



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

NOME E ENDEREÇO DOS PAIS

N.º DO PROCESSO

DATA

FOLD

Recandidatura para assistência infantil CCSP

Sua elegibilidade para o Programa de Subsídio para Cuidados Infantis (CCSP) terminará em _____. Você deve entrar em contato com o departamento por _____ para se recandidatar. WAC 110-15-0109.

Você pode se inscrever novamente ligando para (844) 626-8687 ou preenchendo e devolvendo o formulário de recandidatura CCSP em anexo (DCYF 14-430). Você também pode se inscrever novamente em

www.washingtonconnection.org

Se enviar o formulário, certifique-se de ler e assinar a declaração afirmando que todas as informações no formulário são verdadeiras e corretas. O formulário pode ser devolvido no envelope anexo ou enviado por fax para 1-877-309-9747. Forneça comprovante de renda que a sua família recebeu nos últimos três meses. Os exemplos são canhotos de salário, declarações de ganhos mostrando as horas totais mensais atuais e a renda bruta, pagamento de pensão alimentícia, cartas de aprovação ou extratos mensais.

Também precisamos saber se seu horário ou se o prestador mudou.

Se você não se candidatar novamente até _____, seus benefícios de assistência infantil terminarão em _____ e seu provedor não receberá mais pagamentos da DCYF.

Relato de alterações

Ligue para: 1-844-626-8687; Fax: 1-877-309-9747 (com o seu ID de Cliente em cada página); ou
www.washingtonconnection.org



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)
Recandidatura para CCSP
CCSP Reapplication

NOME DO REQUERENTE		NÚMERO DE ID DO CLIENTE	DATA
ENDEREÇO DO REQUERENTE (Físico)		DATA DE NASCIMENTO	
CIDADE	ESTADO CEP	ENDEREÇO DE E-MAIL (opcional)	
ENDEREÇO DO REQUERENTE (correspondência, se diferente)		SSN (OPCIONAL)	NÚMERO DO TELEFONE
CIDADE	ESTADO CEP	RAÇA E ETNIA DO REQUERENTE	GÊNERO DO REQUERENTE <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino

Sua família está passando por falta de moradia? Sim Não (*Exemplos incluem: viver em um motel, abrigo, habitação temporária, carro, espaço público ou unir-se com outros devido à perda de moradia ou dificuldades econômicas.*)

Você é um dos pais ou responsáveis legais que recebeu serviços de bem-estar infantil no Estado de Washington nos últimos 6 (seis) meses e foi encaminhado para cuidados infantis como parte do seu plano de caso? Sim Não (**Se você responder sim, ligue para 1-844-626-8687 para ver se você se qualifica para o processamento acelerado de inscrições.**)

Crianças pelas quais você é responsável vivendo em casa

Se você não tiver espaço suficiente para concluir, use uma folha de papel em separado para enviar informações adicionais

NOME (SOBRENOME, NOME, INICIAL DO NOME DO MEIO)	DATA DE NASCIMENTO	MASCULINO/ FEMININO	ETNIA (OPCIONAL)	SSN (OPCIONAL)	CIDADÃO DOS EUA OU RESIDENTE LEGAL	RELACIONAMENT O PARA COM O REQUERENTE
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Determinando se você é uma família monoparental ou com dois pais - Obrigatório

Você é: Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Casado(a) vivendo separado(a) Viúvo(a)
 Parceria doméstica registrada

Você mora com um cônjuge ou outro pai/responsável por algum de seus filhos? Sim Não

Se não, preencha o [formulário de declaração de monoparentalidade, DCYF 27-164](#) e envie com sua inscrição.

Se sim, preencha as informações abaixo.

NOME DO CÔNJUGE OU DO OUTRO PROGENITOR	DATA DE NASCIMENTO	SSN (OPCIONAL)	RELACIONAMENTO PARA COM O REQUERENTE	RELACIONAMENT O PARA COM AS CRIANÇAS ACIMA

Se você não tiver espaço suficiente para concluir, use uma folha de papel em separado para enviar informações adicionais

Requerente	Cônjuge ou segundo progenitor/responsável
NOME DO EMPREGADOR, ATIVIDADE EMPREGATÍCIA OU ESCOLA	NOME DO EMPREGADOR, ATIVIDADE EMPREGATÍCIA OU ESCOLA
ENDEREÇO (EMPREGO, ATIVIDADE EMPREGATÍCIA OU ESCOLA)	ENDEREÇO (EMPREGO, ATIVIDADE EMPREGATÍCIA OU ESCOLA)
NÚMERO DE TELEFONE	NÚMERO DE TELEFONE
DATA DE INÍCIO	DATA DE INÍCIO
SE VOCÊ ESTÁ EMPREGADO, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ É PAGO E QUAL O SEU SALÁRIO BRUTO POR PERÍODO DE PAGAMENTO (ANTES DE IMPOSTOS, INCLUA GORJETAS)? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> A cada duas semanas <input type="checkbox"/> Duas vezes por mês <input type="checkbox"/> Mensal \$	SE VOCÊ ESTÁ EMPREGADO, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ É PAGO E QUAL O SEU SALÁRIO BRUTO POR PERÍODO DE PAGAMENTO (ANTES DE IMPOSTOS, INCLUA GORJETAS)? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> A cada duas semanas <input type="checkbox"/> Duas vezes por mês <input type="checkbox"/> Mensal \$

Este trabalho é baseado na agricultura que inclui o cultivo, a produção, a colheita ou o processamento de árvores frutíferas ou culturas. Sim Não

Este trabalho é baseado na agricultura que inclui o cultivo, a produção, a colheita ou o processamento de árvores frutíferas ou culturas. Sim Não

Outras fontes mensais de renda auferida/não auferida para todos os membros da família

(Exemplos incluem: trabalho por conta própria, assistência pública, como TANF, pensão alimentícia, previdência social ou benefícios de veteranos)

Tipo de renda Inclua cópias (dos três últimos meses)	NOME PRÓPRIO	NOME	NOME	NOME

Você é obrigado a pagar pensão alimentícia decretada por sentença judicial? Sim Não Valor mensal: US\$

Barcode label



14417

Recursos disponíveis

Você tem ativos disponíveis avaliados em US\$ 1.000.000,00 ou mais? Sim Não

Exemplos de ativos disponíveis são: dinheiro, contas bancárias, ações/títulos, contas de investimento, imóveis de investimento.

Agenda de atividades dos pais/responsáveis

REQUERENTE	CÔNJUGE OU SEGUNDO PROGENITOR/RESPONSÁVEL
ATIVIDADE (EMPREGO, ESCOLA OU ATIVIDADE EMPREGATÍCIA) INDICAR HORÁRIO NO FORMATO A.M./P.M.	ATIVIDADE (EMPREGO, ESCOLA OU ATIVIDADE EMPREGATÍCIA) INDICAR HORÁRIO NO FORMATO A.M./P.M.
Segunda-feira QUAL É SEU HORÁRIO DE EMPREGO, ESCOLA, ATIVIDADE EMPREGATÍCIA?	QUAL É SEU HORÁRIO DE EMPREGO, ESCOLA, ATIVIDADE EMPREGATÍCIA?
Terça-feira	
Quarta-feira	
Quinta-feira	
Sexta-feira	
Sábado	
Domingo	

Você tem um fornecedor de cuidados infantis? Sim Não

Nome do fornecedor de cuidados infantis:

Número de telefone/endereço:

Número de identificação do Sistema de Pagamento do Serviço Social (SSPS):

Se você gostaria de usar um cuidador que é vizinho, amigo ou da família, entre em contato com o Subsídio de Cuidados Infantis

Qual é a data de início do cuidado infantil:

Requerente: Se é conhecido, quanto tempo demora para você se deslocar do local de onde são prestados cuidados ao seu filho até a sua atividade (trabalho, escola, etc.)?

Outro progenitor/responsável: Se é conhecido, quanto tempo demora para você se deslocar do local de onde são prestados cuidados ao seu filho até a sua atividade (trabalho, escola, etc.)?

Cronograma das atividades da criança

Para crianças adicionais, anexe uma folha de papel em separado com suas informações.

NOME DA CRIANÇA	HORÁRIO ESCOLAR (DIAS E HORÁRIOS EXATOS)	HORÁRIO DOS CUIDADOS INFANTIS (DIAS E HORÁRIOS EXATOS)

Seus filhos em idade escolar precisarão de cuidados durante a escola e as férias de verão? Sim Não

Você tem uma criança com necessidades especiais? Sim Não

Em caso afirmativo, entre em contato com o Subsídio para cuidados infantis para informações sobre as taxas de pagamento de necessidades especiais no número 844-626-8687

Direitos de audiência WAC 110-15-0280

Se discordar das decisões da DCYF, pode solicitar uma audiência entrando em contato com este escritório ou escrevendo para Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. Você deve solicitar sua audiência:

- Antes ou na data da medida tomada ou em até 10 (dez) dias a contar da data de envio da notificação sobre a referida medida, SE você recebe benefícios atualmente e deseja que sejam mantidos; ou
- Dentro de 90 dias a contar da data de recebimento dessa carta.

Durante a audiência, você tem o direito de atuar em seu próprio nome ou ser representado por um advogado ou por pessoa à sua escolha. Você pode obter consultoria ou representação jurídica gratuita entrando em contato com uma agência de serviços jurídicos.

Declaro, sob pena de perjúrio, que as informações prestadas por mim nesta declaração são verdadeiras, corretas e completas segundo meu melhor conhecimento e tenho ciência de que informações intencionalmente falsas podem acarretar na aplicação de penalizações à minha pessoa conforme as disposições legais do estado de Washington.

Entendo que é crime fazer uma declaração falsa de propósito ou não relatar informações que sei que devem ser relatadas. Entendo que, se relatar informações que sei que estão incorretas, posso ser processado criminalmente, ser obrigado a reembolsar benefícios para os quais não era elegível e possivelmente perder a capacidade de receber benefícios de cuidados infantis por cinco anos. (RCW 74.08.055)

ASSINATURA DO REQUERENTE	DATA	ASSINATURA DO OUTRO PROGENITOR/RESPONSÁVEL	DATA

A discriminação é proibida em todos os programas e atividades: ninguém será excluído com base em raça, cor, religião, crença, origem nacional, gênero, idade, estado civil, status de veterano deficiente ou veterano da época do Vietnã, ou deficiência.