

شماره تلفن مرکز تماس کمک هزینه مراقبت از کودک	شماره فکس مرکز تماس کمک هزینه مراقبت از کودک
شماره شناسایی مشتری	تاریخ



Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

اطلاعیه تک سرپرست CCSP
CCSP Single Parent Declaration

این فرم را تکمیل و امضا کنید. اطلاعات درخواست شده در زیر را برای هریک از کودکان منزل خود ارائه دهید. در صورت نیاز به فضای بیشتر، لطفاً از پشت این فرم استفاده نمایید یا صفحات بیشتری پیوست کنید.	
نام کودک	نام، آدرس، و تاریخ تولد والد دیگر
نام کودک	نام، آدرس، و تاریخ تولد والد دیگر
نام کودک	نام، آدرس، و تاریخ تولد والد دیگر
نام کودک	نام، آدرس، و تاریخ تولد والد دیگر
نام کودک	نام، آدرس، و تاریخ تولد والد دیگر
نام کودک	نام، آدرس، و تاریخ تولد والد دیگر
با امضا این فرم تأیید می‌کنم که تک والد خانواده هستم و همراه با همسر خود یا والدین هیچکدام از فرزندان خود زندگی نمی‌کنم. شهادت می‌دهم که اطلاعاتی که در این اظهاریه ارائه کرده‌ام تا حد دانش من درست و کامل است و متوجه هستم که تحریف عمدی این اطلاعات توسط من ممکن است باعث شود در معرض مجازات‌های مربوطه در قانون ایالتی و اشننگتن قرار بگیرم. (RCW 74.08.055)	
امضا مشتری	نام والدین/سرپرست قانونی به صورت حروف مجزای انگلیسی
	تاریخ