



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)
بيان برامج الإعانات المالية لرعاية الطفل
(CCSP) الخاص بمعلومات صلة القرابة
CCSP Statement of Collateral Information

المكتب المحلي	رقم الهاتف
رقم الحالة	التاريخ

الجزء الأول

الموضوع: _____

تحدد إدارة شؤون الأطفال والشباب والعائلات حاليًا استحقاق الشخص المذكور أعلاه للحصول على الإعانة المالية لرعاية الطفل. يُرجى كتابة المعلومات المطلوبة في الجزء الثاني من هذا النموذج.

أخصائي الخدمات المالية

الجزء الثاني

أفوض _____ الذي تربطني به علاقة

شخص أو وكالة

بتقديم المعلومات التالية إلى

الطبيب، الجار، القريب، إلخ.

إدارة شؤون الأطفال والشباب والعائلات

التاريخ

توقيع مقدم الطلب / المتلقي

الجزء الثالث

إلى الشخص الذي يقدم معلومات صلة القرابة

يُرجى عدم كتابة أي معلومات سوى التي تعرف صحتها شخصيًا. وقّع على النموذج وقم بتأريخه، واكتب عنوانك ورقم هاتفك لكي نتواصل معك. أرفق الصفحات الإضافية إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر.

وأقسم بصدق وصحة ما سبق، وأتحمل عقوبة الحنث باليمين طبقًا لقوانين ولاية واشنطن. RCW 9.72 و RCW 74.08.055

تاريخ

التوقيع

رقم الهاتف

العنوان