



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

ФАМИЛИЯ, ИМЯ И АДРЕС РОДИТЕЛЯ

НОМЕР ДЕЛА

ДАТА

ЛИНИЯ СГИБА

**Повторное заявление на получение пособия по уходу за детьми в рамках Программы субсидий по уходу за детьми (CCSP)
CCSP Child Care Reapplication**

Вы утратите право на участие в Программе субсидий по уходу за ребенком (CCSP)
_____. Вы обязаны связаться с департаментом до _____, чтобы повторно подать заявку. WAC 110-15-0109.

Вы можете подать повторное заявление на участие в программе по телефону (844) 626-8687 или же заполнив и выслав нам прилагаемую Форму повторного заявления на участие в программе CCSP (DCYF 14-430). Вы также можете подать повторное заявление на www.washingtonconnection.org.

При подаче этой формы не забудьте прочитать и подписать заявление о том, что все сведения, изложенные в заявке, являются правдивыми и точными. Заполненную форму можно вернуть в прилагаемом конверте либо отправить по факсу 1-877-309-9747. Предоставьте подтверждение любого дохода, полученного членами вашей семьи за последние три месяца. Примерами таких подтверждений являются квитанции о начислении зарплаты, выписки из платежных ведомостей, в которых указаны полное количество отработанных в данном месяце часов, и общая сумма дохода (до вычетов), квитанции о выплате алиментов, извещения об утверждении выплат и ежемесячные выписки по счетам.

Нам также необходимо знать, изменился ли ваш график или поставщик услуг.

Если вы не подадите повторное заявление до _____, действие вашего пособия по уходу за детьми прекратится _____ и ваш поставщик услуг более не получит оплату от DCYF.

Сообщения об изменениях

Звоните по телефону: 1-844-626-8687; Факс: 1-877-309-9747 (укажите ваш идентификационный номер клиента на каждой странице); или онлайн:
www.washingtonconnection.org



**Повторное заявление на участие в программе CCSP
CCSP Reapplication**

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ			ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	ДАТА
АДРЕС ЗАЯВИТЕЛЯ (физический)			ДАТА РОЖДЕНИЯ	
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ (по желанию)	
АДРЕС ЗАЯВИТЕЛЯ (почтовый, если отличается от физического)			НОМЕР В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ SSN (ПО ЖЕЛАНИЮ)	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	ЭТНИЧЕСКАЯ И РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	ПОЛ ЗАЯВИТЕЛЯ <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский

Сталкивается ли ваша семья с проблемой бездомности? Да Нет (Примеры: проживание в мотеле, приюте, временном жилье, машине, общественном месте, или подселение к другим людям из-за потери жилья или финансовых трудностей).

Являетесь ли вы родителем или законным опекуном, который получал услуги по социальному обеспечению детей в штате Вашингтон в течение последних шести (6) месяцев и получил направление на услуги ухода за ребенком в рамках плана ухода за ребенком? Да Нет (Если вы ответили «да», позвоните по телефону 1-844-626-8687, чтобы узнать, имеете ли вы право на ускоренную обработку заявления).

Проживающие с вами дети, за которых вы отвечаете

Если вам не хватает места для заполнения данных, пожалуйста, воспользуйтесь отдельным листом бумаги для предоставления дополнительной информации

ИМЯ (ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ИНИЦИАЛ ВТОРОГО ИМЕНИ)	ДАТА РОЖДЕНИЯ	МУЖСКОЙ / ЖЕНСКИЙ ПОЛ	ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (ПО ЖЕЛАНИЮ)	НОМЕР В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ SSN (ПО ЖЕЛАНИЮ)	ГРАЖДАНИН США ИЛИ ЛИЦО, ЗАКОННО ПРОЖИВАЮЩЕЕ В США	КЕМ ПРИХОДИТСЯ ЗАЯВИТЕЛЮ
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Определение того, являетесь ли вы семьей с одним или двумя родителями — обязательно

Вы: Холост/не замужем Женат/замужем Разведен (-а) Разлучен (-а) с супругой (-ом) с сохранением брака (Separated) Состоите в браке с раздельным проживанием Вдова/вдовец
 Состоите в официально зарегистрированном гражданском браке (Registered Domestic Partnership)

Живете ли вы с супругом или другим родителем / опекуном любого из ваших детей? Да Нет
Если нет, заполните [форму декларации для родителя-одиночки \(Single Parent Declaration form\), DCYF 27-164](#) и подайте ее вместе с заявлением.

Если да, то предоставьте информацию ниже.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ СУПРУГА (-и) ИЛИ ДРУГОГО РОДИТЕЛЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ SSN (ПО ЖЕЛАНИЮ)	КЕМ ПРИХОДИТСЯ ЗАЯВИТЕЛЮ	СТЕПЕНЬ РОДСТВА С УКАЗАННЫМИ ВЫШЕ ДЕТЬМИ

Если вам не хватает места для заполнения данных, пожалуйста, воспользуйтесь отдельным листом бумаги для предоставления дополнительной информации

Заявитель		Супруг (-а) или второй родитель / опекун	
НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST ИЛИ УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ		НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST ИЛИ УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ	
АДРЕС (МЕСТО РАБОТЫ, МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПРОГРАММЫ WORKFIRST ИЛИ УЧЕБЫ)		АДРЕС (МЕСТО РАБОТЫ, МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПРОГРАММЫ WORKFIRST ИЛИ УЧЕБЫ)	
НОМЕР ТЕЛЕФОНА	ДАТА НАЧАЛА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	ДАТА НАЧАЛА
ЕСЛИ ВЫ РАБОТАЕТЕ, ТО КАКОВЫ ПЕРИОДИЧНОСТЬ И РАЗМЕР ВАШЕЙ ЗАРПЛАТЫ БРУТТО ЗА КАЖДЫЙ ПЛАТЕЖНЫЙ ПЕРИОД (ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ, С УЧЕТОМ ЧАЕВЫХ)? <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> Дважды в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно \$		ЕСЛИ ВЫ РАБОТАЕТЕ, ТО КАКОВЫ ПЕРИОДИЧНОСТЬ И РАЗМЕР ВАШЕЙ ЗАРПЛАТЫ БРУТТО ЗА КАЖДЫЙ ПЛАТЕЖНЫЙ ПЕРИОД (ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ, С УЧЕТОМ ЧАЕВЫХ)? <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> Дважды в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно \$	

Является ли эта работа работой на ферме, включая выращивание, производство, сбор или переработку плодовых деревьев или зерновых культур.
 Да Нет

Является ли эта работа работой на ферме, включая выращивание, производство, сбор или переработку плодовых деревьев или зерновых культур.
 Да Нет

Другие источники ежемесячного активного и пассивного дохода для всех членов семьи

(Примеры: индивидуальная предпринимательская деятельность, государственная помощь, такая как TANF, алименты на содержание ребенка, пособия по социальному обеспечению или от Администрации по делам ветеранов)

Тип дохода Приложите копии соответствующих документов (за последние три месяца):	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЬ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ

Выплачиваете ли вы алименты по решению суда? Да Нет Ежемесячная сумма: \$

Barcode label



14417

Имеющиеся ресурсы

Есть ли у вас свободные активы стоимостью \$1 000 000,00 или более? Да Нет

Примерами имеющихся активов являются: наличные деньги, банковские счета, акции/облигации, инвестиционные счета, инвестиционная недвижимость.

Расписание деятельности родителя /опекуна

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

Есть ли у вас поставщик услуг по уходу за детьми? Да Нет

Имя или название поставщика услуг по уходу за детьми:

Номер телефона/адрес:

Ваш номер в платежной системе социального обслуживания (SSPS):

Если вы хотите воспользоваться услугами поставщиков из числа членов семьи, друзей или соседей (Family Friend Neighbor Provider), свяжитесь с сотрудником программы субсидий по уходу за детьми (Child Care Subsidy).

Дата начала оказания ухода за ребенком:

Заявитель: Если вам это известно: сколько времени занимают поездки от вашего поставщика услуг по уходу за ребенком до места осуществления вашей основной деятельности (работы, учебы и т. д.)?

Второй родитель / опекун: Если вам это известно: сколько времени занимают поездки от вашего поставщика услуг по уходу за ребенком до места осуществления вашей основной деятельности (работы, учебы и т. д.)?

Расписания занятий детей

Приложите дополнительный лист бумаги с информацией о детях, если их несколько.

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 ребенок с особыми потребностями? Да Нет

Если да, то свяжитесь, пожалуйста, с сотрудником программы субсидий по уходу за ребенком (Child Care Subsidy) и попросите предоставить вам сведения о тарифах оплаты ухода за детьми с особыми нуждами, по телефону 844-626-8687

Права на проведение административного слушания согласно WAC 110-15-0280

Если вы не согласны с решениями DCYF, вы имеете право обратиться с запросом о проведении слушания, связавшись с нашим отделением или написав письмо в Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. Вы обязаны запросить о проведении слушания:

- Не позднее даты вступления в силу соответствующего решения или не позднее 10 дней с даты отправки вам 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.

Сознавая реальность наказания за лжесвидетельство, я заявляю, что насколько мне известно, все сведения, предоставленные мной в данном заявлении, являются правдивыми, точными и полными; я осознаю, что умышленное искажение этих сведений может повлечь для меня наказание по законам штата Вашингтон.

Я понимаю, что преднамеренное предоставление ложных утверждений или умалчивание информации, которую, как это мне известно, мне необходимо сообщить, является преступлением. Я понимаю, что если я сообщу заведомо неверную информацию, меня могут привлечь к уголовной ответственности, обязать выплатить пособия, на которые я не имел (-а) права, и, возможно, лишит возможности получать пособия по уходу за ребенком в течение пяти лет. (RCW 74.08.055)

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА	ПОДПИСЬ ВТОРОГО РОДИТЕЛЯ / ОФИЦИАЛЬНОГО ОПЕКУНА	ДАТА

В процессе реализации любых программ и мероприятий не допускается дискриминация: Никому не может быть отказано в получении услуг или льгот на основании расовой принадлежности, цвета кожи, религии, вероисповедания, национального происхождения, пола, возраста, семейного положения, статуса ветерана с инвалидностью или статуса ветерана войны во Вьетнаме, а также по причине наличия инвалидности.