



Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (ПРОГРАМИ СУБСИДІЇ
ПО ДОГЛЯДУ ЗА ДИТИНОЮ, CCSP)

Декларація батьків-одинаків CCSP

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ CHILD CARE SUBSIDY CONTACT CENTER (КОНТАКТНОГО ЦЕНТРУ З ПИТАНЬ СУБСИДІЇ ПО ДОГЛЯДУ ЗА ДИТИНОЮ)	НОМЕР ФАКСУ CHILD CARE SUBSIDY CONTACT CENTER (КОНТАКТНОГО ЦЕНТРУ З ПИТАНЬ СУБСИДІЇ ПО ДОГЛЯДУ ЗА ДИТИНОЮ)
ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА	ДАТА

Заповніть і підпишіть цю форму. Надайте запитувану нижче інформацію про кожну дитину у вашому домогосподарстві. Якщо вам потрібно більше місця, скористайтеся зворотною стороною цієї форми або прикріпіть додаткові сторінки.

ІМ'Я ДИТИНИ	ІМ'Я, АДРЕСА ТА ДАТА НАРОДЖЕННЯ ДРУГОГО З БАТЬКІВ	Я не можу надати цю інформацію, оскільки це може призвести до серйозної фізичної або емоційної шкоди мені чи комусь із членів мого домогосподарства: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
ІМ'Я ДИТИНИ	ІМ'Я, АДРЕСА ТА ДАТА НАРОДЖЕННЯ ДРУГОГО З БАТЬКІВ <input type="checkbox"/> Те саме, що й вище.	Я не можу надати цю інформацію, оскільки це може призвести до серйозної фізичної або емоційної шкоди мені чи комусь із членів мого домогосподарства: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
ІМ'Я ДИТИНИ	ІМ'Я, АДРЕСА ТА ДАТА НАРОДЖЕННЯ ДРУГОГО З БАТЬКІВ <input type="checkbox"/> Те саме, що й вище.	Я не можу надати цю інформацію, оскільки це може призвести до серйозної фізичної або емоційної шкоди мені чи комусь із членів мого домогосподарства: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
ІМ'Я ДИТИНИ	ІМ'Я, АДРЕСА ТА ДАТА НАРОДЖЕННЯ ДРУГОГО З БАТЬКІВ <input type="checkbox"/> Те саме, що й вище.	Я не можу надати цю інформацію, оскільки це може призвести до серйозної фізичної або емоційної шкоди мені чи комусь із членів мого домогосподарства: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
ІМ'Я ДИТИНИ	ІМ'Я, АДРЕСА ТА ДАТА НАРОДЖЕННЯ ДРУГОГО З БАТЬКІВ <input type="checkbox"/> Те саме, що й вище.	Я не можу надати цю інформацію, оскільки це може призвести до серйозної фізичної або емоційної шкоди мені чи комусь із членів мого домогосподарства: <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

Підписуючи цю форму, я підтверджую, що підпадаю під класифікацію батьків-одинаків і не проживаю з подружжям або з кимось з інших батьків моїх дітей. Я заявляю під страхом покарання за неправдиві свідчення, що інформація, надана мною в цій декларації, є правдивою, правильною і повною, наскільки мені відомо, і усвідомлюю, що навмисна фальсифікація цієї інформації з мого боку може призвести до покарання, передбаченого законодавством штату Washington. (RCW 74.08.055)

ПІДПИС КЛІЄНТА	ДАТА	ІМ'Я ОДНОГО З БАТЬКІВ-ОДИНАКІВ / ЗАКОННОГО ОПІКУНА (ДРУКОВАНИМИ БУКВАМИ)
----------------	------	--