



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

اسم و آدرس والدین

نمبر قضیه

تاریخ

FOLD

درخواستی مجدد مراقبت طفل CCSP
CCSP Child Care Reapplication

واجد شرایط بودن شما برای برنامه سبب‌سازدی مراقبت طفل (CCSP) بتاریخ **ختم می‌گردد.** شما باید با دبیارتمنت تماس بگیرید توسط تا درخواستی مجدد بدهید. WAC 110-15-0109.

می‌توانید با تماس گرفتن با ما با شماره 626-8687 (844) یا با تکمیل و بازگرداندن فرم درخواستی مجدد (DCYF 14-430) درخواست مجدد بدهید. همچنین می‌توانید از طریق این لینک www.washingtonconnection.org درخواستی مجدد بدهید

اگر فرم را برگردانید، حتماً بیانیه‌ای که اظهار می‌کند تمام معلومات مندرجه در فرم درست و صحیح است، را بخوانید و امضا کنید. فرم را می‌توان در پاکت ضمیمه شده برگرداند یا می‌توانید آن را به شماره 1-877-309-9747 فکس کنید. همچنین سند ثبوت بر درآمدی که خانواده شما در سه ماه گذشته دریافت کرده است را ارائه کنید. به عنوان مثال می‌توان به موارد کنده دستمزدها، صورتحساب‌های کسب شده اشاره کرد که تمام ساعات فعلی ماهوار و درآمد ناخالص شما را نشان می‌دهد، پرداخت‌های حمایت از طفل، مکتوب‌های منظوری یا صورتحساب‌های ماهوار. ما همچنین می‌خواهیم بدانیم که آیا تقسیم اوقات یا ارائه‌کننده شما تغییر کرده است یا خیر.

اگر تا تاریخ درخواستی مجدد ندهید، مزایای طفل شما بتاریخ ختم می‌گردد و ارائه‌کننده شما دیگر نمی‌تواند از DCYF پرداخت‌ها را دریافت کند.

تغییرات را گزارش بدهید

زنگ بزنید: 1-844-626-8687؛ فکس کنید: 1-877-309-9747 (البته با شماره متقاضی تان در هر صفحه؛ یا مراجعه کنید به www.washingtonconnection.org)

درخواستی مجدد CCSP CCSP Reapplication



اسم متقاضی	شماره آی دی متقاضی	تاریخ
آدرس متقاضی (فیزیکی)	تاریخ تولد	
شهر	ایالت	کود پستی
ایمیل آدرس (اختیاری)	شماره آدرس (اختیاری)	شماره تلفون
آدرس متقاضی (در صورت متفاوت بودن از آدرس پستی)	شماره تامین اجتماعی (اختیاری)	
شهر	ایالت	کود پستی
نژاد قومیتی متقاضی	جنسیت متقاضی	مونت <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/>

آیا خانواده شما بی خانمانی را تجربه می کند؟ بله نه (مثال ها عبارت اند از: زندگی در هتل، سرپناه، مسکن انتقالی، موتر، فضای عامه، یا یکجا زندگی کردن با دیگران به دلیل از دست دادن مسکن یا مشکلات اقتصادی.)

آیا شما یک والدین یا سرپرست قانونی هستید که در شش (6) ماه گذشته خدمات رفاهی اطفال را در ایالت واشنگتن دریافت کرده اید و به عنوان بخشی از پلان قضیه خود برای مراقبت از طفل راجع ساخته شده اید؟ بله نه (اگر جواب شما بلی است، لطفاً با شماره 1-844-626-8687 تماس بگیرید تا ببینید آیا واجد شرایطی مراحل سریع درخواستی هستید یا خیر.)

اطفالی که شما مسؤل آن هستید و در خانواده شما زندگی می کنند

اگر جای کافی برای تکمیل نمودن ندارید، لطفاً از یک ورق جداگانه برای ارسال معلومات بیشتر استفاده کنید.

اسم (تخلص، اسم، وسط، حروف اول اسم و تخلص)	تاریخ تولد	مذکر/مونت	قومیت (اختیاری)	شماره تامین اجتماعی (اختیاری)	تبعه ایالات متحده یا ساکن قانونی	ارتباط با متقاضی
					<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
					<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
					<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
					<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه

مشخص نمودن اینکه آیا شما یک والدین مجرد هستید یا خانواده دارای دو والدین- ضروری است

شما کدام یک از این بخش هستید: مجرد متاهل طلاق گرفته جدا شده متاهل با زندگی جدا بیوه متاهل با زندگی جدا متاهل با زندگی جدا بیوه

آیا با همسر یا یکی دیگر از والدین / سرپرست یکی از اطفال خود زندگی می کنید؟ بله نه

اگر جواب شما نه است، فورم ابلاغیه والدین مجرد، DCYF 27-164 (Single Parent Declaration form, DCYF 27-164) را تکمیل کرده و همراه با درخواست خود ارسال کنید. اگر جواب شما بلی است، معلومات زیر را تکمیل کنید.

اسم همسر یا والدین دیگر	تاریخ تولد	شماره تامین اجتماعی (اختیاری)	ارتباط با متقاضی	ارتباط با اطفال فوق

اگر جای کافی برای تکمیل نمودن ندارید، لطفاً از یک ورق جداگانه برای ارسال معلومات بیشتر استفاده کنید.

متقاضی	همسر یا والدین/سرپرست دومی
اسم کارفرما، فعالیت WORKFIRST ، یا مکتب	اسم کارفرما، فعالیت WORKFIRST ، یا مکتب
آدرس (کار، فعالیت WORKFIRST ، یا مکتب)	آدرس (کار، فعالیت WORKFIRST ، یا مکتب)
شماره تلفون	شماره تلفون
تاریخ شروع	تاریخ شروع
اگر مصورف کار هستید، هر چند وقت بعد حقوق و دستمزد دریافت می کنید، و دستمزد ناخالص شما در هر دوره پرداخت (قبل از وضع مالیات، شامل بخششی ها) به شما پرداخت می شود؟	اگر مصورف کار هستید، هر چند وقت بعد حقوق و دستمزد دریافت می کنید، و دستمزد ناخالص شما در هر دوره پرداخت (قبل از وضع مالیات، شامل بخششی ها) به شما پرداخت می شود؟
هفته وار	هفته وار
دو هفته بعد	دو هفته بعد
ماه وار	ماه وار
دو ماه وار	دو ماه وار
\$	\$

<p>آیا این کار، شغل زراعتی است که شامل کشت، تولید، برداشت یا حاصل درختان میوه یا محصولات می شود. <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p>	<p>آیا این کار، شغل زراعتی است که شامل کشت، تولید، برداشت یا حاصل درختان میوه یا محصولات می شود. <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

سایر منابع عایداتی قابل درآمد / غیر قابل درآمد ماهوار تمام اعضای خانواده

(مثل ما عبارت اند از: شغل آزاد، کمک‌های دولتی مانند TANF، حمایت از اطفال، تامین اجتماعی یا مزایای VA)

اسم	اسم	اسم	اسم	نوع درآمد کاپی ها را شامل کنید (سه ماه آخر)
			خودم	

آیا مطابق فرمان محکمه حمایت طفل پرداخت می کنید؟ بلی نخیر مقدار ماهوار: \$

 14417	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Barcode label</div>
-------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

منابع موجود

آیا دارایی های موجود به ارزش 1,000,000 دلار یا بیشتر دارید؟ بلی نخیر
 مثال هایی از دارایی های موجود عبارت اند از: پول نقد، حساب های بانکی، سهام / اوراق بهادار، حساب های سرمایه گذاری، سرمایه گذاری روی املاک.

تقسیم اوقات فعالیت والدین/سرپرست

متقاضی	همسر یا والدین/سرپرست دومی
فعالیت (کار، مکتب، فعالیت WORFFIRST) وقت اش را با قبل از ظهر/بعد از ظهر مشخص کنید	فعالیت (کار، مکتب، فعالیت WORFFIRST) وقت اش را با قبل از ظهر/بعد از ظهر مشخص کنید.
تقسیم اوقات کار، مکتب، فعالیت WORFFIRST شما کدام است؟	تقسیم اوقات کار، مکتب، فعالیت WORFFIRST شما کدام است؟
دوشنبه	
سه شنبه	
چهارشنبه	
پنجشنبه	
جمعه	
شنبه	
یکشنبه	

آیا ارایه کننده مراقبت طفل دارید؟ بلی نخیر
 نام ارایه کننده مراقبت طفل:
 شماره تلفون/ آدرس:
 شماره شناسایی سیستم پرداخت خدمات اجتماعی (SSPS):
اگر می خواهید از یک ارایه دهنده همسایه دوست خانواده (Family Friend Neighbor Provider) استفاده کنید، لطفاً با سببایدی مراقبت از طفل (Child Care Subsidy) تماس بگیرید
 تاریخ شروع مراقبت طفل کدام است:
متقاضی: اگر میدانید، چه مدت طول می کشد تا از محل ارایه دهنده مراقبت طفل خود به محل فعالیت خود (کار، مکتب و غیره) سفر کنید؟
والدین/سرپرست دیگر: اگر میدانید، چقدر طول می کشد تا از محل ارایه دهنده مراقبت طفل خود به محل فعالیت خود (کار، مکتب و غیره) سفر کنید؟

تقسیم اوقات فعالیت اطفال

برای اطفال اضافی، یک ورق جداگانه همراه با معلومات آنها را ضمیمه کنید

اسامی اطفال	تقسیم اوقات مکتب (روزها و اوقات دقیق)	تقسیم اوقات مراقبت اطفال (روزها و اوقات دقیق)

آیا اطفال سن مکتب شما در رخصتی های مکتب و رخصتی های تابستانی به مراقبت نیاز خواهند داشت؟ بله نه

آیا کدام طفلی با نیازهای خاص دارید؟ بله نه

اگر جواب شما بله است، لطفاً برای معلومات درباره نرخ های پرداخت نیازهای خاص با شماره 844-626-8687 با سبسایدی مراقبت طفل (Child Care Subsidy) تماس بگیرید.

قانون استماعیه WAC 110-15-0280

- اگر با تصمیم های DCYF مخالف هستید، می توانید با تماس گرفتن با این دفتر درخواست استماعیه یا رسیدگی کنید یا به دفتر استماعیه های اداری، Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489 مکتوب بنویسید. شما باید درخواست استماعیه نمایند:
- در یا قبل از تاریخ مرعی الاجر شدن این اقدام یا حداکثر 10 روز پس از ارسال اطلاعیه این اقدام به شما، اگر اکنون مزایایی دریافت می کنید و می خواهید ادامه یابد، یا
 - در ظرف 90 روز سر از تاریخ دریافت این مکتوب.

در جلسه استماعیه، شما حق دارید وکیل خود باشید، توسط یک وکیل یا هر شخص دیگری که انتخاب می کنید از شما نمایندگی شود. می توانید با تماس گرفتن با یکی از دفاتر خدمات حقوقی، مشوره یا نمایندگی رایگان حقوقی دریافت کنید.

من تحت مجازات شهادت دروغ ابلاغ می کنم که معلومات ارایه شده توسط من در این اظهارنامه تا جایی که می دانم درست، صحیح و کامل است و متوجه هستم که جعل عمدی این معلومات توسط من ممکن است شامل مجازات هایی شود که در قانون ایالت واشنگتن پیش بینی شده است.

من درک می کنم که اظهار نظر نادرست عمداً یا گزارش ندادن معلوماتی که می دانم باید گزارش داده شود، جرم است. من درک می کنم اگر معلوماتی را که می دانم نادرست است گزارش دهم، ممکن است تحت تعقیب جنایی قرار بگیرم، مجبور به بازپرداخت مزایایی باشم که واجد شرایط دریافت آن نبودم و ممکن است توانایی دریافت مزایای مراقبت طفل را به مدت پنج سال از دست بدهم (RCW 74.08.055)

تاریخ	امضای والدین/سرپرست قانونی دومی	تاریخ	امضای متقاضی

تبعیض در همه برنامه ها و فعالیت ها ممنوع می باشد: هیچ کس نباید بر اساس نژاد، رنگ، مذهب، عقیده، منشاء ملی، جنسیت، سن، حالت متاهلی، حالت کهن سرباز معلول یا کهن سرباز دوران جنگ ویتنام یا معلولیت مستثنی قرار گیرد.