



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

माता-पिता का नाम और पता

केस नंबर

तिथि

मोडें

CCSP बाल देखभाल पुनः आवेदन
CCSP Child Care Reapplication

आपकी बाल देखभाल सहायिकी कार्यक्रम (CCSP) पात्रता समाप्त हो जाएगी _____. आपको पुनः आवेदन करने के लिए विभाग से _____ तक संपर्क करना होगा. WAC 110-15-0109.

आप हमें (844) 626-8687 पर कॉल करके या संलग्न CCSP पुनः आवेदन फॉर्म (DCYF 14-430) को पूरा करके और वापस करके पुनः आवेदन कर सकते हैं। आप www.washingtonconnection.org यहाँ भी पुनः आवेदन कर सकते हैं.

यदि आप फॉर्म वापस करते हैं, तो फॉर्म पर सभी जानकारी सत्य और सही होने की घोषणा करते हुए बयान को पढ़ना और हस्ताक्षर करना सुनिश्चित करें। फॉर्म संलग्न लिफाफे में लौटाया जा सकता है या आप इसे 1-877-309-9747 पर फैंक्स कर सकते हैं। पिछले तीन महीनों के लिए आपके परिवार को प्राप्त किसी भी आय का प्रमाण प्रदान करें। उदाहरण हैं मजदूरी प्रपत्र, आपके वर्तमान कुल मासिक घंटों और सकल आय को दर्शाने वाले आय विवरण, बाल सहायता भुगतान, अनुमोदन पत्र या मासिक विवरण।

हमें यह भी जानना होगा कि क्या आपका कार्यक्रम या प्रदाता बदल गया है।

यदि आप _____ तक पुनः आवेदन नहीं करते हैं, आपके बाल देखभाल के लाभ _____ पर समाप्त हो जाएंगे और आपका प्रदाता अब DCYF से भुगतान प्राप्त नहीं करेगा।

परिवर्तन रिपोर्ट करें

कॉल करें: 1-844-626-8687; फैंक्स: 1-877-309-9747 (प्रत्येक पृष्ठ पर अपनी क्लाइंट आईडी के साथ); या

www.washingtonconnection.org



CCSP पुनः आवेदन CCSP Reapplication

आवेदक का नाम	क्लायंट आइडी संख्या	तिथि
आवेदक का पता (भौतिक)	जन्मतिथि	
शहर राज्य ज़िप कोड	ईमेल पता (वैकल्पिक)	
आवेदक का पता (मेलिंग यदि अलग है)	SSN (वैकल्पिक)	टेलीफोन नंबर
शहर राज्य ज़िप कोड	आवेदक की जातीयता वंश	आवेदक का लिंग <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री
<p>क्या आपका परिवार बेघर होने का अनुभव कर रहा है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं (उदाहरणों में शामिल हैं: मोटल, आश्रय, संक्रमणकालीन आवास, कार, सार्वजनिक स्थान में रहना, या आवास या आर्थिक कठिनाई के नुकसान के कारण दूसरों के साथ रहना।)</p> <p>क्या आप एक माता-पिता या कानूनी अभिभावक हैं जिन्होंने पिछले छह (6) महीनों में वाशिंगटन राज्य में बाल कल्याण सेवाएं प्राप्त की हैं और जिनको आपकी केस प्लान के हिस्से के रूप में बाल देखभाल के लिए संदर्भित किया गया है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं (यदि आप हाँ में उत्तर देते हैं, तो कृपया 1-844-626-8687 पर कॉल करें यह देखने के लिए कि क्या आप त्वरित आवेदन प्रक्रिया के लिए अर्हता प्राप्त करते हैं।)</p>		

बच्चे जिनके लिए आप घर में रहने के लिए जिम्मेदार हैं

यदि आपके पास पूरा करने के लिए पर्याप्त जगह नहीं है, तो कृपया अतिरिक्त जानकारी देने के लिए कागज के एक अलग टुकड़े का उपयोग करें

नाम (कुलनाम, प्रथम नाम, मध्य नाम, प्रथमाक्षर)	जन्मतिथि	पुरुष/ स्त्री	जातीयता (वैकल्पिक)	SSN (वैकल्पिक)	अमेरिकी नागरिक या कानूनी निवासी	आवेदक के साथ संबंध
					<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	
					<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	
					<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	
					<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	

यह निर्धारित करना कि क्या आप एकल या दो-माता-पिता परिवार हैं - आवश्यक

आप: एकल विवाहित तलाकशुदा अलग हुए विवाहित, किंतु अलग रहने वाले विधवा हैं पंजीकृत घरेलू साझेदारी

क्या आप पति या पत्नी या अपने किसी बच्चे के किसी अन्य माता-पिता / अभिभावक के साथ रहते हैं? हाँ नहीं

यदि नहीं, तो एकल माता-पिता घोषणा प्रपत्र पूरा करें, DCYF 27-164, और अपने आवेदन के साथ जमा करें। यदि हाँ हो, तो नीचे दी गई जानकारी पूरी करें।

पति या पत्नी या अन्य माता-पिता का नाम	जन्मतिथि	SSN (वैकल्पिक)	आवेदक के साथ संबंध	उपरोक्त बच्चों के साथ संबंध

यदि आपके पास पूरा करने के लिए पर्याप्त जगह नहीं है, तो कृपया अतिरिक्त जानकारी देने के लिए कागज के एक अलग टुकड़े का उपयोग करें

आवेदक	पति या पत्नी या दूसरे माता-पिता / अभिभावक
नियोक्ता का नाम, वर्कफर्स्ट गतिविधि, या स्कूल	नियोक्ता का नाम, वर्कफर्स्ट गतिविधि, या स्कूल
पता (रोजगार, वर्कफर्स्ट गतिविधि, या स्कूल)	पता (रोजगार, वर्कफर्स्ट गतिविधि, या स्कूल)
टेलीफोन नंबर	शुरुआत की तिथि
टेलीफोन नंबर	शुरुआत की तिथि
यदि आप कार्यरत हैं, तो आपको कितनी बार भुगतान किया जाता है और प्रति वेतन अवधि में आपका सकल वेतन (करों से पहले, युक्तियां शामिल करें)?	यदि आप कार्यरत हैं, तो आपको कितनी बार भुगतान किया जाता है और प्रति वेतन अवधि में आपका सकल वेतन (करों से पहले, युक्तियां शामिल करें)?
<input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> हर दो सप्ताह में	<input type="checkbox"/> साप्ताहिक <input type="checkbox"/> हर दो सप्ताह में
<input type="checkbox"/> महीने में दो बार <input type="checkbox"/> मासिक \$	<input type="checkbox"/> महीने में दो बार <input type="checkbox"/> मासिक \$


<p>क्या यह काम खेत आधारित रोजगार है जिसमें फलों के पेड़ों या फसलों की खेती, उत्पादन, कटाई या प्रसंस्करण शामिल है।</p> <p><input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं</p>	<p>क्या यह काम खेत आधारित रोजगार है जिसमें फलों के पेड़ों या फसलों की खेती, उत्पादन, कटाई या प्रसंस्करण शामिल है।</p> <p><input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं</p>
--	--

परिवार के सभी सदस्यों के लिए अर्जित / अनर्जित आय के अन्य मासिक स्रोत

(उदाहरणों में शामिल हैं: स्व-रोजगार, सार्वजनिक सहायता जैसे TANF, बाल सहायता, सामाजिक सुरक्षा या VA लाभ)

आय प्रकार	नाम	नाम	नाम	नाम
प्रतियां शामिल करें (पिछले तीन महीनों के लिए)	स्वयं			

क्या आप कोर्ट ने बाल सहायता का आदेश दिया हुआ भुगतान करते हैं? हाँ नहीं मासिक राशि: \$

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

उपलब्ध संसाधन

क्या आपके पास \$ 1,000,000.00 या उससे अधिक मूल्य की परिसंपत्तियां हैं? हाँ नहीं

उपलब्ध परिसंपत्तियों के उदाहरण हैं: नकद, बैंक खाते, स्टॉक / बॉन्ड, निवेश खाते, निवेश अचल संपत्ति।

माता-पिता / अभिभावक की गतिविधि कार्यक्रम

आवेदक	पति या पत्नी या दूसरे माता-पिता / अभिभावक																								
गतिविधि (रोजगार, स्कूल, वर्कफर्स्ट गतिविधि) सुबह / शाम का समय इंगित करें।	गतिविधि (रोजगार, स्कूल, वर्कफर्स्ट गतिविधि) सुबह / शाम का समय इंगित करें।																								
<table border="1"> <tr> <th>सोमवार</th> <th>रोजगार के लिए आपका कार्यक्रम क्या है, स्कूल, वर्कफर्स्ट गतिविधि?</th> <th>रोजगार के लिए आपका कार्यक्रम क्या है, स्कूल, वर्कफर्स्ट गतिविधि?</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	सोमवार	रोजगार के लिए आपका कार्यक्रम क्या है, स्कूल, वर्कफर्स्ट गतिविधि?	रोजगार के लिए आपका कार्यक्रम क्या है, स्कूल, वर्कफर्स्ट गतिविधि?																						
सोमवार	रोजगार के लिए आपका कार्यक्रम क्या है, स्कूल, वर्कफर्स्ट गतिविधि?	रोजगार के लिए आपका कार्यक्रम क्या है, स्कूल, वर्कफर्स्ट गतिविधि?																							
मंगलवार																									
बुधवार																									
गुरुवार																									
शुक्रवार																									
शनिवार																									
रविवार																									

क्या आपके पास एक बाल देखभाल प्रदाता है? हाँ नहीं

बाल देखभाल प्रदाता का नाम:

फोन नंबर/पता:

समाज सेवा भुगतान प्रणाली (SSPS) पहचान नंबर:

यदि आप एक पारिवारिक मित्र पड़ोसी प्रदाता का उपयोग करना चाहते हैं, तो कृपया चाइल्ड केयर सब्सिडी से संपर्क करें

बाल देखभाल शुरू होने की तिथि क्या है:

आवेदक: यदि ज्ञात है, तो आपको अपने बाल देखभाल प्रदाता से अपनी गतिविधि (काम, स्कूल, आदि) तक यात्रा करने में कितना समय लगता है?

अन्य माता-पिता / अभिभावक: यदि ज्ञात है, तो आपको अपने बाल देखभाल प्रदाता से अपनी गतिविधि (काम, स्कूल, आदि) तक यात्रा करने में कितना समय लगता है?

बच्चों का गतिविधि कार्यक्रम

अतिरिक्त बच्चों के लिए, उनकी जानकारी के साथ कागज का एक अलग टुकड़ा संलग्न करें।

बच्चों के नाम	स्कूल कार्यक्रम (सटीक दिन और समय)	बाल देखभाल कार्यक्रम (सटीक दिन और समय)

क्या आपके स्कूल की उम्र के बच्चों को स्कूल और गर्मियों की छुट्टियों में देखभाल की आवश्यकता होगी? हाँ नहीं

क्या आपके पास विशेष आवश्यकताओं वाला बच्चा है? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो कृपया 844-626-8687 पर विशेष आवश्यकताओं की भुगतान दरों के बारे में जानकारी के लिए चाइल्ड केयर सब्सिडी से संपर्क करें

सुनवाई के अधिकार WAC 110-15-0280

यदि आप DCYF के निर्णयों से असहमत हैं, तो आप इस कार्यालय से संपर्क करके सुनवाई का अनुरोध कर सकते हैं या Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489 को लिख सकते हैं। आपको अपनी सुनवाई का अनुरोध करना होगा:

- इस कार्रवाई की प्रभावी तिथि पर या उससे पहले या हम आपको इस कार्रवाई का नोटिस भेजें उससे अधिकतम 10 दिन बाद, अगर आपको इस समय लाभ मिल रहे हैं और आप चाहते/चाहती हैं कि यह जारी रहें, या
- आपको यह पत्र मिलने की तिथि के 90 दिनों के भीतर।

सुनवाई में आपको खुद का प्रतिनिधित्व करने का, किसी वकील द्वारा प्रतिनिधित्व किया जाने का या आप चाहें उस किसी भी अन्य व्यक्ति द्वारा प्रतिनिधित्व किया जाने का अधिकार होगा। आप कानूनी सेवाओं के कार्यालय का संपर्क करके निःशुल्क कानूनी सलाह या प्रतिनिधित्व प्राप्त कर सकते/सकती हैं।

मैं झूठी गवाही के दंड के तहत घोषणा करता/करती हूँ कि इस घोषणा में मेरे द्वारा दी गई जानकारी मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य, सही और पूर्ण है और जानता/जानती हूँ कि मेरे द्वारा इस जानकारी को जानबूझकर गलत तरीके से पेश करने से मुझे वाशिंगटन राज्य कानून में प्रदान किए गए दंड के अधीन किया जा सकता है।

मैं समझता/समझती हूँ कि जानबूझकर गलत बयान देना या जो मुझे पता है कि रिपोर्ट की जानी चाहिए ऐसी जानकारी रिपोर्ट नहीं करना एक अपराध है। मैं समझता/समझती हूँ कि अगर मैं ऐसी जानकारी की रिपोर्ट करता/करती हूँ जो मुझे पता है कि गलत है तो मुझ पर आपराधिक मुकदमा चलाया जा सकता है, मुझे उन लाभों को चुकाने की आवश्यकता हो सकती है जो मैं प्राप्त करने के योग्य नहीं था/थी और संभवतः पांच साल के लिए बाल देखभाल लाभ प्राप्त करने की क्षमता खो सकता/सकती हूँ। (RCW 74.08.055)

आवेदक के हस्ताक्षर	तिथि	दूसरे माता-पिता / कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर	तिथि

सभी कार्यक्रमों और गतिविधियों में भेदभाव निषिद्ध है: किसी को भी वंश, रंग, धर्म, पंथ, राष्ट्रीय मूल, लिंग, आयु, वैवाहिक स्थिति, विकलांग अनुभवी या वियतनाम युग के अनुभवी स्थिति, या विकलांगता के आधार पर बाहर नहीं किया जाएगा।