



Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

የCCSP የአንድ ወላጅ ማሳወቂያ
CCSP Single Parent Declaration

የህጻን እንክብካቤ ድጋግ አድራሻ ማለክል	የልጅ እንክብካቤ ድጋግ የጥሪ ማዕከል ፋክስ ቁጥር
የደንበኛ መለያ ቁጥር	ቀን

ይህን ቅፅ ሞልተው ይፈርሙ። ለእያንዳንዱ በቤትዎ ውስጥ ላሉት ልጆች ቀጥሎ የተጠየቁትን መረጃዎች ያቅርቡ። ተጨማሪ ቦታ ከፈለጉ የዚህን ቅፅ ጃርባ ይጠቀሙ ወይም ተጨማሪ ገጾችን ያያይዙ።

የሕፃኑ ስም	ስም፡ አድራሻ፡ እና የሌላኛው ወላጅ የትውልድ ዘመን	ይህንን መረጃ ማቅረብ አልቻልኩም ምክንያቱም መረጃውን ማቅረብ ከፍተኛ የሆነ አካላዊ ወይም ስሜታዊ ጉዳት እኔ ወይም በቤቴ ውስጥ ያለ ሰው ላይ ሊያስከትል ይችላል፤ <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ
የሕፃኑ ስም	ስም፡ አድራሻ፡ እና የሌላኛው ወላጅ የትውልድ ዘመን <input type="checkbox"/> ከላይ ካለው ጋር ተመሳሳይ።	ይህንን መረጃ ማቅረብ አልቻልኩም ምክንያቱም መረጃውን ማቅረብ ከፍተኛ የሆነ አካላዊ ወይም ስሜታዊ ጉዳት እኔ ወይም በቤቴ ውስጥ ያለ ሰው ላይ ሊያስከትል ይችላል፤ <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ
የሕፃኑ ስም	ስም፡ አድራሻ፡ እና የሌላኛው ወላጅ የትውልድ ዘመን <input type="checkbox"/> ከላይ ካለው ጋር ተመሳሳይ።	ይህንን መረጃ ማቅረብ አልቻልኩም ምክንያቱም መረጃውን ማቅረብ ከፍተኛ የሆነ አካላዊ ወይም ስሜታዊ ጉዳት እኔ ወይም በቤቴ ውስጥ ያለ ሰው ላይ ሊያስከትል ይችላል፤ <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ
የሕፃኑ ስም	ስም፡ አድራሻ፡ እና የሌላኛው ወላጅ የትውልድ ዘመን <input type="checkbox"/> ከላይ ካለው ጋር ተመሳሳይ።	ይህንን መረጃ ማቅረብ አልቻልኩም ምክንያቱም መረጃውን ማቅረብ ከፍተኛ የሆነ አካላዊ ወይም ስሜታዊ ጉዳት እኔ ወይም በቤቴ ውስጥ ያለ ሰው ላይ ሊያስከትል ይችላል፤ <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ
የሕፃኑ ስም	ስም፡ አድራሻ፡ እና የሌላኛው ወላጅ የትውልድ ዘመን <input type="checkbox"/> ከላይ ካለው ጋር ተመሳሳይ።	ይህንን መረጃ ማቅረብ አልቻልኩም ምክንያቱም መረጃውን ማቅረብ ከፍተኛ የሆነ አካላዊ ወይም ስሜታዊ ጉዳት እኔ ወይም በቤቴ ውስጥ ያለ ሰው ላይ ሊያስከትል ይችላል፤ <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ

ይህንን ቅፅ በመፈረም ብቸኛ የቤተሰብ አባልና ባሌበት ወይም ከማናቸውም የልጆቼ ቤተሰብ ጋር እየኖርኩ አለመሆኑን አረጋግጣለሁ። በዚህ ዲክላራሽን ሰነድ ላይ በእኔ የተሰጠው ቃሌ እኔ እስከማውቀው ድረስ እውነት እና ትክክለኛ እንዲሁም የተሟላ እንደሆነ ከዚህ በተጨማሪ በሞሽንግተን ስቴት ሕጎች መሰረት ይህን መረጃ ሆነ ብዬ በሐሰት የሰጠሁ እንደሆነ በሕጉ በተጠቀሱት እርምጃዎች የቅጣት እርምጃ የሚወሰድብኝ መሆኑን መረዳቴን አረጋግጣለሁ። (RCW 74.08.055)

የደንበኛ ፊርማ	ፊርማ	የደንበኛ ፊርማ / ቀን
-----------	-----	----------------