



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

درخواست برنامه حمایتی مراقبت از طفل
CCSP Application

تاریخ:

والد/قیم

نمبر دوسیه

قات کنید

متقاضی عزیز:

ما درخواست شما را جهت اعانه برای مراقبت از طفل بررسی کرده و صلاحیت مورد نظر را زمان که شما معلومات ذیل را فراهم کنید تعیین خواهیم کرد:

- درخواست برنامه حمایتی مراقبت از طفل (شما باید درخواست مراقبت از طفل را مکمل کنید، حتی اگر در یک فعالیت وُرک فرست [برنامه ای مالی در ایالت واشنگتن که هدف آن کمک به خانواده های با عواید پایین است تا بتوانند به زنده گی خود ثبات ببخشند و مراقبت بهتر از خانواده های خود به عمل بیاورند.] هستند.)
- مدارک مربوط به سه ماه آخر عواید فامیلی (مانند رسیدهای معاش، حمایتی طفل [پرداخت شده توسط همسر مطلقه.م]، عواید امنیت اجتماعی، عواید امنیت تکمیلی (SSI) و هرگونه عواید دیگر که یک فرد در خانواده شما دریافت میکند.) تقسیم اوقات شغلی خود را نیز شامل کنید. شما ضرورت به فراهم آوردن مدرک برای کمک نقدی فراهم شده توسط ایالت ندارید.
- چنانچه به تازه گی مشغول کار شده اید و رسید معاش ندارید، ما اظهارنامه استخدام کننده شما را شامل تاریخ استخدام، میزان دریافتی (در بدل فی ساعت، حقوق ماهوار، و غیره) و تقسیم اوقات شغلی تان را خواهیم پذیرفت. چنانچه استخدام کننده شما قادر به تصدیق این معلومات نیست، میتوانیم اظهارنامه شفاهی یا کتبی شما را بپذیریم. هنگامیکه شما یک تصدیق نامه شفاهی یا کتبی را بخاطر تصدیق استخدام تهیه نمائید شما باید یک کاپی از رسیدهای دریافتی خود را ظرف 60 روز تهیه کنید.
- مدرک معتبر هر محکمه یا حکم اجرایی پول دریافتی مراقبت از طفل از سه ماه گذشته.

اگر انکشاف نوزاد یا طفل شما عادی باشد یا اگر آنها ضرورت به تمرین بیشتر داشته باشند تا آماده به مکتب شوند شما میتوانید درک کنید. جهت انجام اینکار، بخاطر معلومات بیشتر درین باره میتوانید با تماس به شماره صحت خانواده 1-800-322-2588 یا مراجعه به کمک به والدین 123 به آدرس [website](http://www.parenthelp123.org/child-development/help-me-grow-washington) <http://www.parenthelp123.org/child-development/help-me-grow-washington> پرسشنامه اسکریننگ انکشاف طفل را که رایگان میباشد تکمیل نمائید.

محفوظ بودن اطفال حق انسانی آنها میباشد. سوء استفاده و بی توجهی به ایمنی اطفال آنها را در معرض خطر فزینی و صدمات عاطفی و حتی خطر مرگ قرار میدهد. در صورتیکه شما مشکوک هستید که یک طفل قربانی سوء استفاده یا بی توجهی قرار دارد، به شماره رایگان DCYF به (1-866-363-4276) (1-866-END-HARM) تماس بگیرید.

مراقبت فصلی از طفل

متقاضیان باید:

- در آدامز، بنتون، چلان، داگلاس، فرانکلین، گرانت، کیتیتاس، آکانوگان، اسکاگیت، والا والا، واتکوم، یا بخش های یاکیما زنده گی کنند.
- در کدام حرفه زراعتی مشغول به کار باشند که شامل کشت، تولید، برداشت یا پرورش درختان میوه یا غلات باشد.

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)
درخواست برنامه حمایتی مراقبت از طفل (CCSP Application)
معلومات ناقص ممکن است تصویب موارد ذیل را به تأخیر بیندازد:
خدمات و پرداخت به شکلی خوانا تایپ کنید یا بنویسید

تاریخ تولد	شماره کارت هویت مشتری	اسم متقاضی
شماره دوسیه	شماره تأمین اجتماعی (اختیاری)	آدرس متقاضی
جنسیت متقاضی <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث	نژاد قومی متقاضی	شهر ایالت کود پستی

در صورتیکه خانواده شما بی خانمان هستند؟ بلی نخیر (مثال: زنده گی در مسافر خانه، سرپناه مؤقت، مسکن انتقالی، موتر، محل عامه، یا زنده گی یکجا با دیگران به دلیل از دست دادن مسکن یا مشکلات اقتصادی).

یا شما والدین یا سرپرست قانونی هستید که خدمات رفاه اطفال را در جریان (6) ماه گذشته در ایالت واشنگتن دریافت نموده و بخاطر مراقبت طفل منحیت بخشی از برنامه قضیه مراجعه شده باشد؟ بلی نخیر (اگر جواب شما بلی باشد، لطفاً با شماره 1-844-626-8687 به تماس شوید تا دریابید که آیا بخاطر طی مراحل سریع درخواست واجد شرایط هستید یا خیر).

اطفال که شما مسئول آن ها هستید در خانه زنده گی میکنند.

اسم (فامیلی، نخست، وسطی، حروف نخست اسم وسطی)	تاریخ تولد	مذکر/مؤنث	ملیت (اختیاری)	نمبر تأمین اجتماعی (اختیاری)	شهر و ایالت متحده یا مقیم قانونی	رابطه با متقاضی
						<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
						<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
						<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر
						<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر

معلوم کنید که آیا شما مجرد هستید یا همسر یا والد/قیم دیگر طفل که در خانه زنده گی میکند. (ضروری)

آیا با همسر خود زنده گی میکند یا با والدین/قیم یکی از اطفال خود؟ بلی نخیر
اگر نخیر، فورمه اظهارنامه والدین مجرد DCYF 27-164 را خانه پری نموده و با درخواست خود برگردانید.
اگر بلی، معلومات ذیل را تکمیل کنید.

اسم	تاریخ تولد	نمبر تأمین اجتماعی (اختیاری)	رابطه با متقاضی	رابطه با اطفال فوق الذکر

متقاضی	همسر یا والد دوم / قیم
اسم استخدام کننده، فعالیت و رک فرست، یا مکتب	اسم استخدام کننده، فعالیت و رک فرست، یا مکتب
آدرس (شغل، فعالیت و رک فرست، یا مکتب)	آدرس (شغل، فعالیت و رک فرست، یا مکتب)
شماره تلفون	شماره تلفون
تاریخ شروع	تاریخ شروع
اگر مصروف کار هستید چند بار معاش دریافت میکنید و دوره دریافتی ناخالص شما در بدل هر روز چقدر است (قبل از پرداخت مالیات، بشمول انعام)	اگر مصروف کار هستید چند بار معاش دریافت میکنید و دوره دریافتی ناخالص شما در بدل هر روز چقدر است (قبل از پرداخت مالیات، بشمول انعام)
<input type="checkbox"/> هفته وار <input type="checkbox"/> هر دو هفته یک بار <input type="checkbox"/> دو بار در ماه <input type="checkbox"/> ماهوار	<input type="checkbox"/> هفته وار <input type="checkbox"/> هر دو هفته یک بار <input type="checkbox"/> دو بار در ماه <input type="checkbox"/> ماهوار
\$	\$

منابع ماهوار عاید تادیه شده/تدیه نشده برای تمام اعضای خانواده

اسم	اسم	اسم	اسم	به شمول کاپی ها مربوطه (برای سه ماه آخر):
			خود	حرفه (عواید ناخالص، قبل از مالیات، بخششی ها را شامل کنید)
				شغل آزاد
				کمک عمومی به خانواده های نیازمند (TANF, ABD و غیره).
				پول کمکی مراقبت از طفل دریافت شده
				تأمین اجتماعی (عاید امنیت تکمیلی، مدیریت تأمین اجتماعی)
				کمک دریافتی سربران سابقه، معلولیت، اداره کار و صنایع، دوره بیکاری.
				مسن، نابینا، معلول (عواید ABD)

آیا بخاطر حکم محکمه جهت حمایت از طفل پرداخت میکنید؟ بلی نخیر مبلغ ماهوار: \$



منابع مالی در دسترس		
آیا شما منابع مالی به ارزش 1,000,000.00 دلار یا بیشتر در اختیار دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		
نمونه هایی از منابع مالی به شمول: پیسه نقد، حساب بانکی، سهام/اوراق قرضه، حساب های سرمایه گذاری، سرمایه گذاری املاک و مستغلات		
تقسیم اوقات فعالیت والد / قیم		
متقاضی	همسر یا والد دوم/قیم	
فعالیت (حرفه، مکتب، فعالیت ترک فرست) زمان را به صورت صبح و عصر ذکر کنید.	فعالیت (حرفه، مکتب، فعالیت ترک فرست) زمان را به صورت صبح و عصر ذکر کنید.	
تقسیم اوقات شما برای حرفه، مکتب، فعالیت ترک فرست چیست؟	تقسیم اوقات شما برای حرفه، مکتب، فعالیت ترک فرست چیست؟	دوشنبه
		سه شنبه
		چهارشنبه
		پنج شنبه
		جمعه
		شنبه
		یکشنبه
<p>مراقبت از طفل در کدام تاریخ آغاز خواهد شد</p> <p>متقاضی چنانچه میدانید، چقدر طول میکشد تا از مکان مراقبت کننده طفل به محل فعالیت (اداره، مکتب، غیره) بروید؟</p> <p>دیگر والد/قیم ها: چنانچه میدانید، چقدر طول میکشد تا از مکان مراقبت کننده طفل به محل فعالیت (اداره، مکتب، غیره) بروید؟</p>		
تقسیم اوقات فعالیت اطفال برای اطفال اضافی یک ورق اضافه جداگانه با معلومات آنها ضمیمه کنید.		
اسم اطفال	تقسیم اوقات مکتب (روزها و زمان های دقیق)	تقسیم اوقات مراقبت از طفل (روزها و زمان های دقیق)
آیا اطفال مکتبی شما طی زمان مکتب و در وقته های تابستان به مراقبت ضرورت دارند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		
آیا شما کدام طفل با ضرورت های خاص دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر		
چنانچه بلی، به متصدی مرجع معلومات درباره فیصدی پرداخت برای ضرورت های خاص در تماس شوید.		
<p>حقوق استماعیه WAC 110-15-0280</p> <p>اگر با این تصمیم مخالف هستید، میتوانید درخواست یک استماع را از طریق تماس با این اداره یا ارسال تقاضا به</p> <p>Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489</p> <p>ارسال کنید. شما باید استماع خود را:</p> <ul style="list-style-type: none"> • در و یا قبل از تاریخ اجرای این اقدام، یا ظرف 10 روز و نه بیشتر از زمان که ما ابلاغیه این اقدام را برای شما فرستادیم، چنانچه فواید را اکنون دریافت میکنید و مایل به ادامه دریافت آن ها هستید، یا • ظرف 90 روز از تاریخ دریافت این نامه درخواست کنید. <p>در استماع، شما این حق را دارید که از جانب خود سخن بگویید، وکیل و یا هر فرد دیگر را به انتخاب خود به عنوان نماینده خود برگزینید. شما میتوانید از مشوره حقوقی یا وکالت رایگان از طریق تماس با اداره خدمات حقوقی برخوردار شوید.</p> <p>اعلام میکنم که با آگاهی از مجازات شهادت کاذب معلومات ارائه شده توسط من در این اعلامیه تا انجایی که میدانم حقیقی، صحیح، و کامل است و میدانم که تحریف عمدی این معلومات بوسیله من ممکن است مرا مستحق مجازات مقرر شده در قانون ایالتی واشنگتن سازد. (قانون تجدینظر شده ایالت واشنگتن RCW 74.08.055)</p>		
امضای والد نخست/قیم قانونی	تاریخ	امضای والد دوم/قیم قانونی
		تاریخ
تبعیض در تمام برنامه ها و فعالیت ها ممنوع است: هیچ کس نباید بر اساس نژاد، رنگ پوست، دین، فرقه، خاستگاه ملی، جنسیت، سن، حالت مدنی، معلولیت جنگی یا وضعیت سربازی سابقه دوران جنگ ویتنام، یا معلولیت مستثنی شود.		