



STATE OF WASHINGTON  
**DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES**

Child Care Subsidy Contact Center • PO Box 11346 • Tacoma, WA 98411-9903  
Бесплатный телефонный номер: 844-626-8687 • Факс: 877-309-9747

Дата: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
РОДИТЕЛЬ / ОПЕКУН

\_\_\_\_\_  
НОМЕР ДЕЛА

\_\_\_\_\_  
ЛИНИЯ СГИБА

Уважаемый заявитель!

**Мы рассмотрим вашу заявку на субсидию по уходу за ребенком и определим, имеете ли вы право на нее, после получения от вас следующей информации. Неполные сведения могут привести к задержке утверждения услуг и выплат. Печатайте или разборчиво пишите от руки печатными буквами.**

- Заявление на получение субсидии по уходу за ребенком CCSP (вам необходимо заполнить заявление на получение услуг ухода за ребенком, даже если вы участвуете в мероприятиях программы WorkFirst или получили направление от агентства по охране благополучия детей (Child Welfare)).
- Подтверждение размера всех видов дохода, полученного вашим домохозяйством за последние три месяца (например, квитанции о начислении зарплаты, свидетельства о выплате алиментов на содержание детей, пособия по социальному обеспечению (Social Security Income), дополнительное пособие по социальному обеспечению (Supplemental Security Income, SSI) и все другие виды дохода, полученные всеми членами вашей семьи). Приложите свой график работы. Вам не требуется предоставлять удостоверение дохода от денежных пособий из фондов штата (TANF)
- Если вы устроились на работу недавно и у вас нет квитанций о начислении зарплаты, мы примем заявление от вашего работодателя с указанием даты вашего трудоустройства, размера вашего заработка (почасовая оплата, оклад и т. д.) и вашего будущего графика работы. Если ваш работодатель не может подтвердить эту информацию, мы можем принять ваше устное или письменное заявление. Если вы предоставляете устное или письменное заявление для подтверждения занятости, то в течение 60 дней после утверждения вашей заявки вы должны предоставить копии квитанций о начислении зарплаты.
- Подтверждение платежей алиментов на содержание детей по распоряжению суда или административному распоряжению.

Вы можете узнать, развивается ли ваш ребенок надлежащим образом, либо ему необходима дополнительная помощь для подготовки к школе. Для этого пройдите опрос о развитии ребенка, позвонив на «горячую линию» по вопросам здоровья семьи Family Health Hotline по телефону 1-800-322-2588, или же посетите веб-сайт Parent Help 123 по адресу <http://www.parenthelp123.org/child-development/help-me-grow-washington>, чтобы узнать об этом больше.

Все дети имеют основное право человека — право на безопасность. Жестокое и безответственное отношение к детям может привести к физическим и психологическим травмам, и даже к смерти. Если вы подозреваете, что тот или иной ребенок страдает от жестокого или безответственного отношения, позвоните в DCYF по бесплатному телефону 1-866-END-HARM (1-866-363-4276).



14417



**Заявление на участие в программе CCSP**  
**CCSP Application**

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ			ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА		ДАТА
АДРЕС ЗАЯВИТЕЛЯ (физический)				ДАТА РОЖДЕНИЯ	
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ (по желанию)	
АДРЕС ЗАЯВИТЕЛЯ (почтовый, если отличается от физического)			НОМЕР В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ SSN (ПО ЖЕЛАНИЮ)		НОМЕР ТЕЛЕФОНА
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		ЭТНИЧЕСКАЯ И РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	ПОЛ ЗАЯВИТЕЛЯ <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский

Сталкивается ли ваша семья с проблемой бездомности?  Да  Нет (Примеры: проживание в мотеле, приюте, временном жилье, машине, общественном месте, или подселение к другим людям из-за потери жилья или финансовых трудностей).  
Являетесь ли вы родителем или законным опекуном, который получал услуги по социальному обеспечению детей в штате Вашингтон в течение последних шести (6) месяцев и получил направление на услуги ухода за ребенком в рамках плана ухода за ребенком?  Да  Нет (Если вы ответили «да», позвоните по телефону 1-844-626-8687, чтобы узнать, имеете ли вы право на ускоренную обработку заявления).

**Проживающие с вами дети, за которых вы отвечаете**

Если вам не хватает места для заполнения данных, пожалуйста, воспользуйтесь отдельным листом бумаги для предоставления дополнительной информации

ИМЯ (ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ИНИЦИАЛ ВТОРОГО ИМЕНИ)	ДАТА РОЖДЕНИЯ	МУЖЧИНА / ЖЕНЩИНА	ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (ПО ЖЕЛАНИЮ)	НОМЕР В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ SSN (ПО ЖЕЛАНИЮ)	ГРАЖДАНИН США ИЛИ ЛИЦО, ЗАКОННО ПРОЖИВАЮЩЕЕ В США	КЕМ ПРИХОДИТСЯ ЗАЯВИТЕЛЮ
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

**Определение того, являетесь ли вы семьей с одним или двумя родителями — обязательно**

Вы:  Холост/не замужем  Женат/замужем  Разведен (-а)  Разлучен (-а) с супругой (-ом) с сохранением брака (Separated)  
 Состою в браке с раздельным проживанием  Вдова/вдовец  
 Состою в официально зарегистрированном гражданском браке (Registered Domestic Partnership)

Живете ли вы с супругом или другим родителем / опекуном любого из ваших детей?  Да  Нет

Если нет, заполните [форму декларации для родителя-одиночки \(Single Parent Declaration form\), DCYF 27-164](#) и подайте ее вместе с заявлением. Если да, то предоставьте информацию ниже.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ СУПРУГА (-И) ИЛИ ДРУГОГО РОДИТЕЛЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ SSN (ПО ЖЕЛАНИЮ)	КЕМ ПРИХОДИТСЯ ЗАЯВИТЕЛЮ	СТЕПЕНЬ РОДСТВА С УКАЗАННЫМИ ВЫШЕ ДЕТЬМИ

Если вам не хватает места для заполнения данных, пожалуйста, воспользуйтесь отдельным листом бумаги для предоставления дополнительной информации

Заявитель	Супруг (-а) или второй родитель / опекун
НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST ИЛИ УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ	НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST ИЛИ УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ
АДРЕС (МЕСТО РАБОТЫ, МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПРОГРАММЫ WORKFIRST ИЛИ УЧЕБЫ)	АДРЕС (МЕСТО РАБОТЫ, МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПРОГРАММЫ WORKFIRST ИЛИ УЧЕБЫ)
НОМЕР ТЕЛЕФОНА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
ДАТА НАЧАЛА	ДАТА НАЧАЛА
ЕСЛИ ВЫ РАБОТАЕТЕ, ТО КАКОВЫ ПЕРИОДИЧНОСТЬ И РАЗМЕР ВАШЕЙ ЗАРПЛАТЫ БРУТТО ЗА КАЖДЫЙ ПЛАТЕЖНЫЙ ПЕРИОД (ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ, С УЧЕТОМ ЧАЕВЫХ)? <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> Дважды в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно \$	ЕСЛИ ВЫ РАБОТАЕТЕ, ТО КАКОВЫ ПЕРИОДИЧНОСТЬ И РАЗМЕР ВАШЕЙ ЗАРПЛАТЫ БРУТТО ЗА КАЖДЫЙ ПЛАТЕЖНЫЙ ПЕРИОД (ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ, С УЧЕТОМ ЧАЕВЫХ)? <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> Дважды в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно \$
Является ли эта работа работой на ферме, включая выращивание, производство, сбор или переработку плодовых деревьев или зерновых культур. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Является ли эта работа работой на ферме, включая выращивание, производство, сбор или переработку плодовых деревьев или зерновых культур. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

## Другие источники ежемесячного активного и пассивного дохода для всех членов семьи

(Примеры: индивидуальная предпринимательская деятельность, государственная помощь, такая как TANF, алименты на содержание ребенка, пособия по социальному обеспечению или от Администрации по делам ветеранов)

Тип дохода Приложите копии соответствующих документов (за последние три месяца):	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЬ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ

Выплачиваете ли вы алименты по решению суда?  Да  Нет Ежемесячная сумма: \$

Barcode label



14417

## Имеющиеся ресурсы

Есть ли у вас свободные активы стоимостью \$1 000 000,00 или более?  Да  Нет

Примерами имеющихся активов являются: наличные деньги, банковские счета, акции/облигации, инвестиционные счета, инвестиционная недвижимость.

## Расписание мероприятия родителя /опекуна

ЗАЯВИТЕЛЬ		СУПРУГ (-А) ИЛИ ВТОРОЙ РОДИТЕЛЬ / ОПЕКУН	
ВИД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (РАБОТА, УЧЕБА, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST); УКАЖИТЕ ВРЕМЯ В ФОРМАТЕ А.М./ Р.М. (А.М. — ДО ПОЛУДНЯ / Р.М. — ПОСЛЕ ПОЛУДНЯ)		ВИД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (РАБОТА, УЧЕБА, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST); УКАЖИТЕ ВРЕМЯ В ФОРМАТЕ А.М./ Р.М. (А.М. — ДО ПОЛУДНЯ / Р.М. — ПОСЛЕ ПОЛУДНЯ)	
Понедельник	КАКОВ ВАШ ГРАФИК РАБОТЫ, УЧЕБЫ, МЕРОПРИЯТИЙ ПРОГРАММЫ WORKFIRST?	КАКОВ ВАШ ГРАФИК РАБОТЫ, УЧЕБЫ, МЕРОПРИЯТИЙ ПРОГРАММЫ WORKFIRST?	
Вторник			
Среда			
Четверг			
Пятница			
Суббота			
Воскресенье			

Есть ли у вас поставщик услуг по уходу за детьми?  Да  Нет Имя поставщика услуг по уходу за детьми:

Номер телефона/адрес:

Ваш номер в платёжной системе социального обслуживания (SSPS):

**Если вы хотите воспользоваться услугами поставщиков из числа членов семьи, друзей или соседей (Family Friend Neighbor Provider), свяжитесь с сотрудником программы субсидий по уходу за детьми (Child Care Subsidy).**

Дата начала оказания ухода за ребенком:

**Заявитель:** Если вам это известно: сколько времени занимают поездки от вашего поставщика услуг по уходу за ребенком до места осуществления вашей основной деятельности (работы, учебы и т. д.)?

**Второй родитель / опекун:** Если вам это известно: сколько времени занимают поездки от вашего поставщика услуг по уходу за ребенком до места осуществления вашей основной деятельности (работы, учебы и т. д.)?

## Расписания занятий детей

Приложите дополнительный лист бумаги с информацией о детях, если их несколько.

ИМЕНА И ФАМИЛИИ ДЕТЕЙ	РАСПИСАНИЕ ЗАНЯТИЙ В ШКОЛЕ (С УКАЗАНИЕМ ТОЧНЫХ ДНЕЙ И ВРЕМЕНИ)	РАСПИСАНИЕ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ (С УКАЗАНИЕМ ТОЧНЫХ ДНЕЙ И ВРЕМЕНИ)

Понадобится ли вашим детям школьного возраста уход во время учебы и летних каникул?  Да  Нет

Есть ли у вас ребенок с особыми потребностями?  Да  Нет

**Если да, то свяжитесь, пожалуйста, с сотрудником программы субсидий по уходу за ребенком (Child Care Subsidy) и попросите предоставить вам сведения о тарифах оплаты ухода за детьми с особыми нуждами, по телефону 844-626-8687**

**Права на проведение административного слушания согласно WAC 110-15-0280**

Если вы не согласны с решениями DCYF, вы имеете право обратиться с запросом о проведении слушания, связавшись с нашим отделением или написав в Отдел административных слушаний по адресу: Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. Вы должны запросить о проведении слушания:

- Не позднее даты вступления в силу соответствующего решения или не позднее 10 дней с даты отправки вам уведомления об этом решении, ЕСЛИ в настоящее время вы получаете льготы и хотите продлить их действие, или
- В течение 90 дней с даты получения этого письма.

На слушаниях у вас есть право представлять свои интересы лично, передать это право адвокату или любому другому лицу по своему усмотрению. У вас может быть право на получение бесплатной юридической консультации или представление ваших интересов, если вы обратитесь в отделение юридических услуг.

**Под страхом обвинений в лжесвидетельстве я заявляю, что информация, предоставленная мной в настоящей декларации, является достоверной, правильной и полной насколько мне это известно, а также, что мне известно о том, что преднамеренная фальсификация мной этой информации может стать причиной применения ко мне штрафных санкций в соответствии с законодательством штата Вашингтон.**

**Я понимаю, что преднамеренное предоставление ложных утверждений или умалчивание информации, которую я, насколько это мне известно, должен (-на) сообщить, является преступлением. Я понимаю, что если я сообщу заведомо неверную информацию, меня могут привлечь к уголовной ответственности, обязать выплатить пособия, на которые я не имел (-а) права, и, возможно, лишит возможности получать пособия по уходу за ребенком в течение пяти лет. (RCW 74.08.055)**

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА	ПОДПИСЬ ВТОРОГО РОДИТЕЛЯ / ОФИЦИАЛЬНОГО ОПЕКУНА	ДАТА
-------------------	------	---	------

**В процессе реализации любых программ и мероприятий не допускается дискриминация: Никому не может быть отказано в получении услуг или льгот на основании расовой принадлежности, цвета кожи, религии, вероисповедания, национального происхождения, пола, возраста, семейного положения, статуса ветерана с инвалидностью или статуса ветерана войны во Вьетнаме, а также по причине наличия инвалидности.**