



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES

Child Care Subsidy Contact Center • PO Box 11346 • Tacoma, WA 98411-9903
شماره تلفون رایگان: 844-626-8687 • فکس: 877-309-9747

تاریخ:

والدین/سرپرست

شماره پرونده

قات کنید

متقاضی محترم:

همینکه شما معلومات ذیل را ارائه کردید، ما به درخواست تان برای کمک هزینه مراقبت طفل رسیدگی نموده و واجدیت شرایط را مشخص می سازیم. معلومات ناتکمیل باعث تأخیر تأیید خدمات و پرداخت خواهد شد. لطفاً بصورت واضح تایپ یا پرینت کنید.

- درخواست CCSP (شما باید یک برنامه مراقبت از طفل را تکمیل کنید حتی اگر در یک فعالیت WorkFirst قرار داشته باشید یا از رفاه طفل ارجاع شوید).
- اثبات سه ماه گذشته درآمد خانوار (مانند سوابق پرداخت، حمایت طفل، درآمد تأمین اجتماعی، درآمد تأمین تکمیلی (SSI) و هر درآمد دیگری که توسط شخصی در خانواده شما دریافت شده است). تقسیم اوقات شغلی خود را درج کنید. نیازی به ارائه اثبات درآمد برای کمک های نقدی از دولت (TANF) نیست.
- اگر به تازگی استخدام شده و هیچ سوابق پرداخت نداشته باشید، ما با تاریخ استخدام، بیانیه ای از کارفرمای شما، چقدر می توانید (در هر ساعت، حقوق و غیره) کسب کنید و برنامه زمانی تان چه خواهد بود، خواهیم پذیرفت. اگر کارفرمای شما قادر به تأیید این معلومات نباشد، می توانیم بیانیه شفاهی یا کتبی شما را بگیریم. هنگامی که یک بیانیه شفاهی یا کتبی برای تأیید استخدام ارائه می دهید، باید ظرف 60 روز از تصویب نسخه ای از سوابق معاش خود را تهیه کنید.
- اثبات هر گونه پرداخت های حمایت طفل بر اساس حکم محکمه یا اداری که در سه ماه گذشته انجام شده است.

شما می توانید بدانید که آیا رشد طفل یا فرزند شما در جریان است یا اینکه آیا او به اندکی تمرین اضافی نیاز دارد تا برای مکتب آماده شود. برای انجام این کار، می توانید با تماس با خط تلفون صحت خانواده با شماره 1-800-322-2588 یک پرسشنامه معاینه رشد طفل را تکمیل کنید یا برای معلومات بیشتر در مورد آن، به وب سایت Parent Help 123 بروید <http://www.parenthelp123.org/child-development/help-me-grow-washington>

اطفال از حق اصلی بشر برای مصون بودن برخوردار هستند. سوءاستفاده و بی توجهی، با قرار دادن آنها در معرض خطر صدمات جسمی و عاطفی و حتی مرگ، مصونیت اطفال را تهدید می کند. اگر گمان می کنید که طفل قربانی سوءاستفاده یا بی توجهی است، با شماره رایگان DCYF توسط 1-866-END-HARM (1-866-363-4276) تماس بگیرید.



14417

درخواست CCSP

CCSP Application



نام متقاضی	شماره ای دی متقاضی	تاریخ
آدرس متقاضی (فیزیکی)	تاریخ تولد	
شهر	ایالت	کود پستی
ایمیل آدرس (انتخابی)	SSN (انتخابی)	شماره تلفون
آدرس متقاضی (در صورتیکه آدرس پستی متفاوت باشد)	تولد قومیت متقاضی	جنسیت متقاضی
شهر	ایالت	کود پستی
		مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/>

خانمانی را تجربه می‌کنند؟ بلی نخیر (مثال‌ها شامل: زندگی در یک مسافرخانه، سرپناه، آیا خانواده شما بی‌خانه موقتی، موتر، مکان عامه یا زندگی مشترک با دیگران به سبب از دست دادن خانه یا مشکلات اقتصادی.)

آیا شما والدین یا سرپرستی حقوقی هستید که در ایالت و واشنگتن در شش (6) ماه اخیر خدمات رفاه طفل دریافت کرده اید و به عنوان بخشی از برنامه پرونده تان به مراقبت طفل ارجاع شده اید؟ بلی نخیر (در صورتیکه جواب بلی باشد، لطفاً به شماره 1-844-626-8687 تماس بگیرید تا معلوم شود که آیا برای رسیدگی سریع درخواست واجد شرایط هستید یا خیر.)

اطفالی که در برابر شان شخص مسؤول در خانواده هستید

در صورتیکه جای کافی برای خانه پری نباشد، لطفاً جهت ارائه معلومات بیشتر از یک کاغذ جداگانه استفاده کنید

نام (تخلص، نام نخست، حروف اول نام وسطی)	تاریخ تولد	مذکر/مؤنث	قوم (انتخابی)	SSN (انتخابی)	شهروند یا ساکن قانونی ایالات متحده	قرابت با متقاضی
					<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
					<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
					<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
					<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	

مشخص سازی اینکه آیا شما یک خانواده با یکی از والدین یا هر دو والدین هستید - لازمی

شما: مجرد متأهل طلاق شده جدا شده متأهل که جدا زندگی می‌کنند بیوه مشارکت داخلی ثبت شده

آیا با یک همسر یا والدین/سرپرست یکی از اطفال خود هستید؟ بلی نخیر

اگر نه، فورم اظهاریه والدین واحد DCYF 27-164، را خانه پری کرده و با درخواست تان تسلیم نمایید. اگر بلی، معلومات ذیل را خانه پری کنید.

نام همسر یا والدین دیگر	تاریخ تولد	SSN (انتخابی)	قرابت با متقاضی	قرابت با اطفال فوق

در صورتیکه جای کافی برای خانه پری نباشد، لطفاً جهت ارائه معلومات بیشتر از یک کاغذ جداگانه استفاده کنید

متقاضی	همسر یا والدین/سرپرست دوم
نام کارفرما، فعالیت WORKFIRST یا مکتب	نام کارفرما، فعالیت WORKFIRST یا مکتب
آدرس (وظیفه، فعالیت WORKFIRST یا مکتب)	آدرس (وظیفه، فعالیت WORKFIRST یا مکتب)
شماره تلفون	شماره تلفون
تاریخ آغاز	تاریخ آغاز
در صورتیکه وظیفه داشته باشید، به چه تواتر معاش می‌گیرید و معاش خالص تان بصورت روزانه (قبل از مالیات به شمول شاگردانگی چند است)؟	در صورتیکه وظیفه داشته باشید، به چه تواتر معاش می‌گیرید و معاش خالص تان بصورت روزانه (قبل از مالیات به شمول شاگردانگی چند است)؟
<input type="checkbox"/> هفته وار <input type="checkbox"/> هر دو هفته	<input type="checkbox"/> هفته وار <input type="checkbox"/> هر دو هفته
<input type="checkbox"/> دو بار در ماه <input type="checkbox"/> ماهوار	<input type="checkbox"/> دو بار در ماه <input type="checkbox"/> ماهوار
آیا این کار یک کار مبتنی بر مزرعه است که شامل کشت و کار، تولید، درو یا پرورس درختان میوه یا فرآورده‌ها است. <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بلی	آیا این کار یک کار مبتنی بر مزرعه است که شامل کشت و کار، تولید، درو یا پرورس درختان میوه یا فرآورده‌ها است. <input type="checkbox"/> نخیر <input type="checkbox"/> بلی

منابع ماهانه دیگر درآمد کسب شده/کسب نشده در ازای هر عضو خانواده

(مثال ها شامل: شغل آزاد، مساعده دولتی مانند TANF، حمایت طفل، تأمین اجتماعی یا کمک هزینه های VA)

نوعیت درآمد	نام خود شخص	نام	نام	نام
کاپی ها را درج کنید (برای سه ماه اخیر)				

آیا شما حمایت طفل مبتنی بر حکم محکمه را پرداخت می کنید؟ بلی نخیر مبلغ ماهانه: \$

Barcode label



14417

منابع موجود

آیا دارایی موجود به مقدار \$1,000,000.00 یا بیشتر دارید؟ بلی نخیر
 مثال های دارایی های موجود عبارتند از: پول نقد، حساب های بانکی، رهن/کفیل، حساب های سرمایه گذاری، دارایی غیر منقول سرمایه گذاری.

برنامه زمانی فعالیت والدین/سرپرست

متقاضی	همسر یا والدین/سرپرست دوم
فعالیت (وظیفه، مکتب، فعالیت WORFIRST) ساعت را با قبل از ظهر/بعد از ظهر مشخص کنید	فعالیت (وظیفه، مکتب، فعالیت WORFIRST) ساعت را با قبل از ظهر/بعد از ظهر مشخص کنید
دوشنبه	برنامه زمانی ثان برای وظیفه، مکتب، فعالیت WORFIRST چیست؟
سه شنبه	برنامه زمانی ثان برای وظیفه، مکتب، فعالیت WORFIRST چیست؟
چهارشنبه	
پنجشنبه	
جمعه	
شنبه	
یکشنبه	

آیا یک فراهم کننده مراقبت طفل دارید؟ بلی نخیر

نام فراهم کننده مراقبت طفل:

شماره تلفون/آدرس:

شماره شناسایی سیستم پرداخت خدمات اجتماعی (SSPS):

در صورتیکه می خواهید از یک فراهم کننده دوست همسایه فامیل استفاده کنید، لطفاً با متقاضی کمک هزینه مراقبت طفل تماس

تاریخ آغاز مراقبت طفل چیست:

بگیرید: در صورتیکه معلوم باشد، از نزد فراهم کننده مراقبت طفل ثان تا فعالیت ثان (کار، مکتب و غیره) چه مدت زمان گرفت؟

والدین/سرپرست دیگر: در صورتیکه معلوم باشد، از نزد فراهم کننده مراقبت طفل ثان تا فعالیت ثان (کار، مکتب و غیره) چه مدت زمان گرفت؟

برنامه زمانی فعالیت اطفال

برای اطفال بیشتر، لطفاً جهت ارائه معلومت بیشتر از یک کاغذ جداگانه استفاده کنید.

نام های اطفال	برنامه زمانی مکتب (روزها و ساعات دقیق)	برنامه زمانی مکتب (روزها و ساعات دقیق)

آیا اطفال در سن مکتب ثان در جریان دروس مکتب و رخصتی های تابستانی نیاز به مراقبت دارند؟ بلی نخیر

آیا دارای یک طفل با نیازهای ویژه هستید؟ بلی نخیر

اگر بلی، لطفاً برای معلومات در مورد نرخ های پرداخت نیازهای ویژه توسط شماره 844-626-8687 با کمک هزینه مراقبت طفل تماس بگیرید

حقوق رسیدگی قضایی WAC 110-15-0280

در صورتیکه با تصامیم DCYF مخالف باشید، می‌توانید با تماس با این دفتر، درخواست رسیدگی قضایی کنید یا به دفتر رسیدگی‌های اداری، Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489 مکاتبه نمایید. شما باید رسیدگی قضایی را:

- در تاریخ لازم‌الاجرا شدن این اقدام یا قبل از آن یا حداکثر 10 روز پس از ارسال اطلاعیه این اقدام به شما، درخواست کنید، در صورتیکه اکنون کمک هزینه‌هایی دریافت می‌کنید و می‌خواهید ادامه یابد، یا
- در خلال 90 روز از تاریخی که این مکتوب را دریافت می‌کنید.

در رسیدگی قضایی، شما حق دارید از خود نمایندگی کنید، توسط یک وکیل یا هر شخص دیگری که انتخاب می‌کنید وکالت شوید. شما خواهید توانست با تماس با دفتر خدمات حقوقی مشاوره حقوقی یا وکالت رایگان دریافت کنید.

من تحت مجازات شهادت دروغ اعلام می‌کنم که معلومات ارائه شده توسط من در این اظهارنامه تا آنجا که می‌دانم درست، صحیح و کامل است و متوجه هستم که جعل عمدی این معلومات توسط من مشمول مجازات‌هایی خواهد شد که در قانون ایالت واشنگتن پیش بینی شده است.

من می‌دانم که اظهار نظر نادرست عمداً یا گزارش ندادن معلوماتی که می‌دانم باید گزارش شود جرم است. می‌دانم که در صورتیکه معلوماتی را که می‌دانم نادرست است اظهار کنم، تحت تعقیب کیفری قرار خواهم گرفت، ملزم به بازپرداخت کمک هزینه‌هایی خواهم شد که واجد شرایط دریافت آن نبودم و احتمالاً نخواهم توانست تا کمک هزینه‌های مراقبت طفل را به مدت پنج سال دریافت کنم. (RCW 74.08.055)

امضای متقاضی	تاریخ	امضای والدین/سرپرست حقوقی دوم	تاریخ

تبعیض در همه برنامه‌ها و فعالیت‌ها ممنوع است: هیچ‌کس نباید بر اساس نژاد، رنگ، مذهب، عقیده، منشأ ملی، جنسیت، سن، حالت مدنی، وضعیت سربازی بازنشسته معلول یا سرباز بازنشسته دوران ویتنام یا معلولیت محروم شود.