



Washington State Department of  
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

إقرار ولي الأمر العائل الوحيد للأطفال المشاركين في

برنامج CCSP

CCSP Single Parent Declaration

رقم هاتف مركز الاتصالات التابع لبرنامج إعانات رعاية الطفل	رقم فاكس مركز تواصل برنامج إعانة رعاية الطفل
رقم تعريف العميل	التاريخ

يُرجى استكمال هذا النموذج والتوقيع عليه. ويُرجى تقديم المعلومات المطلوبة أدناه لكل طفل في أسرتك المعيشية. إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية، فيُرجى استخدام الجزء الخلفي من هذا النموذج أو إرفاق صفحات إضافية.

اسم الطفل	اسم، وعنوان، وتاريخ ميلاد ولي الأمر الآخر	لا أستطيع تقديم هذه المعلومات لأن القيام بذلك قد يؤدي على الأرجح إلى إلحاق ضرر جسدي أو عاطفي خطير بي أو بأحد أفراد أسرتي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
اسم الطفل	اسم، وعنوان، وتاريخ ميلاد ولي الأمر الآخر	لا أستطيع تقديم هذه المعلومات لأن القيام بذلك قد يؤدي على الأرجح إلى إلحاق ضرر جسدي أو عاطفي خطير بي أو بأحد أفراد أسرتي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
اسم الطفل	اسم، وعنوان، وتاريخ ميلاد ولي الأمر الآخر	لا أستطيع تقديم هذه المعلومات لأن القيام بذلك قد يؤدي على الأرجح إلى إلحاق ضرر جسدي أو عاطفي خطير بي أو بأحد أفراد أسرتي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
اسم الطفل	اسم، وعنوان، وتاريخ ميلاد ولي الأمر الآخر	لا أستطيع تقديم هذه المعلومات لأن القيام بذلك قد يؤدي على الأرجح إلى إلحاق ضرر جسدي أو عاطفي خطير بي أو بأحد أفراد أسرتي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
اسم الطفل	اسم، وعنوان، وتاريخ ميلاد ولي الأمر الآخر	لا أستطيع تقديم هذه المعلومات لأن القيام بذلك قد يؤدي على الأرجح إلى إلحاق ضرر جسدي أو عاطفي خطير بي أو بأحد أفراد أسرتي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
اسم الطفل	اسم، وعنوان، وتاريخ ميلاد ولي الأمر الآخر	لا أستطيع تقديم هذه المعلومات لأن القيام بذلك قد يؤدي على الأرجح إلى إلحاق ضرر جسدي أو عاطفي خطير بي أو بأحد أفراد أسرتي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
اسم الطفل	اسم، وعنوان، وتاريخ ميلاد ولي الأمر الآخر	لا أستطيع تقديم هذه المعلومات لأن القيام بذلك قد يؤدي على الأرجح إلى إلحاق ضرر جسدي أو عاطفي خطير بي أو بأحد أفراد أسرتي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
توقيع العميل	التاريخ	اسم ولي الأمر/الوصي القانوني يكتب بأحرف واضحة

من خلال توقيعي على هذا النموذج، فإنني أشهد بأنني العائل الوحيد للأسرة المعيشية التي أعيش معها، وأنني لا أعيش مع زوج/زوجة أو أحد الوالدين الآخرين لأي من أطفالي. وأقر تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين أن المعلومات التي قَدِّمتها في هذا الإقرار صحيحة، ودقيقة وكاملة على حد علمي، وأدرك أن التزوير المتعمد لهذه المعلومات من جانبي قد يعرضني لعقوبات كما هو منصوص عليه في قانون ولاية واشنطن. (RCW 74.08.055)