



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

ПРИЗВИЩЕ/ІМ'Я ТА АДРЕСА МАТЕРІ/БАТЬКА

НОМЕР СПРАВИ

ДАТА

ПЕРЕГИБ

**Повторна заява до Програм допомоги для догляду за дітьми (CCSP)
щодо допомоги із доглядом за дітьми
CCSP Child Care Reapplication**

Період вашої участі у Програмі допомоги для догляду за дітьми (CCSP) буде завершено _____. Щоб подати повторну заяву на участь у програмі, зверніться до департаменту до _____. WAC 110-15-0109.

Щоб подати до Програми повторну заяву на участь, зателефонуйте за номером (844) 626-8687 або заповніть та поверніть нам форму повторної заяви на участь у Програмі CCSP - CCSP Reapplication form (DCYF 14-430). Ви можете подати повторну заяву онлайн за адресою www.washingtonconnection.org.

Якщо ви повертатимете форму, обов'язково прочитайте та підпишіть декларацію про те, що вся наведена у формі інформація є вірною. Форму можна повернути в конверті, що додається, або ж ви можете надіслати по факсу на номер 1-877-309-9747. Додайте підтвердження доходу, отриманого вашою родиною за останні три місяці. Таким підтвердження можуть бути: квитанції про отримання заробітної платні, декларації про доходи, у яких зазначені кількість часів, відпрацьованих вами протягом місяця, а також загальний валовий дохід, листи про виплату вам допомоги на дітей, листи-затвердження або щомісячні декларації.

Якщо змінився ваш графік діяльності або постачальник послуг, ви маєте сповістити про це.

Якщо ви не подасте повторну заяву до _____, надання вам пільг на дітей може бути припинено з _____, і ваш постачальник послуг більше не отримуватиме заробітної платні від департаменту DCYF.

Інформуйте про зміни

Зателефонуйте: 1-844-626-8687; Факс: 1-877-309-9747 (вказати ваш ID клієнта, що є на кожній сторінці); або www.washingtonconnection.org



Повторна заява до CCSP
CCSP Reapplication

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ЗАЯВНИКА			ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА	ДАТА
АДРЕСА ЗАЯВНИКА (фактична)			ДАТА НАРОДЖЕННЯ	
МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ КОД	АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ (за бажанням)	
АДРЕСА ЗАЯВНИКА (поштова, якщо відрізняється від фактичної)			НОМЕР SSN (НЕ ОБОВ'ЯЗКОВО)	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ КОД	ЕТНІЧНА АБО РАСОВА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ ЗАЯВНИКА	СТАТЬ ЗАЯВНИКА <input type="checkbox"/> Чоловік <input type="checkbox"/> Жінка

Ваша родина зіткнулася із проблемою бездомності? Так Ні (Приклади: ви мешкаєте в motelі, у притулку, маєте тимчасове житло, мешкаєте в автомобілі, у громадському місті або сумісно з іншими, оскільки втратили житло або переживаєте складний економічний період.)

Ви є одним з батьків або законним опікуном, який отримував послуги соціального захисту дітей у штаті Вашингтон протягом останніх шести (6) місяців і був направлений для догляду за дитиною в рамках вашого плану? Так Ні (Якщо ви відповіли "так", будь ласка, зателефонуйте за номером 1-844-626-8687, щоб дізнатися, чи маєте ви право на прискорений розгляд заяву.)

ДІТИ, ЩО МЕШКАЮТЬ В СІМ'Ї, ЗА ЯКИХ ВИ ВІДПОВІДАЄТЕ

Якщо вам не вистачає місця для всієї інформації, будь ласка, надайте додаткову інформацію на окремому аркуші паперу

ІМ'Я (ІМ'Я, ПРИЗВИЩЕ, СЕРЕДНІЙ ІНІЦІАЛ)	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	ЧОЛОВІК/ЖІНКА	ЕТНІЧНЕ ПОХОДЖЕННЯ (НЕОБОВ'ЯЗКОВО)	НОМЕР SSN (НЕ ОБОВ'ЯЗКОВО)	ГРОМАДЯНИН США АБО ЗАКОННИЙ РЕЗИДЕНТ	ВІДНОШЕННЯ ДО ЗАЯВНИКА
					<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
					<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
					<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
					<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	

Визначення, чи є ви неповною або повної сім'єю - обов'язкова умова

Ви є: Неодружений/незаміжня Одружений/Заміжня Розлучений(-а) Живу окремо від партнера
 Живу окремо від чоловіка або дружини Вдівець чи вдова
 Перебуваю в офіційно зареєстрованих відносинах співмешкання

Чи проживаєте ви з чоловіком/дружиною або іншим з батьків/опікуном/піклувальником будь-кого з ваших дітей?
 Так Ні

Якщо ні, заповніть форму [Декларація самотнього батька або самотньої матері \(Single Parent Declaration\)](#), DCYF 27-164 та подайте її з цією заявою. Якщо так, надайте таку інформацію.

ІМ'Я ПОДРУЖЖА АБО ІНШОГО З БАТЬКІВ	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	НОМЕР SSN (НЕ ОБОВ'ЯЗКОВО)	ВІДНОШЕННЯ ДО ЗАЯВНИКА	ВІДНОШЕННЯ ДО ВКАЗАНИХ ВИЩЕ ДІТЕЙ

Якщо вам не вистачає місця для всієї інформації, будь ласка, надайте додаткову інформацію на окремому аркуші паперу

Заявник	Подружжя або другий з батьків / опікунів
НАЗВА РОБОТОДАВЦЯ, ПОСАДИ У WORKFIRST АБО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ	НАЗВА РОБОТОДАВЦЯ, ПОСАДИ У WORKFIRST АБО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ
АДРЕСА (МІСЦЯ РОБОТИ, МІСЦЯ ДІЯЛЬНОСТІ У ПРОГРАМІ WORKFIRST, НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ)	АДРЕСА (МІСЦЯ РОБОТИ, МІСЦЯ ДІЯЛЬНОСТІ У ПРОГРАМІ WORKFIRST, НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ)
НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
ДАТА ПОЧАТКУ	ДАТА ПОЧАТКУ
ЯКЩО ВИ ПРАЦЮЄТЕ, ЯК ЧАСТО ВАМ ПЛАТЯТЬ ТА СКІЛЬКИ ВИ ОТРИМУЄТЕ ЗА ПЛАТІЖНИЙ ПЕРІОД ЗАГАЛОМ (ДО ВІДРАХУВАННЯ ПОДАТКІВ, ВКАЖІТЬ ЧАЙОВІ)? <input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Кожні два тижні <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Щомісяця \$	ЯКЩО ВИ ПРАЦЮЄТЕ, ЯК ЧАСТО ВАМ ПЛАТЯТЬ ТА СКІЛЬКИ ВИ ОТРИМУЄТЕ ЗА ПЛАТІЖНИЙ ПЕРІОД ЗАГАЛОМ (ДО ВІДРАХУВАННЯ ПОДАТКІВ, ВКАЖІТЬ ЧАЙОВІ)? <input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Кожні два тижні <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Щомісяця \$

Чи працюєте ви на фермерському господарстві, включаючи культивуацію, виробництво, збір урожаю або обробку фруктових дерев або зернових культур.

Так Ні

Чи працюєте ви на фермерському господарстві, включаючи культивуацію, виробництво, збір урожаю або обробку фруктових дерев або зернових культур.

Так Ні

Інші щомісячні джерела трудових/нетрудових доходів для всіх членів сім'ї

(Ось деякі приклади: Діяльність самозайнятої особи, державна допомога, наприклад, за програмою TANF, аліменти на дитину, соціальне забезпечення або пільги для ветеранів)

Тип доходу

Включити копії (за останні три місяці)

ПРІЗВИЩЕ, ІМ'Я
ЗАЯВНИК

ПРІЗВИЩЕ,
ІМ'Я

ПРІЗВИЩЕ,
ІМ'Я

ПРІЗВИЩЕ,
ІМ'Я

Чи виплачуєте ви призначені судом аліменти на дітей?

Так Ні

Щомісячна сума: \$

Barcode label



14417

Наявні ресурси

Чи маєте ви активи, вартість яких не менша за \$1 000 000,00? Так Ні

Приклади наявних активів: гроші, банківські рахунки, цінні папери / облігації, інвестиційний рахунок, інвестиційна нерухомість.

Графік діяльності одного з батьків / опікунів

ЗАЯВНИК

ПОДРУЖЖЯ АБО ДРУГИЙ З БАТЬКІВ/ОПІКУН

ДІЯЛЬНІСТЬ (РОБОТА, НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД, ДІЯЛЬНІСТЬ У WORFIRST)
ВКАЗАТИ ЧАС З А.М./Р.М.

ДІЯЛЬНІСТЬ (РОБОТА, НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД,
ДІЯЛЬНІСТЬ У WORFIRST) ВКАЗАТИ ЧАС З А.М./Р.М.

Понеділок

ЗА ЯКИМ ГРАФІКОМ ВИ ВІДВІДУЄТЕ МІСЦЕ РОБОТИ,
НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД, WORKFIRST?

ЗА ЯКИМ ГРАФІКОМ ВИ ВІДВІДУЄТЕ МІСЦЕ РОБОТИ,
НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД, WORKFIRST?

Вівторок

Середа

Четвер

П'ятниця

Субота

Неділя

Чи працюєте ви з постачальником послуг догляду за дітьми? Так Ні

Ім'я особи, що надає послуги з догляду за дітьми:

Телефон/адреса:

Ідентифікаційний номер у системі систему Social Service Payment System (SSPS):

Якщо ви бажаєте скористатися послугами друга родини або сусіда, будь ласка, зверніться до служби субсидій на догляд за дитиною (Child Care Subsidy)

Дата початку догляду за дитиною:

Заявник Якщо відомо, скільки часу займає дорога від постачальника послуг з догляду до місця діяльності (роботи, навчального закладу та ін.)?

Інший з батьків/опікун: Якщо відомо, скільки часу займає дорога від постачальника послуг з догляду до місця діяльності (роботи, навчального закладу та ін.)?

Розклад діяльності дітей

Якщо дітей більше одного, докласти окремий аркуш з інформацією про них.

ІМЕНА ТА ПРІЗВИЩА ДІТЕЙ	ШКІЛЬНИЙ РОЗКЛАД (ТОЧНІ ДНІ ТА ЧАС)	РОЗКЛАД ДОГЛЯДУ ЗА ДІТЬМИ (ТОЧНІ ДНІ ТА ЧАС)

Чи потрібна вашим дітям шкільного віку допомога протягом шкільних занять та на літніх канікулах? Так Ні

Чи є у вас дитина з особливими потребами? Так Ні

Якщо так, зверніться до служби субсидій на догляд за дітьми (Child Care Subsidy) щодо ставок оплати за умови особливих потреб. 844-626-8687

Права щодо слухань, WAC 110-15-0280

Якщо ви не згодні з цим рішеннями департаменту DCYF, ви можете просити про проведення слухання, зв'язавшись із цим офісом або написавши до Управління з адміністративних слухань за адресою: Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489 Ви мусите подати запит на слухання:

- станом на дату вступу рішення в силу або до цієї дати, або не пізніше ніж через 10 днів після відправлення нами повідомлення про це рішення, ЯКЩО ви отримуєте пільги зараз та бажаєте отримувати їх у майбутньому, або
- Впродовж 90 днів від дати отримання вами цього листа.

Під час слухання ви маєте право представляти самого(-у) себе, бути представленим(-ою) адвокатом або особою на ваш вибір. Ви можете бути в змозі отримати безкоштовну правничу пораду або захист, якщо звернетесь до офісу юридичних послуг.

Я заявляю під страхом покарання за лжесвідчення, що інформація, надана мною у цій декларації, є правдивою, правильною та повною, наскільки мені це відомо, та розумію, що умисна фальсифікація цієї інформації з мого боку може призвести до покарання згідно з законами штату Вашингтон.

Я розумію, що навмисне надання неправдивих свідчень або неповідомлення відомої мені інформації, що має бути обов'язково повідомлена, є злочином. Я розумію, що якщо я навмисно надам неправдиву інформацію, мене можуть притягнути до кримінальної відповідальності, зобов'язати повернути кошти соціальної допомоги, на яку я не мав(-ла) права, і, можливо, я можу втратити можливість отримувати допомогу на догляд за дитиною протягом п'яти років. (RCW 74.08.055)

ПІДПИС ЗАЯВНИКА	ДАТА	ПІДПИС ДРУГОГО З БАТЬКІВ / ОФІЦІЙНОГО ОПІКУНА	ДАТА

Дискримінацію заборонено у всіх програмах та діях: Жодна особа не має бути виключена через її расу, колір, релігію, віросповідання, національність, стать, вік, сімейний статус, статус інваліда війни або ветерана в'єтнамської війни або розумові розлади.