



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES
CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

家长姓名与地址

个案号码

日期

请沿此线折叠

CCSP托儿服务重新申请
CCSP Child Care Reapplication

您的托儿服务补贴计划(CCSP)资格将于_____结束。您必须在_____之前联系本部门，以重新申请。华盛顿州行政法规WAC 110-15-0109。

您可以致电(844) 626-8687，或者填写随附CCSP重新申请表格(DCYF 14-430)并寄回，以进行重新申请。您可以在www.washingtonconnection.org进行重新申请。

若您选择寄还上述表格，请务必阅读并签署声明部分，以确认全部情况均属实且正确。您可用随函附寄的信封将此表格寄还；也可以采用传真方式提交此表格，传真号码是1-877-309-9747。提交证明您最近三个月家庭收入的凭据。例如工资单存根、证实您每月工作小时数和总收入金额的薪资声明书、儿童抚养费付款、批准公函或者月结算单等。

我们还需要了解您的时间安排或提供者是否改变。

如果您未于_____之前重新申请，您的托儿补贴将于_____结束，且您的服务提供者将无法再从DCYF获得付款。

报告变动

致电：1-844-626-8687；传真：1-877-309-9747（在每页上标明您的客户ID）；或
www.washingtonconnection.org



CCSP重新申请
CCSP Reapplication

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)	社保号 (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住。)

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)	社保号 (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	社保号 (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)?	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 \$	<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?	请问您的工作、学校、WORKFIRST活动时间安排?
周二		
周三		
周四		
周五		
周六		
周日		

您是否有托儿服务提供者? 是 否

托儿服务提供者的名称:

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的决定，可以提出举行听证会。请与本办事处联系，或者致函至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。