



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

Заява CCSP
CCSP Application

Дата: _____

ОДИН З БАТЬКІВ/ОПІКУН

НОМЕР СПРАВИ

ЛІНІЯ ЗГИНУ

Шановний заявнику!

Ми зможемо обробити вашу заяву на допомогу з догляду за дітьми та визначити ваше право на пільги, щойно ви надасте нам наступну інформацію:

- Заяву CCSP (ви маєте заповнити заяву на догляд за дітьми, навіть якщо ви відноситеся до програми WorkFirst).
- Довідку про доходи сім'ї за останні три місяці (наприклад, квитанції про оплату, аліменти на дітей, доходи від соціального забезпечення, додатковий дохід від соціального забезпечення (SSI), а також інші доходи, отримані всіма членами вашої родини). Включити графік роботи. Довідку про доходи від грошової допомоги від штату (TANF) можете не включати.
- Якщо ви тільки-но влаштувались на роботу та ще не маєте квитанцій, ми приймемо заяву від вашого роботодавця з датою прийняття на роботу, вашою платнею (за годину, ставку та ін.) та вашим майбутнім графіком роботи. Якщо ваш роботодавець не може перевірити цю інформацію, ми можемо прийняти вашу усну або письмову заяву. Подаючи усну або письмову заяву на підтвердження працевлаштування, ви маєте надати копію квитанцій щодо нарахування заробітної плати впродовж 60 днів після затвердження.
- Будь-які довідки щодо аліментів на дітей, призначених судовим або адміністративним наказом за останні три місяці.

Ви можете дізнатися, чи правильно розвивається ваша дитина, або ж чи потрібно вжити додаткових заходів, готуючи її до школи. Для цього дайте відповіді на питання анкети безкоштовного скринінгу розвитку дитини, подзвонивши на гарячу лінію з питань здоров'я родини за телефоном 1-800-322-2588 або відвідавши веб-сайт, присвячений питанням допомоги батькам Parent Help 123, за адресою <http://www.parenthelp123.org/child-development/help-me-grow-washington> та отримайте додаткову інформацію.

Діти мають основні права людини на перебування в безпеці. Жорстоке ставлення та нехтування погрожують безпеці дитини, яка ризикує отримати фізичні пошкодження, емоційні травми, або навіть померти. Якщо ви вважаєте, що дитина є жертвою жорстокого ставлення або нехтування, зателефонуйте до Департаменту DCYF за безкоштовним телефоном 1-866-END-HARM (1-866-363-4276).

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)
Заява CCSP (CCSP Application)

Неповна інформація може затримати схвалення послуг та платежів. Заповніть розбірливо.

Сезонний догляд за дітьми

Особа, що подає заяву, має:

- **Жити** у округах Адамс, Бентон, Шелан, Дуглас, Франклін, Грант, Кіттікас, Оканоган, Скагіт, Уолла Уолла, Уотком або Якіма;
- **Працювати на фермерському господарстві**, включаючи культивування, виробництво, збір урожаю або обробку фруктових дерев або зернових культур.

ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ЗАЯВНИКА		ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА	ДАТА
АДРЕСА ЗАЯВНИКА		SSN (ОПЦІОНАЛЬНО)	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ КОД	ЕТНІЧНА АБО РАСОВА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ ЗАЯВНИКА
			СТАТЬ ЗАЯВНИКА <input type="checkbox"/> Чоловік <input type="checkbox"/> Жінка

Чи є для вашої родини актуальною проблема безпритульності? Так Ні (Приклади: ви мешкаєте в готелі, у притулку, тимчасовому житлі, автомобілі, у місці громадського відвідування, у кімнаті разом з іншими людьми через негаразди, пов'язані з житлом або економічною ситуацією)
Ви є одним з батьків або офіційним опікуном дитини, який отримував послуги з піклування за дитиною у штаті Вашингтон в останні шість (6) місяців, та якого було направлено для отримання послуг із догляду за дитиною в рамках вашого особистого плану? Так Ні (Якщо ви відповіли «Так», зателефонуйте 1-844-626-8687, щоб дізнатися, чи маєте ви право на прискорене опрацювання заяви.)

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

ІМ'Я (ІМ'Я, ПРІЗВИЩЕ, СЕРЕДНІЙ ІНІЦІАЛ)	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	ЧОЛОВІК/ЖІНКА	ЕТНІЧНЕ ПОХОДЖЕННЯ (ОПЦІОНАЛЬНО)	SSN (ОПЦІОНАЛЬНО)	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	

ДАНИ, ЩО ВИЗНАЧАЮТЬ МЕШКАННЯ У РОДИНІ ОБОХ БАТЬКІВ АБО ЛИШЕ МАТЕРІ/БАТЬКА (ОБОВ'ЯЗКОВО)

Ви мешкаєте разом із подружжям або батьком/матір'ю / іншим опікуном будь-якої вашої дитини? Так Ні
Якщо ні, заповніть форму Декларації самотнього(-ої) батька/матері, DCYF 27-164, та додайте до заяви.
Якщо так, наведіть відповідну інформацію нижче:

ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ПОДРУЖЖЯ АБО МАТЕРІ/БАТЬКА	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	SSN (ОПЦІОНАЛЬНО)	ВІДНОШЕННЯ ДО ЗАЯВНИКА	ВІДНОШЕННЯ ДО ВКАЗАНИХ ВИЩЕ ДІТЕЙ

ЗАЯВНИК

ПОДРУЖЖЯ АБО ДРУГИЙ З БАТЬКІВ/ОПІКУН

НАЗВА РОБОТОДАВЦЯ, ПОСАДИ У WORKFIRST АБО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ	НАЗВА РОБОТОДАВЦЯ, ПОСАДИ У WORKFIRST АБО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ
АДРЕСА (РОБОТОДАВЦЯ, WORKFIRST АБО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ)	АДРЕСА (РОБОТОДАВЦЯ, WORKFIRST АБО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ)
НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
ДАТА ПОЧАТКУ	ДАТА ПОЧАТКУ
ЯКЩО ПРАЦЮЄТЕ, ЯКІ Є ПЕРІОДИЧНІСТЬ ТА РОЗМІР ВАШОЇ ВАЛОВОЇ ЗАРПЛАТНІ ЗА КОЖНИЙ ПЛАТІЖНИЙ ПЕРІОД (ДО ПОДАТКІВ, ІЗ ЧАЙОВИМИ)? <input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Кожні два тижні <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Щомісяця \$	ЯКЩО ПРАЦЮЄТЕ, ЯКІ Є ПЕРІОДИЧНІСТЬ ТА РОЗМІР ВАШОЇ ВАЛОВОЇ ЗАРПЛАТНІ ЗА КОЖНИЙ ПЛАТІЖНИЙ ПЕРІОД (ДО ПОДАТКІВ, ІЗ ЧАЙОВИМИ)? <input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Кожні два тижні <input type="checkbox"/> Двічі на місяць <input type="checkbox"/> Щомісяця \$

Чи виплачуєте ви призначені судом аліменти на дітей? Так Ні Щомісячна сума: \$
Чи є у вас постанова суду на отримання аліментів на дітей? Так Ні Щомісячна сума: \$

ЩОМІСЯЧНІ ДЖЕРЕЛА ТРУДОВИХ/НЕТРУДОВИХ ДОХОДІВ УСІХ ЧЛЕНІВ РОДИНИ

Включити копії (за останні три місяці):	ПРІЗВИЩЕ, ІМ'Я ЗАЯВНИК	ПРІЗВИЩЕ, ІМ'Я	ПРІЗВИЩЕ, ІМ'Я	ПРІЗВИЩЕ, ІМ'Я
Місце роботи (сукупно, до ввідрядування податків, включаючи чайові)				
Самостійна зайнятість				
Державна допомога (TANF, ABD тощо)				
Отримані аліменти на дітей				
Соціальне забезпечення (SSI, SSA)				
Пільги для ветеранів, інвалідів, L&I або безробітних				
Пільги для людей похилого віку, із вадами зору або інвалідів (ABD)				

Чи сплачуєте ви аліменти на утримання дитини за рішенням суду? Так Ні Місячна сума: \$



ДОСТУПНІ РЕСУРСИЧи є в вас доступні ресурси на суму \$ 1 000 000,00 або більше? Так Ні

Прикладами доступних ресурсів є: грошові кошти, банківські рахунки, акції/облігації, інвестиційні рахунки, інвестиції в нерухомість.

ГРАФІК РОБОТИ ОДНОГО З БАТЬКІВ / ОПІКУНА

ЗАЯВНИК		ПОДРУЖЖЯ АБО ДРУГИЙ З БАТЬКІВ/ОПІКУН	
ДІЯЛЬНІСТЬ (РОБОТА, НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД, ДІЯЛЬНІСТЬ БУ WORKFIRST) ВКАЗАТИ ЧАС З А.М./P.M.		ДІЯЛЬНІСТЬ (РОБОТА, НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД, ДІЯЛЬНІСТЬ БУ WORKFIRST) ВКАЗАТИ ЧАС З А.М./P.M.	
	ЗА ЯКИМ ГРАФІКОМ ВИ ВІДВІДУЄТЕ МІСЦЕ РОБОТИ, НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД, WORKFIRST?		ЗА ЯКИМ ГРАФІКОМ ВИ ВІДВІДУЄТЕ МІСЦЕ РОБОТИ, НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД, WORKFIRST?
Понеділок			
Вівторок			
Середа			
Четвер			
П'ятниця			
Субота			
Неділя			

Коли має починатися догляд за дитиною:

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

Інший з батьків/опікун: Якщо відомо, скільки часу займає дорога від постачальника 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 ПРИЗВИЩА 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 НіЧи є у вас дитина з особливими потребами? Так Ні

Якщо так, зверніться до інспектора за інформацією щодо ставок оплати за умови особливих потреб.

Право на слухання WAC 110-15-0280

Якщо ви не згодні з цим рішенням, ви можете просити про проведення слухання, зв'язавшись з цим офісом або написавши до Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. Ви мусите попросити про слухання:

- На день або до вступу рішення в дію або не пізніше, як через 10 днів після відправлення нами вам 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 себе, бути представленим 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. (RCW 74.08.055)

ПІДПИС ПЕРШОГО З БАТЬКІВ / ОФІЦІЙНИХ ОПІКУНІВ	ДАТА	ПІДПИС ДРУГОГО З БАТЬКІВ / ОФІЦІЙНИХ ОПІКУНІВ	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.