期	男/女	族裔（自愿填写）	社会安全号码（自愿填写）	美国公民或合法居民	与申请人的关系
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

确定您是单亲家庭还是双亲家庭 - 必填

您是： 单身 已婚 已离婚 分居 已婚分居 孀居或鳏居
 已登记的同居伴侣关系

您是否与您任何子女的配偶或其他父母/监护人住在一起？ 是 否

如果否，请填写单亲声明表，[DCYF 27-164](#)，并与申请一同提交。

如果是，则填写以下信息。

配偶或另一位家长的姓名	出生日期	社会安全号码（自愿填写）	与申请人的关系	与上述子女的关系

如果没有足够的空间填写，请用另一张纸提交其他信息

申请人	配偶或第二位家长/监护人
雇主姓名或名称、WORKFIRST 活动名称，或者学校名称	雇主姓名或名称、WORKFIRST 活动名称，或者学校名称
地址（就业、WORKFIRST 活动或学校）	地址（就业、WORKFIRST 活动或学校）
电话号码 开始日期	电话号码 开始日期
若您目前就业，请问您多长时间领一次薪资， 以及 每一领薪期的薪资总额是多少（税前，包括小费）？ <input type="checkbox"/> 每周一次 <input type="checkbox"/> 每两周一次 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月一次 \$	若您目前就业，请问您多长时间领一次薪资， 以及 每一领薪期的薪资总额是多少（税前，包括小费）？ <input type="checkbox"/> 每周一次 <input type="checkbox"/> 每两周一次 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月一次 \$
此工作是否基于农场，包括种植、生产、收获或加工果树或作物？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	此工作是否基于农场，包括种植、生产、收获或加工果树或作物？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

来自所有家庭成员薪资收入/非薪资收入的其他每月收入来源

(示例包括: 自雇业、公共援助, 例如 TANF、儿童抚养、社会保障或 VA 福利)

收入类型 请随附副本 (最近三个月的收入)	姓名 您本人	姓名	姓名	姓名

您是否在支付法庭裁定的儿童抚养费? 是 否 每月支付金额: \$

Barcode label



14417

可用收入来源

您是否有价值\$1,000,000.00 或更多的可用资产? 是 否

可用资产包括: 现金、银行账户、股票/债券、投资账户、投资房地产。

家长/监护人的活动时间安排

申请人		配偶或者第二位家长/监护人	
活动 (工作、学校、WORKFIRST 活动), 请注明午前或午后		活动 (工作、学校、WORKFIRST 活动), 请注明午前或午后	
周一	请问您的工作、学校、WORKFIRST 活动时间安排?	周一	请问您的工作、学校、WORKFIRST 活动时间安排?
周二		周二	
周三		周三	
周四		周四	
周五		周五	
周六		周六	
周日		周日	

您是否有托儿服务提供者? 是 否 托儿服务提供者的姓名:

电话号码/地址:

社会服务支付系统(SSPS)识别号:

如果您想使用家庭朋友邻居提供者, 请联系托儿补贴

托儿服务开始日期:

申请人: 如果知道, 从您的托儿服务提供者地点到您的活动地点 (工作、学校等) 需要多长时间?

另一位家长/监护人: 如果知道, 从您的托儿服务提供者地点到您的活动地点 (工作、学校等) 需要多长时间?

子女的活动时间安排

对于其他子女, 请另加附页填写他们的情况。

子女姓名	学校日程安排 (准确日期与时间)	托儿服务时间安排 (准确日期与时间)

在上学和暑假期间, 您的学龄子女是否需要照护? 是 否

您是否有特殊需求子女? 是 否

若是如此, 请通过 844-626-8687 联系托儿服务补贴部门, 以便了解特殊需求子女的服务费用付款率相关情况

听证权利：WAC 110-15-0280

如果您不同意 DCYF 的裁决，可以提出举行一次听证会的请求。请与本办事处联系，或者致函行政听证处，地址是：Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489。提出听证请求时，您必须遵循以下期限规定：

- 如果您目前享受福利待遇并希望继续享受这些福利待遇，则应于此措施生效日当天或之前，或于本处向您寄送此通知函之后 10 天内，提出听证请求；或者
- 于您接获此函之日起 90 天内提出听证请求。

您有权代表自己出席听证会，也可以请您选择的律师或其他人作您的代表。您也许能获得免费法律咨询或代理；请与某个法律服务办事处联系。

本人特此郑重声明：据我所知，我在此声明书中所提供的情况属实、正确且完整，否则愿受伪证罪处罚；而且我清楚，若蓄意伪造此情况，本人将会受到华盛顿州法律规定的处罚。

本人明白，故意做虚假陈述或不报告本人明知应该报告的信息属于犯罪。本人明白，如果本人报告本人知道的信息不正确，本人可能会被刑事起诉，被要求偿还本没有资格领取的福利，并可能失去五年领取托儿福利的资格。 (RCW 74.08.055)

申请人签名	日期	第二位家长/法定监护人签名	日期

禁止所有计划和活动中的歧视行为：不得因种族、肤色、宗教、信仰、民族、性别、年龄、婚姻状况、伤残军人或越战时期退伍军人身份或残疾而排除任何人。