



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

ชื่อและที่อยู่ของบิดามารดา

หมายเลขเคส

วันที่

กลับแฟ้มข้อมูล

**การสมัครเข้าร่วมโครงการดูแลบุตร CCSP ใหม่**  
**CCSP Child Care Reapplication**

**สิทธิในโครงการเงินสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตร (CCSP) ของท่านจะหมดอายุลงในวันที่ \_\_\_\_\_**  
ท่านต้องติดต่อแผนกภายในวันที่ \_\_\_\_\_ เพื่อขอยื่นสมัครใหม่อีกครั้ง WAC 110-15-0109.

ท่านสามารถสมัครเข้าร่วมโครงการใหม่โดยโทรมาที่ (844) 626-8687 หรือ กรอกใบสมัครเข้าร่วมโครงการ CCSP ใหม่ (DSHS 14-430) ตามแนบและส่งคืนกลับมาที่เรา และคุณยังสามารถยื่นสมัครใหม่อีกครั้งได้ที่ [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org)

หากท่านส่งคืนใบสมัครกลับมา

กรุณาอ่านและลงนามในคำแถลงรายการข้อมูลทั้งหมดในสมัครเพื่อรับรองว่าเป็นความจริงและถูกต้อง ท่านสามารถส่งคืนใบสมัครกลับมาในซองตามแนบ หรือ ส่งกลับคืนมาทางแฟกซ์ที่หมายเลข 1-877-309-9747 พร้อมยื่นหลักฐานแสดงรายได้ที่ครัวเรือนของท่านได้รับในช่วงสามเดือนหลังสุด ตัวอย่างเช่น ต้นข้าวค้างจ้าง รายการรายได้แสดงจำนวนชั่วโมงรวมและรายได้รวมในเดือนปัจจุบัน การจ่ายเงินค่าเลี้ยงดูบุตร หนังสือแจ้งการให้ความเห็นชอบ หรือ รายการเดินบัญชีรายเดือน

นอกจากนี้ เรายังต้องการทราบว่ามีการเปลี่ยนแปลงตารางเวลาหรือผู้ให้บริการของท่านหรือไม่

หากคุณไม่ยื่นสมัครใหม่ภายในวันที่ \_\_\_\_\_ สิทธิในการดูแลบุตรของคุณจะหมดอายุลงในวันที่ \_\_\_\_\_ และผู้ให้บริการของคุณจะไม่สามารถรับการชำระเงินจาก DCYF อีกต่อไป

**การเปลี่ยนแปลงรายงาน**

โทรศัพท์: 1-844-626-8687; โทรสาร: 1-877-309-9747 (พร้อมรหัสลูกค้าของคุณในทุกหน้า) หรือ [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org)



ชื่อผู้สมัคร	หมายเลข ID ผู้รับบริการ	วันที่
ที่อยู่ผู้ยื่นคำขอ (ที่อยู่อาศัยจริง)	วันเดือนปีเกิด	
เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์	อีเมลที่อยู่ (ไม่บังคับ)	
ที่อยู่ผู้ยื่นคำขอ (ที่อยู่สำหรับการจัดส่งเอกสารหากใช้ที่อยู่อื่น)	SSN (ไม่บังคับ)	หมายเลขโทรศัพท์
เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์	ชื่อชาติของผู้สมัคร	เพศของผู้สมัคร <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง

ครอบครัวของคุณอยู่ในสถานะการไร้บ้านใช่หรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่ (เช่น การอาศัยอยู่ในโมเดล สถานสงเคราะห์ ที่อยู่อาศัยชั่วคราว รถยนต์ พื้นที่สาธารณะ หรืออาศัยอยู่กับผู้อื่นที่อาจถูกขอให้ย้ายออกได้ เนื่องจากการสูญเสียที่อยู่อาศัยหรือปัญหาเศรษฐกิจ)

คุณเป็นบิดามารดาหรือผู้ปกครองตามกฎหมายที่ได้รับบริการด้านสวัสดิการเด็กในมลรัฐวอชิงตันในช่วงหก (6) เดือนหลังและได้รับการส่งต่อการดูแลบุตรในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของแผนในเรื่องนี้ของคุณใช่หรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่  
(หากคุณตอบว่าใช่ โปรดติดต่อไปที่ 1-844-626-8687 เพื่อตรวจสอบว่าคุณมีคุณสมบัติในการดำเนินการสมัครแบบเร่งด่วนหรือไม่)

เด็กที่คุณรับผิดชอบอาศัยอยู่ในบ้าน						
หากพื้นที่เขียนข้อมูลไม่เพียงพอ โปรดใช้กระดาษแยกเพิ่มเติมอีกฉบับเพื่อส่งข้อมูลเพิ่มเติม						
ชื่อ (นามสกุล ชื่อตัว ชื่อกลาง)	วันเดือนปีเกิด	ชาย/หญิง	ถิ่นที่มา (ไม่บังคับ)	SSN (ไม่บังคับ)	ประชากรสหรัฐฯ หรือผู้พำนักถูกต้องตามกฎหมาย	ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร
					<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
					<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
					<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
					<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	

การประเมินว่าคุณอยู่ในสถานะครอบครัวผู้ปกครองเลี้ยงเดี่ยวหรือผู้ปกครองเป็นคู่ – จำเป็นต้องให้ข้อมูล				
คุณอยู่ในสถานะ: <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรสแล้ว <input type="checkbox"/> หย่าร้าง <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> สมรสแล้วแต่ไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมกัน <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> จัดทะเบียนและอาศัยอยู่ร่วมกัน				
คุณอาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบิดาหรือมารดาอีกคนหนึ่ง/ผู้ปกครองของบุตรรายได้ของคุณใช่หรือไม่? <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่				
หากไม่ใช่ โปรดกรอก <a href="#">แบบฟอร์มสำแดงสถานะผู้ปกครองเลี้ยงเดี่ยว DCYF 27-164</a> แล้วแนบส่งมาพร้อมกับใบสมัครของคุณ				
หากใช่ โปรดกรอกข้อมูลด้านล่าง				
ชื่อคู่สมรสหรือพ่อหรือแม่อีกฝ่าย	วันเดือนปีเกิด	SSN (ไม่บังคับ)	ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร	ความสัมพันธ์กับเด็กข้างต้น

ผู้สมัคร		คู่สมรสหรือผู้ปกครอง / ผู้พิทักษ์คนที่สอง	
ชื่อนายจ้าง กิจกรรมใน WorkFirst หรือสถานศึกษา		ชื่อนายจ้าง กิจกรรมใน WorkFirst หรือสถานศึกษา	
ที่อยู่ (สถานที่ทำงาน, กิจกรรม WORKFIRST หรือโรงเรียน)		ที่อยู่ (สถานที่ทำงาน, กิจกรรม WORKFIRST หรือโรงเรียน)	
หมายเลขโทรศัพท์ วันที่เริ่มต้น		หมายเลขโทรศัพท์ วันที่เริ่มต้น	
หากคุณมีงานทำ คุณได้รับค่าจ้างบ่อยแค่ไหนและค่าจ้างรวมของคุณต่อรอบ (ก่อนหักภาษี รวมทั้งทิป) เป็นเท่าใด		หากคุณมีงานทำ คุณได้รับค่าจ้างบ่อยแค่ไหนและค่าจ้างรวมของคุณต่อรอบ (ก่อนหักภาษี รวมทั้งทิป) เป็นเท่าใด	
<input type="checkbox"/> รายสัปดาห์ <input type="checkbox"/> ทุกสองสัปดาห์		<input type="checkbox"/> รายสัปดาห์ <input type="checkbox"/> ทุกสองสัปดาห์	
<input type="checkbox"/> เดือนละสองครั้ง <input type="checkbox"/> รายเดือน \$		<input type="checkbox"/> เดือนละสองครั้ง <input type="checkbox"/> รายเดือน \$	

งานดังกล่าวเป็นการทำงานในฟาร์ม ซึ่งหมายถึงไปถึงการเพาะปลูก การผลิต การเก็บเกี่ยว หรือการแปรรูปไม้ผลหรือพืชผลหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	งานดังกล่าวเป็นการทำงานในฟาร์ม ซึ่งหมายถึงไปถึงการเพาะปลูก การผลิต การเก็บเกี่ยว หรือการแปรรูปไม้ผลหรือพืชผลหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
--	--

**แหล่งรายได้ที่จากการทำงานรายเดือนอื่น /  
รายได้ที่ไม่ได้มาจากการทำงานสำหรับสมาชิกทุกคนในครอบครัว**

*(ตัวอย่าง: การจ้างงานตนเอง, การช่วยเหลือสาธารณะ เช่น TANF, การสนับสนุนเด็ก, ประกันสังคมหรือสิทธิ์ VA)*

ประเภทรายได้ รวมสำเนา (สำหรับสามเดือนล่าสุด)	ชื่อ ตนเอง	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ

คุณให้ค่าเลี้ยงดูบุตรตามคำสั่งศาลหรือไม่  ให้  ไม่ใช่ ค่าเลี้ยงดูเดือนละ: \$

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

**ทรัพย์สินที่มี**

คุณมีทรัพย์สินที่มีมูลค่า \$1,000,000.00 เหรียญสหรัฐขึ้นไปหรือไม่  มี  ไม่มี

ตัวอย่างของสินทรัพย์ที่มีได้แก่ เงินสด บัญชีธนาคาร หุ่น/พันธบัตร บัญชีเพื่อการลงทุน อสังหาริมทรัพย์เพื่อการลงทุน

**ตารางกิจกรรมของผู้ปกครอง / ผู้พิทักษ์**

ผู้สมัคร		คู่สมรสหรือพ่อแม่/ผู้ปกครองคนที่สอง
กิจกรรม (การทำงาน เรียนหนังสือ กิจกรรมใน WorkFirst) ระยะเวลา A.M./P.M.		กิจกรรม (การทำงาน เรียนหนังสือ กิจกรรมใน WorkFirst) ระยะเวลา A.M./P.M.
วันจันทร์	ตารางเวลาของคุณเป็นอย่างไรสำหรับการทำงาน, SCHOOL, WORKFIRST ACTIVITY?	ตารางเวลาของคุณเป็นอย่างไรสำหรับการทำงาน, SCHOOL, WORKFIRST ACTIVITY?
วันอังคาร		
วันพุธ		
วันพฤหัสบดี		
วันศุกร์		
วันเสาร์		
วันอาทิตย์		

คุณมีผู้ให้บริการดูแลเด็กหรือไม่  มี  ไม่มี

ชื่อผู้ให้บริการดูแลเด็ก:

หมายเลขโทรศัพท์/ที่อยู่:

หมายเลขประจำตัวของระบบการรับเงินบริการสังคมสงเคราะห์ (SSPS):

**หากคุณต้องการใช้บริการ Family Friend Neighbor Provider โปรดติดต่อฝ่ายงานด้านเงินสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตร**

วันที่เริ่มต้นการดูแลเด็กคือวันที่:

**ผู้สมัคร:** คุณต้องใช้เวลาเท่าใดในการเดินทางจากผู้ให้บริการดูแลเด็กไปถึงสถานที่ดำเนินกิจกรรมของคุณ (ที่ทำงาน โรงเรียน ฯลฯ) โปรดตอบหากคุณทราบ

**ผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์อื่น ๆ:** คุณต้องใช้เวลาเท่าใดในการเดินทางจากผู้ให้บริการดูแลเด็กไปถึงสถานที่ดำเนินกิจกรรมของคุณ (ที่ทำงาน โรงเรียน ฯลฯ) โปรดตอบหากคุณทราบ

## ตารางกิจกรรมสำหรับเด็ก

ในกรณีที่มีเด็กเพิ่มเติม โปรดแนบเอกสารพร้อมข้อมูลของเด็กรายดังกล่าวเพิ่มเติมแยกต่างหาก

ชื่อเด็ก	ตารางเวลาเรียน (วันและเวลาที่แน่นอน)	ตารางเวลาการดูแลบุตร (วันและเวลาที่แน่นอน)

บุตรของคุณที่อยู่ในวัยเล้าเรียนต้องการการดูแลระหว่างการเล้าเรียนและช่วงหยุดฤดูร้อนใช่หรือไม่?  ใช่  ไม่

คุณมีบุตรที่มีความต้องการพิเศษใช่หรือไม่?  ใช่  ไม่

หากใช่ โปรดติดต่อฝ่ายงานด้านเงินสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตรเพื่อขอรับข้อมูลอัตราเงินสนับสนุนในกรณีความจำเป็นพิเศษที่ **844-626-8687**

### สิทธิได้รับการไต่สวน (Hearing Rights) WAC 110-15-0280

หากคุณไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของ DCYF คุณสามารถขอการไต่สวนได้ โดยติดต่อมาที่สำนักงานนี้หรือส่งจดหมายถึง Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489 ท่านต้องร้องขอให้มีการไต่สวน:

- ในหรือก่อนวันที่การดำเนินการนี้มีผลบังคับใช้หรือไม่เกิน 10 วันหลังจากที่เราส่งหนังสือแจ้งเรื่องการดำเนินการนี้ หากคุณได้รับสิทธิประโยชน์อยู่ในปัจจุบันและต้องการได้รับสิ่งนั้นต่อไป หรือ
- ภายใน 90 วันนับตั้งแต่วันที่คุณได้รับหนังสือฉบับนี้

ในการไต่สวน คุณมีสิทธิที่จะเข้ารับการไต่สวนด้วยตนเอง หรือโดยมีทนายความเป็นผู้แทน หรือโดยมีบุคคลอื่นที่คุณเลือกเป็นผู้แทน ท่านสามารถขอรับคำแนะนำทางกฎหมายโดยไม่มีค่าใช้จ่ายหรือการเป็นผู้แทนโดยติดต่อสำนักงานบริการทางกฎหมาย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้ในคำแถลงนี้เป็นความจริง ถูกต้อง และครบถ้วนตามความรู้ที่ดีที่สุดของข้าพเจ้า ทั้งนี้ภายใต้บทลงโทษในความผิดฐานเบิกความเท็จ และตระหนักดีว่าการปลอมแปลงโดยเจตนาซึ่งข้อมูลนี้อาจทำให้ข้าพเจ้าต้องระวางโทษตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายแห่งมลรัฐวอชิงตัน

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าการแจ้งข้อความอันเป็นเท็จโดยเจตนา

หรือไม่รายงานข้อมูลที่ข้าพเจ้าทราบว่าเป็นอาชญากรรม ฉันเข้าใจว่า

หากข้าพเจ้ารายงานข้อมูลที่ข้าพเจ้าทราบที่ไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้าอาจถูกดำเนินคดีทางอาญา

อาจต้องชำระเงินคืนในสิทธิที่ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิได้รับ และอาจสูญเสียสิทธิการรับดูแลบุตรเป็นเวลาห้าปี (RCW 74.08.055)

ลายมือชื่อผู้สมัคร	วันที่	ลายมือชื่อของบิดาหรือมารดา/ผู้ปกครองตามกฎหมาย	วันที่

การเลือกปฏิบัติถือเป็นสิ่งต้องห้ามในทุกโปรแกรมและกิจกรรม: ไม่ควรมีบุคคลใดถูกกีดกันเนื่องจากเชื้อชาติ สีผิว ศาสนา ความเชื่อ ชาติกำเนิด เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ทหารผ่านศึกที่ทุพพลภาพหรือมีสถานะทหารผ่านศึกในยุคสงครามเวียดนาม หรือจากความทุพพลภาพ