



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

نام و آدرس والدین

شماره پرونده

تاریخ

تاریخ

**درخواست مجدد کمک هزینه مراقبت از کودک**  
**CCSP Child Care Reapplication**

**صلاحیت شما برای برنامه کمک هزینه مراقبت از کودک (CCSP) در تاریخ \_\_\_\_\_ پایان خواهد یافت. باید جهت درخواست مجدد از طریق \_\_\_\_\_ با سازمان تماس بگیرید. WAC 110-15-0109.**

جهت درخواست مجدد می‌توانید از طریق شماره (844) 626-8687 با ما تماس بگیرید یا فرم درخواست مجدد CCSP ضمیمه (DCYF 14-430) را تکمیل و ارسال کنید. همچنین می‌توانید از طریق [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org) درخواست مجدد دهید.

اگر فرم را ارسال کردید، اطمینان یابید که اظهاریه اعلام صحت و درستی تمام اطلاعات فرم را مطالعه و امضا کرده‌اید. فرم را می‌توانید از طریق پاکت نامه پیوست ارسال کنید یا از طریق شماره 1-877-309-9747 فکس کنید. مدارک مربوط به هرگونه درآمدی را که خانواده برای سه ماه گذشته دریافت کرده است، ارائه دهید. نمونه آن: فیش حقوقی، صورت وضعیت درآمدها که نشان‌دهنده کل ساعات کاری ماهانه فعلی و درآمد خالص شماست، پرداخت‌های مربوط به نفقه فرزندان، نامه‌های تأییدیه یا اظهاریه‌های ماهیانه.

همچنین باید از تغییر برنامه زمانی یا تغییر ارائه‌دهنده خدمات شما مطلع شویم.

اگر تا تاریخ \_\_\_\_\_ درخواست مجدد ندهید، مزایای مربوط به مراقبت از کودک شما در تاریخ \_\_\_\_\_ پایان خواهد یافت و ارائه‌دهنده خدمات شما دیگر پرداختی از طرف DCYF دریافت نخواهد کرد.

**گزارش تغییرات**

شماره تماس: 1-844-626-8687؛ فکس: 1-877-309-9747؛ (شماره مشتری باید روی تمامی صفحات باشد)؛ یا [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org)

## درخواست مجدد CCSP CCSP Reapplication



نام متقاضی	شماره شناسایی مشتری	تاریخ
نشانی متقاضی (فیزیکی)	تاریخ تولد	
شهر	ایالت	زیپکد
نشانی متقاضی (نشانی پستی در صورت تفاوت با نشانی فیزیکی)	SSN (اختیاری)	نشانی ایمیل (اختیاری)
شهر	ایالت	زیپکد
جنسیت متقاضی <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> مذکر	قومیت متقاضی	شماره تلفن

خانواده شما در حال تجربه بی‌خانمانی است؟  بله  خیر (مثال: زندگی در مسافرخانه، پناهگاه، خانه به دوشی، زندگی در خودرو، زندگی در فضاهای عمومی یا زندگی مشترک با دیگران به دلیل از دست دادن مسکن یا مشکلات اقتصادی).

شما والد یا قیم قانونی هستید که در شش (6) ماه گذشته در راستای طرح پرونده خود، خدمات رفاه کودکان در ایالت واشنگتن دریافت کرده‌اید و به مراقبت از کودک ارجاع شده‌اید؟  بله  خیر (اگر بله، لطفاً از طریق تماس با شماره 1-844-626-8687 متوجه شوید آیا واجد شرایط رسیدگی فوری به درخواست هستید.)

### کودکانی که مسنول آن‌ها هستید و در خانوار زندگی می‌کنند

اگر فضای کافی برای تکمیل وجود ندارد، لطفاً از برگه دیگری برای ارسال اطلاعات بیشتر استفاده کنید

نسبت با متقاضی	شهر و ایالت متحده یا مقیم قانونی	SSN (اختیاری)	قومیت (اختیاری)	مرد/زن	تاریخ تولد	نام (نام خانوادگی، نام کوچک، حروف اول نام میانی)
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					

### تعیین اینکه خانوار تک‌والد هستید یا دو والد - الزامی

وضعیت شما:  مجرد  متأهل  طلاق‌گرفته  جدا شده  متأهل و زندگی جداگانه  بیوه

در وضعیت همخانگی قانونی

با همسر خود یا والد دیگر/قیم یکی از فرزندان زندگی می‌کنید؟  بله  خیر

اگر خیر، لطفاً فرم [Single Parent Declaration form, DCYF 27-164](#) را تکمیل کنید و همراه با درخواست خود ارائه دهید.

اگر بله، لطفاً اطلاعات زیر را تکمیل نمایید.

نسبت با کودک نامبرده در بالا	نسبت با متقاضی	SSN (اختیاری)	تاریخ تولد	نام همسر یا والد دیگر

اگر فضای کافی برای تکمیل وجود ندارد، لطفاً از برگه دیگری برای ارسال اطلاعات بیشتر استفاده کنید

همسر یا ولی/قیم دوم	متقاضی
نام کارفرما، فعالیت با اولویت کاری، یا مدرسه	نام کارفرما، فعالیت با اولویت کاری، یا مدرسه
نشانی (محل اشتغال، فعالیت با اولویت کاری، یا تحصیل)	نشانی (محل اشتغال، فعالیت با اولویت کاری، یا تحصیل)
شماره تلفن	شماره تلفن
تاریخ شروع	تاریخ شروع
اگر مشغول به کار هستید، هر چند وقت یکبار به شما پرداخت صورت می‌گیرد و دستمزد ناخالص شما به ازای هر دوره (بدون کسورات مالیاتی و با احتساب انعامها) چقدر است؟	اگر مشغول به کار هستید، هر چند وقت یکبار به شما پرداخت صورت می‌گیرد و دستمزد ناخالص شما به ازای هر دوره (بدون کسورات مالیاتی و با احتساب انعامها) چقدر است؟
<input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> هر دو هفته یک بار	<input type="checkbox"/> هفتگی <input type="checkbox"/> هر دو هفته یک بار
<input type="checkbox"/> دو بار در ماه <input type="checkbox"/> ماهانه	<input type="checkbox"/> دو بار در ماه <input type="checkbox"/> ماهانه
\$	\$


این کار مربوط به اشتغال در مزرعه شامل کشت، تولید، برداشت یا فرآوری میوه‌های درختی یا غلات است. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	این کار مربوط به اشتغال در مزرعه شامل کشت، تولید، برداشت یا فرآوری میوه‌های درختی یا غلات است. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
--	--

**سایر منابع درآمد دریافتی/غیردریافتی ماهانه مربوط به تمام اعضای خانواده**

(مثلاً: خود اشتغالی، کمک عمومی نظیر TANF، نفقه فرزند، تأمین اجتماعی یا مزایای VA)

نام	نام	نام	نام	نوع درآمد کپی آن‌ها را ضمیمه کنید (برای سه ماه گذشته)

هزینه‌های نفقه فرزند را بنا به حکم دادگاه می‌پردازید؟  بله  خیر مبلغ ماهانه: \$

Barcode label	 14417
---------------	--

**منابع موجود**

منابعی به ارزش \$1,000,000.00 یا بیشتر در اختیار دارید؟  بله  خیر

مثال‌های منابع موجود: پول نقد، حساب‌های بانکی، سهام/اوراق قرضه، حساب‌های سرمایه‌گذاری، املاک سرمایه‌گذاری.

**برنامه فعالیت ولی/قیم**

متقاضی	همسر یا ولی/قیم دوم
فعالیت (اشتغال، مدرسه، فعالیت با اولویت کاری) زمان را بر حسب صبح/بعدازظهر مشخص کنید	فعالیت (اشتغال، مدرسه، فعالیت با اولویت کاری) زمان را بر حسب صبح/بعدازظهر مشخص کنید
دوشنبه	برنامه شما برای اشتغال مدرسه، فعالیت با اولویت کاری چیست؟
سه‌شنبه	
چهارشنبه	
پنج‌شنبه	
جمعه	
شنبه	
یکشنبه	

ارائه‌دهنده مراقبت از کودک دارید؟  بله  خیر

نام ارائه‌دهنده مراقبت از کودک:

شماره تلفن/نشانی:

شماره شناسایی سیستم پرداخت خدمات اجتماعی (SSPS):

اگر مایلید از ارائه‌دهنده همسایه، دوست یا خانواده استفاده کنید، لطفاً با یارانه مراقبت از کودک تماس بگیرید

تاریخ شروع مراقبت از کودک:

**متقاضی:** در صورت اطلاع، چه مدت طول می‌کشد تا از محل ارائه‌دهنده مراقبت فرزندتان به محل فعالیت خود (محل کار، مدرسه و غیره) برسید؟

**ولی/قیم دیگر:** در صورت اطلاع، چه مدت طول می‌کشد تا از محل ارائه‌دهنده مراقبت فرزندتان به محل فعالیت خود (محل کار، مدرسه و غیره) برسید؟

### برنامه زمانی فعالیت کودکان

**برای سایر کودکان، برگه جداگانه‌ای به همراه اطلاعات آن‌ها ضمیمه کنید.**

اسامی کودکان	برنامه مدرسه (روزها و ساعات دقیق)	برنامه مراقبت از کودک (روزها و ساعات دقیق)

کودکان مدرسه‌ای شما در زمان مدرسه و تعطیلات تابستان نیاز به مراقبت دارند؟  بله  خیر

کودکی با نیازهای ویژه دارید؟  بله  خیر

**اگر پاسخ مثبت است، لطفاً برای کسب اطلاعات در مورد نرخ‌های پرداخت مربوط به نیازهای ویژه، از طریق شماره 844-626-8687 با یارانه مراقبت از کودک تماس بگیرید.**

### حقوق دادرسی WAC 110-15-0280

اگر با تصمیمات DCYF مخالف هستید، می‌توانید درخواست دادرسی بدهید و این کار را با تماس با این دفتر یا ارسال نامه به دفتر دادرسی‌های اداری به نشانی زیر انجام دهید: **Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489**. شما باید درخواست دادرسی را به شرح زیر انجام دهید:

- در تاریخ اجرای این اقدام یا قبل از آن، یا حداکثر 10 روز بعد از اینکه ما اطلاعیه اقدام را برای شما ارسال کردیم، در صورتی که هم‌اکنون مزایایی را دریافت می‌کنید و می‌خواهید این مسئله ادامه پیدا کند، یا
- ظرف مدت 90 روز از تاریخ دریافت این نامه.

در جلسه دادرسی، حق دارید خودتان از خود دفاع کنید، با یک وکیل یا هر فرد دیگری که انتخاب می‌کنید به نمایندگی از شما حضور پیدا کند. ممکن است بتوانید از طریق تماس با دفتر خدمات حقوقی، مشاوره حقوقی یا وکالت رایگان دریافت کنید.

شهادت می‌دهم که اطلاعاتی که در این اظهاریه ارائه کرده‌ام تا حد دانش من درست و کامل است و متوجه هستم که تحریف عمدی این اطلاعات توسط من ممکن است باعث شود در معرض مجازات‌های مربوطه در قانون ایالتی واشنگتن قرار بگیرم.

متوجه هستم ارائه عمدی اظهاریه نادرست یا ارائه نکردن اطلاعاتی که می‌دانم باید گزارش شود، جرم محسوب می‌شود. متوجه هستم اگر اطلاعاتی را گزارش دهم که می‌دانم نادرست هستند، ممکن است در دادگاه جنایی محاکمه شوم، ملزم به پرداخت مزایایی شوم که واجد شرایط دریافت آن‌ها نبوده‌ام و احتمالاً صلاحیت دریافت مزایای مراقبت از کودک را به مدت پنج سال از دست بدهم. (RCW 74.08.055)

امضا متقاضی	تاریخ	امضای ولی/سرپرست قانونی دوم	تاریخ

تبعیض در تمام برنامه‌ها و فعالیت‌ها ممنوع است: هیچ‌کس نباید بر مبنای نژاد، رنگ پوست، دین، اعتقادات، ملیت، جنسیت، سن، وضعیت تأهل، وضعیت کهنه‌سربازی یا خدمات در جنگ ویتنام یا ناتوانی از دریافت خدمات محروم شود.