



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

IME RODITELJA I ADRESA

BROJ SLUČAJA

DATUM

FOLD

Ponovni zahtjev za brigu o djeci u okviru CCSP

Vaša kvalificiranost za Program subvencije za brigu o djeci (CCSP) ističe _____. Morate kontaktirati ministarstvo do _____ za podnošenje novog zahtjeva. WAC 110-15-0109.

Možete se ponovno prijaviti tako da nas nazovete na (844) 626-8687 ili ispunite i vratite priloženi CCSP obrazac za ponovnu prijavu (DCYF 14-430). Također se možete ponovno prijaviti na www.washingtonconnection.org.

Ako šaljete natrag obrazac, obavezno pročitajte i potpišite izjavu kojom izjavljujete da su svi podaci na obrascu istiniti i točni. Obrazac možete vratiti u priloženoj omotnici ili ga možete poslati faksom na broj 1-877-309-9747. Dostavite dokaz o svim prihodima koje je vaše kućanstvo primilo u posljednja tri mjeseca. Primjeri su platne liste, izvodi prihoda koje pokazuju vaše trenutne ukupne mjesečne sate i bruto prihod, isplate alimentacije za djecu, pisma odobrenja ili mjesečne izvode.

Također moramo znati je li se vaš raspored ili pružatelj promijenio.

Ako ne podnesete ponovo zahtjev do _____, potpora za brigu o djeci prestaje _____ i vaš pružatelj usluga više neće primati uplate od DCYF-a..

Prijavite promjene

Poziv na: 1-844-626-8687; Faks: 1-877-309-9747 (sa vašim ID brojem korisnika na svakoj strani); ili na www.washingtonconnection.org



Ponovna prijava za CCSP

IME PODNOSIOCA ZAHTEVA	ID BROJ KORISNIKA	DATUM
ADRESA PODNOSIOCA ZAHTEVA (fizička)	DATUM ROĐENJA	
GRAD DRŽAVA POŠTANSKI BROJ	EMAIL ADRESA (opcionalno)	
ADRESA PODNOSIOCA ZAHTEVA (poštanska ako je različita)	SSN (OPCIONALNO)	BROJ TELEFONA
GRAD DRŽAVA POŠTANSKI BROJ	ETNIČKA RASA PODNOSIOCA	SPOL PODNOSIOCA <input type="checkbox"/> Muško <input type="checkbox"/> Žensko

Da li vaša porodica živi u beskućništvu Da Ne (Primjeri uključuju: život u motelu, skloništu, prijelaznom smještaju, automobilu, javnom prostoru ili suživot s drugom osobom zbog gubitka stana ili ekonomskih poteškoća.)

Jeste li roditelj ili zakonski skrbnik koji je primao usluge socijalne pomoći za djecu u državi Washington u zadnjih šest (6) mjeseci i upućeni ste na zaštitu djece kao dio plana za vaš slučaj? Da Ne (Ako odgovorite potvrdno, nazovite 1-844-626-8687 da vidite ispunjavate li uslove za ubrzanu obradu zahtjeva.)

Djeca za koju ste odgovorni koja žive u vašem kućanstvu

Ako nemate dovoljno prostora za ispunjavanje, upotrijebite zaseban komad papira za dostavljanje dodatnih informacija

IME (PREZIME, IME, INICIJAL SREDNJEG IMENA)	DATUM ROĐENJA	MUŠKO/ ŽENSKO	ETNIČKA PRIP. (OPCIONALNO)	SSN (OPCIONALNO)	GRAĐANIN SAD-a ILI ZAKONSKI STANOVNIK	VEZA SA PODNOŠIOCEM
					<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	
					<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	
					<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	
					<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	

Utvrđivanje jeste li kućanstvo s jednim roditeljem ili dva - Obavezno

Vi ste: Sam/a U braku Razveden/a Rastavljen/a U braku ali živite odvojeno Udovac/Udovica
 Registrovana vanbračna zajednica

Živate li sa supružnikom ili drugim roditeljem/skrbnikom bilo kojeg od svoje djece? Da Ne

Ako ne ispunite [Single Parent Declaration form, DCYF 27-164](#) i pošaljite ga uz svoju prijavu.

Ako da, ispunite podatke u nastavku.

IME SUPRUŽNIKA ILI DRUGOG RODITELJA	DATUM ROĐENJA	SSN (OPCIONALNO)	VEZA SA PODNOŠIOCEM	VEZA SA GORE NAVEDENOM DJECOM

Ako nemate dovoljno prostora za ispunjavanje, upotrijebite zaseban komad papira za dostavljanje dodatnih informacija

Podnosilac zahtjeva	Supružnik ili drugi roditelj/staratelj
IME POSLODAVCA, WORKFIRST AKTIVNOST ILI ŠKOLE	IME POSLODAVCA, WORKFIRST AKTIVNOST ILI ŠKOLE
ADRESA (RADNOG MJESTA, WORKFIRST AKTIVNOSTI ILI ŠKOLE)	ADRESA (RADNOG MJESTA, WORKFIRST AKTIVNOSTI ILI ŠKOLE)
BROJ TELEFONA DATUM POČETKA	BROJ TELEFONA DATUM POČETKA
AKO STE ZAPOSLENI, KOLIKO ČESTO PRIMATE PLATU I VAŠA BRUTO PLATA PO PLATNOM PERIODU (PRIJE OPOREZIVANJA, S NAPOJNICAMA) <input type="checkbox"/> Sedmično <input type="checkbox"/> Svake dvije sedmice <input type="checkbox"/> Dva puta mjesečno <input type="checkbox"/> Mjesečno \$	AKO STE ZAPOSLENI, KOLIKO ČESTO PRIMATE PLATU I VAŠA BRUTO PLATA PO PLATNOM PERIODU (PRIJE OPOREZIVANJA, S NAPOJNICAMA) <input type="checkbox"/> Sedmično <input type="checkbox"/> Svake dvije sedmice <input type="checkbox"/> Dva puta mjesečno <input type="checkbox"/> Mjesečno \$

Da li je to zaposlenje na farmi koje uključuje uzgoj, proizvodnju, berbu ili preradu voćaka ili usjeva.

Da Ne

Da li je to zaposlenje na farmi koje uključuje uzgoj, proizvodnju, berbu ili preradu voćaka ili usjeva.

Da Ne

Ostali mjesečni izvori zarađenog/nezarađenog prihoda za sve članove porodice

(Primjeri uključuju: samozaposlenje, državnu pomoć kao što je TANF, alimentaciju za djecu, socijalno osiguranje ili naknade za veterane)

Vrsta prihoda	NAZIV SAMOZAPOSLLENJE	NAZIV	NAZIV	NAZIV
Dostaviti kopije (za zadnja tri mjeseca)				

Plaćate li alimentaciju koju je odredio sud? Da Ne Mjesečni iznos: \$

Barcode label



14417

Raspoloživa sredstva

Imate li raspoloživa sredstva u vrijednosti od \$ 1.000.000,00 ili više?? Da Ne

Primjeri raspoloživih sredstava su: gotovina, bankovni računi, dionice/obveznice, investicijski računi, investicijske nekretnine.

Raspored aktivnosti roditelja/skrbnika

PODNOŠILAC ZAHTJEVA		SUPRUŽNIK ILI DRUGI RODITELJ/STARATELJ
AKTIVNOST (ZAPOSLENJE, ŠKOLA, WORKFIRST AKTIVNOST) NAVEDITE VRIJEME SA A.M./ P.M.		AKTIVNOST (ZAPOSLENJE, ŠKOLA, WORKFIRST AKTIVNOST) NAVEDITE VRIJEME SA A.M./ P.M.
	KOJI JE VAŠ RASPORED RADA, ŠKOLE, WORKFIRST AKTIVNOSTI?	KOJI JE VAŠ RASPORED RADA, ŠKOLE, WORKFIRST AKTIVNOSTI?
Ponedjeljak		
Utorak		
Srijeda		
Četvrtak		
Petak		
Subota		
Nedjelja		

Imate li pružatelja usluga brige o djeci? Da Ne

Ime pružatelja usluga brige o djeci:

Broj telefona/Adresa:

Identifikacijski broj u Sistemu plaćanja socijalnih usluga (SSPS):

Ako za pružatelja želite člana porodice, prijatelja ili susjeda (Family Friend Neighbor Provider), kontaktirajte Službu za subvenciju za brigu o djeci (Child Care Subsidy)

Koji je datum početka brige za dijete:

Podnosilac zahtjeva: Ako je poznato, koliko vremena putujete od pružatelja usluge brige o djeci do vaše aktivnosti (posao, škola itd.)?

Drugi roditelj/skrbnik: Ako je poznato, koliko vremena putujete od pružatelja usluge brige o djeci do vaše aktivnosti (posao, škola itd.)?

Raspored aktivnosti djeteta

Za dodatnu djecu priložite poseban komad papira s njihovim podacima.

IME DJETETA	ŠKOLSKI RASPORED (TAČNI DANI I VRIJEME)	ŠKOLSKI RASPORED (TAČNI DANI I VRIJEME)

Hoće li vaša djeca školske dobi trebati brigu tokom trajanja škole i ljetnih praznika? Da Ne

Imate li dijete s posebnim potrebama? Da Ne

Ako da, molimo kontaktirajte Službu za subvenciju za brigu o djeci (Child Care Subsidy) za informacije o stopama naknada za djecu s posebnim potrebama na 844-626-8687/844-626-8687

Pravo na saslušanje WAC 110-15-0280

Ako se ne slažete s odlukama DCYF-a, možete zatražiti saslušanje kontaktiranjem ovog ureda ili pisati na Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. Morate zatražiti saslušanje:

- Na ili prije datuma stupanja na snagu ove radnje ili najkasnije 10 dana nakon što vam pošaljemo obavijest o ovoj radnji, AKO sada primete naknade i želite nastaviti primati iste, ili
- U roku od 90 dana od dana kada primite ovaj dopis.

Na ročištu imate pravo sami sebe zastupati, biti zastupani od strane advokata ili bilo koje druge osobe koju odaberete. Možda ćete moći dobiti besplatan pravni savjet ili zastupanje kontaktiranjem ureda za pravne usluge.

Izjavljujem pod materijalnom i krivičnom odgovornošću da su podaci koje sam dao/dala u ovoj izjavi istiniti, tačni i potpuni prema mom najboljem saznanju i shvaćam da se za moje namjerno krivotvorenje ovih podataka može izreći kazna u skladu sa Zakonom države Washington.

Razumijem da je namjerno davanje lažne izjave ili ne prijavljivanje informacija za koje znam da ih treba prijaviti kazneno djelo. Razumijem da ako prijavim informacije za koje znam da su netačne, mogao/la bih biti kazneno gonjen/a, od mene bi se moglo tražiti da vratim naknade koje nisam imao/la pravo primati i mogao/la bih izgubiti mogućnost primanja naknada za brigu o djeci na pet godina. (RCW 74.08.055)

POTPIS PODNOSIOCA ZAHTEVA	DATUM	POTPIS DRUGOG RODITELJA/ZAKONSKOG STARATELJA	DATUM

Diskriminacija je zabranjena u svim programima i aktivnostima: Niko ne smije biti isključen na temelju rase, boje kože, vjere, vjeroispovijesti, nacionalnog porijekla, spola, dobi, bračnog statusa, statusa veterana s invaliditetom ili veterana iz vijetnamske ere ili invaliditeta.