



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

EMRI DHE ADRESA E PRINDERVE

NUMRI I RASTIT

DATA

PALOS

**Kërkesa e Përsëritur e CCSP-së për Kujdesin e Fëmijës**  
**Kualifikimi juaj për Programin e Financimeve për Kujdesin e Fëmijës (CCSP) do të**  
**përfundojë** \_\_\_\_\_. Duhet të kontaktoni departamentin deri më \_\_\_\_\_ për të bërë  
kërkesën përsëri. WAC 110-15-0109

Mund të bëni kërkesën përsëri ose duke na telefonuar në (844) 626-8687 ose duke mbushur  
dhe duke dërguar formularin e bashkëngjitur (DCYF 14-430) të përsëritjes së kërkesës për  
CCSP. Gjithashtu mund të bëni kërkesën përsëri në

[www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org).

Nëse dërgoni formularin, ju lutemi të lexoni dhe të nënshkruani deklaratën duke treguar se i gjithë  
informacioni në formular është i vërtetë dhe i saktë. Formulari mund të dërgohet në zarfin e  
bashkëngjitur ose mund t'a dërgoni me faks në 1-877-309-9747. Jepni provë të çdo të ardhure  
që familja juaj mori përgjatë tre muajve të fundit. Shembuj janë borderotë e pagës, deklaratat e  
të ardhurave që tregojnë orët tuaja të tanishme gjithsej në muaj dhe të ardhurën bruto, pagesat e  
ndihmës për fëmijën, letrat e miratimit ose deklarata mujore.

Gjithashtu duhet të dimë nëse orari ose siguruesi i shërbimit tuaj ka ndryshuar.

**Nëse nuk bëni kërkesë përsëri deri më \_\_\_\_\_, përfitimet e kujdesit të fëmijës tuaj do të**  
**përfundojnë më \_\_\_\_\_ dhe siguruesi i shërbimit tuaj nuk do të marrë më pagesa nga**  
**DCYF.**

**Njoftoni Ndryshime**

Telefononi: 1-844-626-8687; Faks: 1-877-309-9747 (me ID tuaj të Klientit në secilën faqe); ose  
[www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org)



**Kërkesa e Përsëritur e CCSP-së**  
**CCSP Child Care Reapplication**

EMRI I KËRKUESIT	NUMRI I IDENTIFIKIMIT TË KLIENTIT	DATA
ADRESA E KËRKUESIT (Fizike)	DATËLINDJA	
QYTETI SHTETI KODI POSTAR	ADRESA E EMAIL-IT (opsionale)	
ADRESA E KËRKUESIT (Postare nëse e ndryshme)	SSN (OPSIONALE)	NUMRI I TELEFONIT
QYTETI SHTETI KODI POSTAR	RACA ETNIA E KËRKUESIT	GJINIA E KËRKUESIT <input type="checkbox"/> Mashkull <input type="checkbox"/> Femër

A është duke përjetuar familja juaj mungesën e strehimit?  Po  Jo (Shembuj përfshijnë: të jetuarit në një motel, strehë, strehim tranzit, makinë, hapësirë publike ose në mjedis me të tjerë për shkak të humbjes së strehimit ose vështirësive ekonomike.

A jeni një prind ose kujdestar ligjor që ka marë shërbime të mirëqënies për fëmijën në Shtetin e Washingtonit brenda gjashtë (6) muajve të fundit dhe jeni referuar për kujdes për fëmijën si pjesë e planit të rastit tuaj?  Po  Jo (Nëse përgjigjeni po, ju lutemi telefononi 1-844-626-8687 për të parë nëse kualifikoheni për përpunimin e përsheptuar të kërkesës.)

**Fëmijët për të cilët jeni përgjegjës që jetojnë në shtëpinë tuaj**

Nëse nuk keni hapësirë të mjaftueshme për të përfunduar, ju lutemi përdorni një fletë letre të veçantë për të paraqitur informacion shtesë

EMRI (MBIEMRI, EMRI, INICIALI I MESIT)	DATËLINDJA	MASHKULL/FEMËR	ETNIA (OPSIONALE)	SSN (OPSIONALE)	SHTETAS I SH.B.A.-SË OSE BANUES I LIGJSHËM	MARRËDHËNIA ME KËRKUESIN
					<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo	
					<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo	
					<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo	
					<input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Jo	

**Përcaktimi nëse jeni një familje me një ose dy prindër - I duhur**

Jeni:  Beqar/e  I/E martuar  I/E divorcuar  I/E ndarë  Martuar jetoni të ndarë  I/E ve  
 Partneritet shtëpiak i regjistruar

A jetoni me një bashkëshort/e ose prindër / kujdestar tjetër të ndonjë prej fëmijëve tuaj?  Po  Jo  
Nëse jo, plotësoni [Formularin e Deklaratës së Prindit të vetëm, DCYF 27-164](#), dhe paraqisni kërkesën tuaj.  
Nëse po, plotësoni informacionin më poshtë.

BASHKËSHORTI/JA OSE EMRI I PRINDIT TJETËR	DATËLINDJA	SSN (OPSIONALE)	MARRËDHËNIA ME KËRKUESIN	MARRËDHËNIA ME FËMIJËN E MËSIPËRM

Nëse nuk keni hapësirë të mjaftueshme për të përfunduar, ju lutemi përdorni një fletë letre të veçantë për të paraqitur informacion shtesë

Kërkuesi	Bashkëshorti/ja ose prindi / Kujdestari i dytë
EMRI I PUNËDHËNËSIT, VEPRIMTARISË WORKFIRST OSE SHKOLLËS	EMRI I PUNËDHËNËSIT, VEPRIMTARISË WORKFIRST OSE SHKOLLËS
ADRESA (PUNËSIMI, VEPRIMTARIA WORKFIRST OSE SHKOLLA)	ADRESA (PUNËSIMI, VEPRIMTARIA WORKFIRST OSE SHKOLLA)
NUMRI I TELEFONIT DATA E FILLIMIT	NUMRI I TELEFONIT DATA E FILLIMIT
NËSE JENI TË PUNËSUAR, SA HERË PAGUHENI DHE PAGA JUJAJ BRUTO PËR PERIUdhËN E PAGESËS (PËRPARA PAGIMIT TË TAKSAVE, DUKE PËRFSHIRË BAKSHISHE)? <input type="checkbox"/> Çdo javë <input type="checkbox"/> Çdo dy javë <input type="checkbox"/> Dy herë në muaj <input type="checkbox"/> Çdo muaj \$	NËSE JENI TË PUNËSUAR, SA HERË PAGUHENI DHE PAGA JUJAJ BRUTO PËR PERIUdhËN E PAGESËS (PËRPARA PAGIMIT TË TAKSAVE, DUKE PËRFSHIRË BAKSHISHE)? <input type="checkbox"/> Çdo javë <input type="checkbox"/> Çdo dy javë <input type="checkbox"/> Dy herë në muaj <input type="checkbox"/> Çdo muaj \$

**A është kjo punë** punësim me bazë në fermë, që përfshin kultivim, prodhim, korrje ose përpunim të pemëve frutore ose të korrave.  Po  Jo

**A është kjo punë** punësim me bazë në fermë, që përfshin kultivim, prodhim, korrje ose përpunim të pemëve frutore ose të korrave.  Po  Jo

### Burime të tjera mujore të të ardhurave të fituara / Jo të fituara për të gjithë anëtarët e familjes

(Shembuj përfshijnë: Vetë-punësim, ndihmë publike si TANF, ndihmë për fëmijën, sigurim shoqëror ose përfitimet të veteranëve)

Lloji i të ardhurave Përfshini kopje (për tre muajt e fundit)	EMRI VETJA	EMRI	EMRI	EMRI

A paguani ndihmë për fëmijën të urdhëruar nga gjykata?  Po  Jo Shuma mujore: \$

Barcode label



14417

### Burime në dispozicion

A keni pasuri në dispozicion të vlerësuar në \$1,000,000.00 ose më shumë?  Po  Jo

Shembuj të pasurive në dispozicion janë: para, llogari bankare, aksione / obligacione, llogari të investimeve, pasuri të patundshme për investime.

### Orët e veprimtarisë së prindit / Kujdestarit

	KËRKUESI	BASHKËSHORTI/JA OSE PRINDI/KUJDESTARI I DYTË
	VEPRIMTARI (PUNËSIMI, SHKOLLA, VEPRIMTARIA WORKFIRST) TREGONI KOHËN ME PARADITE/PASDITE	VEPRIMTARI (PUNËSIMI, SHKOLLA, VEPRIMTARIA WORKFIRST) TREGONI KOHËN ME PARADITE/PASDITE
E HËNË	CILAT JANË ORËT TUAJA PËR PUNËSIM, SHKOLLË, VEPRIMTARINË WORKFIRST?	CILAT JANË ORËT TUAJA PËR PUNËSIM, SHKOLLË, VEPRIMTARINË WORKFIRST?
E MARTË		
E MËRKURË		
E ENJTE		
E PREMTE		
E SHTUNË		
E DIELË		

A keni një ofrues të kujdesit për fëmijë?  Po  Jo

Emri i ofruesit të kujdesit për fëmijë:

Numri i telefonit/Adresa:

Numri i identifikimit të Sistemi i pagesës së shërbimit shoqëror (SSPS):

**Nëse dëshironi të përdorni një Ofrues të familjes, miqve, ose fqinjëve, ju lutemi kontaktoni Subvencionin e kujdesit për fëmijën**

Cila është data e fillimit të kujdesit për fëmijën:

**Kërkuesi:** Nëse dihet, sa kohë ju duhet për të udhëtuar nga ofruesi i kujdesit për fëmijën tek veprimtaria juaj (punë, shkollë, etj.)?

**Prindi/kujdestari tjetër:** Nëse dihet, sa kohë ju duhet për të udhëtuar nga ofruesi i kujdesit për fëmijën tek veprimtaria juaj (punë, shkollë, etj.)?

## Orët e veprimtarisë të fëmijëve

*Për fëmijë shtesë, bashkëngjisni një fletë letrë të veçantë me informacionin e tyre.*

EMRAT E FËMIJËVE:	ORËT NË SHKOLLË (DITËT DHE ORËT E SAKTA)	ORËT E KUJDESIT TË FËMIJËS (DITËT DHE ORËT E SAKTA)

A do të kenë nevojë për kujdes fëmijët tuaj të moshës shkollore gjatë pushimeve të shkollës dhe të verës?  Po  Jo

A keni një fëmijë me Nevoja të posaçme?  Po  Jo

**Nëse po, ju lutemi kontaktoni Subvencionin e kujdesit për fëmijën për informacion mbi tarifën e pagesave për nevojat të posaçme në 844-626-8687**

### Të drejtat e seancës WAC 110-15-0280

Nëse nuk jeni dakord me vendimet e DCYF-së, mund të kërkonit një seancë duke kontaktuar këtë zyrë ose duke shkruar tek Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. Duhet të kërkonit seancën tuaj:

- Nëse ose përpara datës së hyrjes në fuqi të këtij vendimi ose jo më shumë se 10 ditë pasi ju dërgojmë njoftim të këtij vendimi, NESE merrni përfitime tani dhe dëshironi që ato të vazhdojnë, ose
- Brenda 90 ditësh nga data që merrni këtë letër.

Në seancë, keni të drejtën që të përfaqësoni vetveten, të përfaqësoheni nga një avokat ose nga ndonjë person tjetër që zgjidhni. Mund të jeni në gjendje të merrni këshillim ligjor ose përfaqësim falas duke kontaktuar një zyrë të shërbimeve ligjore.

**Deklaroj nën dënimin e dëshmisë së rreme se informacioni i dhënë prej meje në këtë deklaratë është i vërtetë, i saktë dhe i plotë me sa kam dijeni dhe e kuptoj se falsifikimi me paramendim i këtij informacioni prej meje mund të më ekspozojë ndaj dënimeve siç parashikohet në Ligjin e Shtetit të Washington-it.**

**E kuptoj se është krim të bëj një deklaratë të rreme me qëllim ose të mos njoftoj informacionin që e di se duhet të njoftohet. E kuptoj se nëse njoftoj informacion që e di se është i pasaktë mund të ndiqem penalisht, mund të më kërkohet të ripaguaj përfitimet për të cilat nuk kualifikohesha t'i merrja dhe mund të humbas aftësinë për të marrë përfitime të kujdesit për fëmijën për pesë vjet. (RCW 74.08.055)**

NËNSHKRIMI I KËRKUESIT	DATA	FIRMA E PRINDIT/KUJDESTARIT LIGJOR TË DYTË	DATA

**Diskriminimi është i ndaluar në të gjitha programet dhe veprimtaritë: Askush nuk do të përjashtohet bazuar tek raca, ngjyra, feja, besimi, origjina kombëtare, gjinia, mosha, gjendja martesore, gjendja e veteranit të pa-aftë ose veteran i erës së Vietnamit ose pa-aftësi.**