



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES

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

نېټه:

والدين/سرپرست

د دوسيې نمبر

دوسیه

بناغلیه درخواست کونکيه:

موږ به د ماشوم د پالنې د مرستې په برخه کې ستاسو غوښتنه پروسس کړو او کله مو چې لاندې معلومات چمتو کړل ستاسو د مستحقيت شرایط به مشخص کړو. ناقص معلومات ممکن ستاسو لپاره د خدماتو تأییدي او د مرستو پرداخت وځنډوي. لطفا معلومات مو په واضح ډول ټایپ او چاپ کړئ.

- د CCSP درخواست (تاسو باید د ماشوم د پالنې درخواست بشپړ کړئ، حتی که تاسو په WorkFirst فعالیت کې برخه لرئ او یا د ماشوم د هوساینې (Child Welfare) له خوا راجع شوي یاست).
- د کورنۍ د تېرو 3 میاشتو د عوایدو ثبوت (لکه د معاش رسېدونه، د ماشوم مرستې، د ټولنیز امنیت درآمد، د امنیت کمکي درآمد (SSI)، او یا نور هغه عواید چې ستاسو د کورنۍ غړيو تر لاسه کړي دي). خپل د دندې پیدا کولو مهالوېش هم ورسره ضمیمه کړئ. تاسو اړتیا نه لرئ چې د ایالتی نقدي مرستو (TANF) له لارې د عوایدو ثبوت وړاندې کړئ.
- که چېرې نوي په دنده شوي یاست او د معاشاتو رسېدونه نه لرئ، نو موږ کولی شو چې ستاسو د گومارونکي له خوا یو لیک هم ومانو چې په هغې کې ستاسو د دندې د پیل نېټه، ستاسو مزد (ساعتوار، میاشتني معاش، نور)، او ستاسو د دندې مهالوېش ذکر شوي وي. که چېرې ستاسو گومارونکي و نه شي کولی چې دا معلومات تأیید او چمتو کړي، نو موږ به ستاسو څخه په لیکلې یا شفاهي بڼه اظهارات واخلو. کله مو چې د دندې د تأییدي لپاره په شفاهي یا لیکلې ډول اظهارات وړاندې کړل، باید له تأییدي وروسته په 60 ورځو کې خپل د معاشاتو رسېدونه موږ ته چمتو کړئ.
- په تېرو دريو میاشتو کې د هر ډول محکمې یا ادارې له خوا ستاسو د ماشوم لپاره د چمتو شویو تادیاتو ثبوت.

که چېرې ستاسو د ماشوم وده نورماله وي او یا هم ښوونځي ته د چمتووالي لپاره یو څه اضافي ملاتړ ته اړتیا ولري نو تاسو به خبر شئ. د دې کار د ترسره کولو لپاره کولی شئ د Family Health مرستندويي شمېرې ته په 1-800-322-2588 شمېره زنگ ووهئ او د ماشوم د نموي معایناتو په هکله وریا پوښتنې پکې کړئ، او د نورو معلوماتو لپاره د Parent Help 123 وېبسایټ <http://www.parenthelp123.org/child-development/help-me-grow-washington> ته مراجعه وکړئ.

ماشومان د خونديتوب لپاره اساسي بشري حقونه لري. ناوړه استفاده او بی غوري کول د ماشوم خونديتوب ته گواښ پېښوي او هغوی له فزیکي او عاطفي زیانونو، حتی له مرگ سره مخ کولی شي. که چېرې فکر کوئ کوم ماشوم د ناوړه استفادې یا بی غوري قرباني کېږي، نو د DCYF وریا شمېرې ته په 1-866-363-4276 (1-866-END-HARM) زنگ ووهئ.



14417



د درخواست کونکي نوم	د مشتري اېډي نمبر:	نېټه
د درخواست کونکي ادرس (فزيکي)	د زيربډنې نېټه	
ښار	ایالت	ZIP کود
د درخواست کونکي ادرس (که چېرې د پوست له ادرس څخه توپير لري)	SSN (اختياري)	د تلفون شمېره
ښار	ایالت	ZIP کود
	د درخواست کونکي قوميت	د درخواست کونکي جنسيت <input type="checkbox"/> نارينه <input type="checkbox"/> ښځينه

آيا ستاسو کورنۍ له بېکوري سره مخ ده؟  هو  نه (مثلا: په هوتل، پناه خونو، انتقالي کور، موټر، عامو سيمو، يا له نورو سره د بېکوري يا اقتصادي ستونزو له امله ژوند کول).

آيا تاسو داسې والدين يا سرپرست ياست چې په (6) مياشتو کې مو له واشينګټن ايالت څخه د ماشوم د هوساينې خدمات تر لاسه کړي وي او د خپلې دوسې د پلان په توګه د ماشوم د پالنې څانګې ته راجع شوي ياست؟  هو  نه (که چېرې مو ځواب هو وي، لطفا شمېرې 1-844-626-8687 ته زنگ ووهئ ترڅو معلومه کړئ چې آيا د درخواست ګړندی پروسې ته په شرايطو برابر ياست او که نه.)

## هغه ماشومان چې په کورنۍ کې ستاسو سره ژوند کوي او تاسو يې په هکله مسؤل ياست

که چېرې د لاندې برخو د ډکولو لپاره کافي فضا نه وه موجوده، لطفا د اضافي معلوماتو د وړاندې کولو لپاره له يوې جلا پاڼې څخه استفاده وکړئ

نوم (تخلص، اصلي نوم، منځنی نوم)	د زيربډنې نېټه	نارينه/ښځينه	قوميت (اختياري)	SSN (اختياري)	د متحده ايالاتو اوسېدونکی يا قانوني استوګن	له درخواست کونکي سره اړيکه
					<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	
					<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	
					<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	
					<input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	

## د دې معلومول چې آيا ستاسو کورنۍ د يوه والد يا دواړو والدينو کورنۍ ده - اړين

ستاسو لپاره کوم مورد صدق کوي:  مجرد  متأهل  طلاق شوی  جلا شوی  متاهل خو جلا ژوند لرل  کوند/کونده راجستر شوی داخلي مشارکت

آيا تاسو د خپل ژوند له شريک يا د خپل ماشوم له کوم بل والد/پالونکي سره ژوند کوئ؟  هو  نه

که چېرې مو ځواب نه وي، نو د يوه والد د اظهاراتو فورمه، DCYF 27-164 ډکه کړئ او له خپل درخواست سره يو ځای يې مور ته تسليم کړئ.

که چېرې مو ځواب هو وي، لاندې معلومات بشپړ کړئ.

د ژوند د شريک يا د بل والد نوم	د زيربډنې نېټه	SSN (اختياري)	له درخواست کونکي سره اړيکه	له پورتنی ماشوم سره اړيکه

که چېرې د لاندې برخو د ډکولو لپاره کافي فضا نه وه موجوده، لطفا د اضافي معلوماتو د وړاندې کولو لپاره له يوې جلا پاڼې څخه استفاده وکړئ

د درخواست کونکي	د ژوند شريک يا دوهم والد/پالونکي
د ګومارونکي، د دندې د فعاليت، يا ښوونځي نوم	د ګومارونکي، د دندې د فعاليت، يا ښوونځي نوم
درس (ګومارونکي، د دندې فعاليت، يا ښوونځي)	درس (ګومارونکي، د دندې فعاليت، يا ښوونځي)
د تلفون شمېره	د پيل نېټه
د تلفون شمېره	د پيل نېټه
که چېرې دنده لري، تاسو ته څو ځله معاش تاديه کېږي او هر ځل څومره ناخالص مزد اخلي (مخکې له مالياتو، د بخششې په شمول)؟	که چېرې دنده لري، تاسو ته څو ځله معاش تاديه کېږي او هر ځل څومره ناخالص مزد اخلي (مخکې له مالياتو، د بخششې په شمول)؟
<input type="checkbox"/> په اونۍ کې يو ځل <input type="checkbox"/> په دوو اونيو کې يو ځل	<input type="checkbox"/> په اونۍ کې يو ځل <input type="checkbox"/> په دوو اونيو کې يو ځل
<input type="checkbox"/> په مياشت کې ده ځله <input type="checkbox"/> په مياشت کې يو ځل	<input type="checkbox"/> په مياشت کې ده ځله <input type="checkbox"/> په مياشت کې يو ځل
آيا دا کار له کرهڼې سره اړونده کار دی او که نه، مثلا پيوند، توليد، د حاصلاتو راټولو او يا د مېوو د ونو يا غلو پروسېس. <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه	آيا دا کار له کرهڼې سره اړونده کار دی او که نه، مثلا پيوند، توليد، د حاصلاتو راټولو او يا د مېوو د ونو يا غلو پروسېس. <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه

**د کورنی د ټولو غړو د ترلاسه شوي/ناترلاسه شوي عاید نوري میاشتنی سرچینې**

(د بېلګې په ډول: شخصي کار، عامه مرستې لکه TANF، د ماشوم ملاتړ، ټولنیز امنیت یا د VA امتیازات)

د عاید ډول	نوم	نوم	نوم	نوم
کاپي کاني هم شاملې کړئ (د تېرو دريو مياشتو لپاره)	خپل			

آیا تاسو د محکمې د حکم په اساس د ماشوم لپاره تادیات ترسره کوئ؟  هو  نه میاشتنی مقدار: \$

Barcode label	 14417
---------------	--

**موجودې سرچینې**

آیا تاسو د \$1,000,000.00 یا له دې څخه په ډېر ارزښت موجوده شتمني لرئ؟  هو  نه  
د موجودو سرچینو بېلګې دا دي: نغدي پیسې، بانکي حسابونه، اسهام/اریکي، د پانګونې حسابونه، د جایداد په برخه کې پانګونه.

**د والدینو/سرپرستانو لپاره د فعالیت مهالوېش**

درخواست کونکي	د ژوند شریک یا دوهم والد/سرپرست
فعالیت (دنده، ښوونځی، کاري فعالیت) وخت په A.M. او P.M. سره مشخص کړئ	فعالیت (دنده، ښوونځی، کاري فعالیت) وخت په A.M. او P.M. سره مشخص کړئ
د دندې، ښوونځي، کاري فعالیت لپاره ستاسو مهالوېش څه دی؟	د دندې، ښوونځي، کاري فعالیت لپاره ستاسو مهالوېش څه دی؟
دوشنبه	
سه شنبه	
چهارشنبه	
پنجشنبه	
جمعه	
شنبه	
یکشنبه	

آیا د ماشومانو لپاره د مراقبت چمتو کونکی لرئ؟  هو  نه د ماشومانو لپاره د مراقبت د چمتو کونکي نوم:  
د تلفون شمېره/آدرس:

د ټولنيزو خدماتو د تاديواتو د سيستم (SSPS) تشخيصيه نمبر:

که چېرې غواړئ د کورنی د دوستانو او ګاونډانو څخه چمتو کونکی ولرئ، نو لطفاً د ماشوم د پالنې لپاره د مرستو له خدماتو سره اړیکه ونیسئ  
د ماشوم د مراقبتونو د پیل نېټه کومه ده:

درخواست کونکي: که چېرې معلومه وي، د ماشوم د مراقبتونو د چمتو کونکي له ځای څخه مو د فعالیت تر ځایه (کار، ښوونځی، نور) په څومره وخت کې رسېږئ؟

نور والدین/سرپرست: که چېرې معلومه وي، د ماشوم د مراقبتونو د چمتو کونکي له ځای څخه مو د فعالیت تر ځایه (کار، ښوونځی، نور) په څومره وخت کې رسېږئ؟

**د ماشومانو د فعالیت مهالوېش**

د اضافي ماشومانو لپاره، یوه اضافي پاڼه ضمیمه کړئ او د هغوی معلومات پکې درج کړئ

د ماشومانو نومونه	د ښوونځي وخت (دقیقي ورځې او وختونه)	د ماشوم د ملاقات مهالوېش (دقیقي ورځې او وختونه)

آیا ستاسو د ښوونځي د عمر ماشوم د ښوونځي په جریان یا د اورې د رخصتو په منځ کې مراقبت ته اړتیا لري؟  هو  نه

آیا داسې ماشوم لرئ چې خانګرې اړتیاوې ولري؟  هو  نه

که چېرې مو ځواب هو وي، نو لطفاً د خانګرو اړتیاوو د تادیاتو د مقدار په هکله د نورو معلوماتو لپاره په 844-626-8687 شمېره د ماشوم د مراقبت د مرستو له پروګرام سره اړیکه ونیسئ.

استماعي حقونه WAC 110-15-0280

که چېرې د DCYF له پرېکړې څخه راضي نه یاست، کولی شئ له  
Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489  
آدرس سره د اړیکې نیولو له لارې د استماعي غوښتنه  
وکړئ. د استماعي غوښتنې د وخت لپاره دا موارد په پام کې ونیسئ:

- که چېرې اوس امتیازات ترلاسه کوئ او غواړئ نور هم دوام ورکړئ، نو د استماعي لپاره باید د دې کړنې په نېټه یا له هغې څخه مخکې غوښتنه ورکړئ، او یا هم د دې خبرتیا له لېږلو څخه تر 10 ورځو پورې خپل درخواست ثبت کړئ یا
- د دې لیک د ترلاسه کولو له نېټې څخه تر 90 ورځو پورې.

په استماعي غونډه کې حق لرئ چې د ځان استازولي وکړئ، یا د ځان لپاره بل کس د استازي یا وکیل په توګه وګومارئ. کولی شئ د حقوقي خدماتو له یوه دفتر سره د اړیکې نیولو له لارې د استازولۍ په هکله وریا حقوقي مشوره ترلاسه کړئ.

زه د دروغو شهادت د سزا په منلو سره څرګندوم چې زما له خوا وړاندې شوي معلومات نظر زما بشپړې پوهې ته سم، دقیق او مکمل دي او لکه څنګه چې د واشېنگټن ایالت په قوانینو کې یادونه شوې، پوهېږم چې په عمدي ډول د غلطو معلوماتو وړاندې کول ممکن زما لپاره جرمه یا سزا ولري.

زه پوهېږم چې په عمدي ډول د غلطو اظهاراتو وړاندې کول یا د کافي معلوماتو نه څرګندول جرم دی. زه پوهېږم چې کې چېرې ناسم معلومات وړاندې کړم نو کېدی شي تر جرمې تعقیب لاندې راشم، یا اړ شم چې هغه ترلاسه شوي امتیازات بېرته تادیه کړم چې مستحق یې نه وم، او احتمالاً د ماشوم د ملاتړ امتیازات به هم د پینځو کلونو لپاره له لاسه ورکړم. (RCW 74.08.055)

د درخواست کوونکي لاسلیک	نېټه	د دوهم والد/حقوقي سرپرست لاسلیک	نېټه
-------------------------	------	---------------------------------	------

په ټولو پروګرامونو او فعالیتونو کې تبعیض منعه دی: هېڅوک باید د نژاد، رنګ، دین، عقیده، ملیت، جنسیت، سن، مدني حالت، د سرباز معلولیت، یا د ویتنام په جګړه کې د ګډون یا معلولیت له امله له دې پروګرام څخه محروم نه شي.