



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES
CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)
ЗАЯВКА НА ЛЬГОТЫ ПРОГРАММЫ CCSP
CCSP Application

Дата: _____

РОДИТЕЛЬ ИЛИ ОПЕКУН

НОМЕР ДЕЛА

ЛИНИЯ СГИБА

Уважаемый заявитель!

Мы рассмотрим вашу заявку на помощь по уходу за детьми и определим, имеете ли вы право на льготы, по получении от вас следующей информации и документов:

- Заявки на льготы программы CCSP (вам необходимо заполнить заявку об оказании услуг по уходу за ребенком, даже если вы участвуете в мероприятиях программы WorkFirst («Работа – прежде всего»)).
- Подтверждение размера всех видов дохода, полученного вашей семьей за последние три месяца (например, корешки чеков зарплаты, свидетельства о выплате алиментов на содержание детей, пособий по социальному обеспечению (Social Security Income), дополнительного пособия по социальному обеспечению (Supplemental Security Income, SSI) и всех других видов дохода, полученные всеми членами вашей семьи). Приложите свой график работы. Удостоверение дохода в рамках денежных пособий из фондов штата (TANF) предоставлять не требуется.
- Если Вы устроились на работу недавно и у вас нет корешков чеков зарплаты, мы примем заявление от вашего работодателя с указанием даты вашего трудоустройства, размера вашего заработка (почасовая оплата, оклад и т.д.) и Вашего будущего графика работы. Если ваш работодатель не может проверить эту информацию, мы можем запросить ваше устное или письменное подтверждающее заявление. Подтверждая трудоустройства в устном или письменном виде, вы обязаны предоставить копии корешков ваших квитанций о получении зарплаты в течение 60 дней.
- Подтверждение любых обязательств по выплате алиментов на содержание детей по распоряжению суда или административному распоряжению за последние три месяца.

Вы можете узнать, развивается ли ваш ребенок надлежащим образом, либо ему необходима дополнительная помощь для подготовки к школе. Для этого пройдите опрос о развитии ребенка, позвонив на «горячую линию» по вопросам здоровья семьи Family Health Hotline по телефону 1-800-322-2588, или же посетите веб-сайт Parent Help 123 по адресу <http://www.parenthelp123.org/child-development/help-me-grow-washington>, чтобы узнать об этом больше.

- Все дети имеют основное право человека на безопасность. Жестокое и безответственное отношение к детям может привести к физическим и психологическим травмам, и даже к летальному исходу. Если вы подозреваете, что тот или иной ребенок страдает от жестокого или безответственного отношения, позвоните в DCYF по бесплатному телефону 1-866-END-HARM (1-866-363-4276).



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

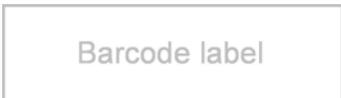
**Заявка на льготы программы CCSP
CCSP Application**

Неполные сведения могут привести к задержке утверждения услуг и их оплаты. Печатайте или пишите разборчиво печатными буквами.

Сезонный уход за детьми
Заявители должны:

- **Проживать в округах** Adams, Benton, Chelan, Douglas, Franklin, Grant, Kittitas, Okanogan, Skagit, Walla Walla, Whatcom или Yakima;
- **Работать на ферме**; это включает культивирование, выращивание, сбор урожая и обработку фруктовых деревьев и плодовых культур.

ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ОТЧЕСТВО ЗАЯВИТЕЛЯ		ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА		ДАТА РОЖДЕНИЯ	
АДРЕС ЗАЯВИТЕЛЯ		НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (ПО ЖЕЛАНИЮ)		НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
ГОРОД		ШТАТ		ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
		ЭТНИЧЕСКАЯ И РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ЗАЯВИТЕЛЯ		ПОЛ ЗАЯВИТЕЛЯ <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	
Ваша семья бездомна? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет (Примеры: семья проживает в мотеле, приюте, в передвижном жилье, в автомобиле, в общественном месте или у знакомых из-за потери жилья или экономических трудностей.) Вы являетесь родителем или официальным опекуном ребенка, получавшим услуги в связи с охраной здоровья и благополучия ребенка в штате Вашингтон за последние шесть (6) месяцев и направленным на обслуживание по уходу за детьми в рамках вашего индивидуального плана? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет (Если ваш ответ – Да, позвоните 1-844-626-8687, чтобы проверить наличие у вас права на ускоренную обработку заявления.)					
ПРОЖИВАЮЩИЕ С ВАМИ ДЕТИ, ЗА КОТОРЫХ ВЫ ОТВЕЧАЕТЕ					
ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ИНИЦИАЛ ОТЧЕСТВА ИЛИ ВТОРОГО ИМЕНИ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	МУЖСКОЙ / ЖЕНСКИЙ	ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (НЕ ОБЯЗ.)	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (ПО ЖЕЛАНИЮ)	ГРАЖДАНИН США ИЛИ ЛИЦО, ЗАКОННО ПРОЖИВАЮЩЕЕ В США
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
ДАнные, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЖИВАНИЕ В СЕМЬЕ ДВУХ ИЛИ ОДНОГО РОДИТЕЛЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО)					
Вы проживаете в месте с супругом(-ой) или вторым родителем/другим опекуном любого из ваших детей? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если нет, заполните форму Декларации единственного родителя, DCYF 27-164 и приложите к заявлению. Если да, приведите информацию, запрашиваемую ниже:					
Состоите ли вы браке? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
ИМЯ И ФАМИЛИЯ СУПРУГА(-И) ИЛИ ВТОРОГО РОДИТЕЛЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (ПО ЖЕЛАНИЮ)	КЕМ ПРИХОДИТСЯ ЗАЯВИТЕЛЮ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ ВЫШЕУКАЗАННЫМ ДЕТЯМ	
ЗАЯВИТЕЛЬ			СУПРУГ ИЛИ ВТОРОЙ РОДИТЕЛЬ / ОПЕКУН		
НАИМЕНОВАНИЕ РАБОДАТЕЛЯ (МЕСТО РАБОТЫ), ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST ИЛИ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ			НАИМЕНОВАНИЕ РАБОДАТЕЛЯ (МЕСТО РАБОТЫ), ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST ИЛИ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ		
АДРЕС (МЕСТА РАБОТЫ, МЕСТА ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИИ ПРОГРАММЫ WORKFIRST ИЛИ УЧЕБЫ)			АДРЕС (МЕСТА РАБОТЫ, МЕСТА ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИИ ПРОГРАММЫ WORKFIRST ИЛИ УЧЕБЫ)		
НОМЕР ТЕЛЕФОНА			НОМЕР ТЕЛЕФОНА		
ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ НА РАБОТУ ИЛИ УЧЕБУ			ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ НА РАБОТУ ИЛИ УЧЕБУ		
ЕСЛИ РАБОТАЕТЕ, ТО КАКОВЫ ПЕРИОДИЧНОСТЬ И РАЗМЕР ВАШЕЙ ВАЛОВОЙ ЗАРПЛАТЫ ЗА КАЖДЫЙ ПЛАТЁЖНЫЙ ПЕРИОД (ДО НАЛОГОВ, С ЧАЕВЫМИ)? <input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> Дважды в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно \$			ЕСЛИ РАБОТАЕТЕ, ТО КАКОВЫ ПЕРИОДИЧНОСТЬ И РАЗМЕР ВАШЕЙ ВАЛОВОЙ ЗАРПЛАТЫ ЗА КАЖДЫЙ ПЛАТЁЖНЫЙ ПЕРИОД (ДО НАЛОГОВ, С ЧАЕВЫМИ)? <input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> Дважды в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно \$		
ИСТОЧНИКИ СОВОКУПНОГО МЕСЯЧНОГО АКТИВНОГО И ПАССИВНОГО ДОХОДА ДЛЯ ВСЕХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ					
Приложите копии соответствующих документов (за последние три месяца):		ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЬ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ
Доход от работы по найму (совокупный доход до вычета налогов, с учетом чаевых)					
Доход от индивидуальной трудовой и предпринимательской деятельности					
Социальная помощь (TANF, ABD и т.д.)					
Суммы полученных алиментов на содержание детей					
Госпособия по программам Управления социального обеспечения (SSI, SSA)					
Госпособия для ветеранов, по инвалидности, L&I, и пособия по безработице					
Госпомощь пожилым лицам, людям с плохим зрением или инвалидам (помощь ABD)					
Выплачиваете ли Вы алименты на содержание детей по распоряжению суда? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Ежемесячная сумма: \$					



ДОСТУПНЫЕ РЕСУРСЫ

Располагаете ли вы доступными ресурсами стоимостью 1 000 000,00 долларов или более? Да Нет
 Примеры доступных ресурсов: наличные и безналичные (на банковских счетах) денежные средства, акции / облигации, инвестиционные счета, инвестиционная недвижимость.

ГРАФИК РАБОТЫ И ДРУГИХ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОДИТЕЛЯ / ОПЕКУНА

ЗАЯВИТЕЛЬ		СУПРУГ ИЛИ ВТОРОЙ РОДИТЕЛЬ / ОПЕКУН
ВИД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (РАБОТА, УЧЕБА, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST); УКАЖИТЕ ВРЕМЯ (А.М. – ДО ПОЛУДНЯ / П.М. – ПОСЛЕ ПОЛУДНЯ)		ВИД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (РАБОТА, УЧЕБА, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST); УКАЖИТЕ ВРЕМЯ (А.М. – ДО ПОЛУДНЯ / П.М. – ПОСЛЕ ПОЛУДНЯ)
Понедельник	КАКОВ ВАШ ГРАФИК РАБОТЫ, УЧЕБЫ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST?	КАКОВ ВАШ ГРАФИК РАБОТЫ, УЧЕБЫ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST?
Вторник		
Среда		
Четверг		
Пятница		
Суббота		
Воскресенье		

Дата начала предоставления услуг по уходу за ребенком:

Заявитель: Если известно, сколько времени занимает проезд от поставщика услуг до места в вашей работы, учёбы и т.п.?

Другой родитель / опекун: Если известно, сколько времени занимает проезд поставщика услуг до места вашей работы, учёбы и т.п.?

ГРАФИК ЗАНЯТИЙ ДЕТЕЙ И УХОДА ЗА НИМИ. ЕСЛИ НЕ ХВАТАЕТ МЕСТА, ВПИШИТЕ СВЕДЕНИЯ О ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДЕТЯХ НА ОТДЕЛЬНОМ ЛИСТЕ БУМАГИ И ПРИЛОЖИТЕ ЕГО К ДАННОМУ ДОКУМЕНТУ.

ИМЕНА И ФАМИЛИИ ДЕТЕЙ	РАСПИСАНИЕ ЗАНЯТИЙ В ШКОЛЕ (С УКАЗАНИЕМ ТОЧНЫХ ДНЕЙ И ВРЕМЕНИ)	РАСПИСАНИЕ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ (С УКАЗАНИЕМ ТОЧНЫХ ДНЕЙ И ВРЕМЕНИ)

Понадобится ли вашим детям школьного возраста уход во время учебы и летних каникул? Да Нет

Есть ли у Вас ребёнок с особыми нуждами? Да Нет

Если да, то свяжитесь, пожалуйста, с сотрудником по выдаче разрешений на услуги и попросите предоставить Вам сведения о тарифах оплаты ухода за детьми с особыми нуждами.

Права на слушание, WAC 110-15-0280

Если Вы не согласны с этим решением, Вы имеете право обратиться с запросом о проведении слушания, связавшись с нашим отделением или написав в Отдел административных слушаний по адресу: Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. Вы должны запросить о проведении слушания:

- не позднее даты вступления в силу соответствующего решения или не позднее 10 дней с даты отправки Вам нашего уведомления об этом решении, ЕСЛИ в настоящее время Вы получаете льготы и хотите продлить их действие, или
- в течение 90 дней с даты получения этого письма.

На слушаниях у Вас есть право представлять свои интересы лично, передать это право адвокату или любому другому лицу по своему усмотрению. У Вас может быть право на получение бесплатной юридической консультации или представление Ваших интересов, если Вы обратитесь в отделение юридических услуг.

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что, насколько мне известно, все сведения, предоставленные мной в данном заявлении, являются правдивыми, точными и полными; я сознаю, что умышленное искажение этих сведений может повлечь для меня наказание по законам штата Вашингтон. (RCW 74.08.055)

ПОДПИСЬ ПЕРВОГО РОДИТЕЛЯ / ОФИЦИАЛЬНОГО ОПЕКУНА	ДАТА	ПОДПИСЬ ВТОРОГО РОДИТЕЛЯ / ОФИЦИАЛЬНОГО ОПЕКУНА	ДАТА
---	------	---	------

В процессе реализации любых программ и мероприятий не допускается дискриминация кого бы то ни было: Не допускается дискриминация по причине расовой принадлежности, цвета кожи, религии, вероисповедания, национального происхождения, пола, возраста, семейного положения, статуса ветерана с инвалидностью или статуса ветерана войны во Вьетнаме, а также наличия недостатков и дефектов.