STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

POWIADOMIENIE O BRAKU INFORMACJI O DOMOWNIKACH/KREWNYCH
IN-HOME/RELATIVE PENDING LETTER

Data: _____

_____
BIURO LOKALNE

_____
NUMER SPRAWY

_____
ZAGIĄĆ

Wystąpili Państwo do WCCC z wnioskiem o pomoc w pokryciu kosztów opieki nad dzieckiem świadczonej przez:

1. Osobę dorosłą przychodzącą do Państwa domu w celu opiekowania się dzieckiem lub
2. Spełniająca wymagania osobę z Państwem spokrewnioną w jej domu.*

Aby udzielona została zgoda na opiekę nad dzieckiem, muszą PAŃSTWO:

☐ Wypełnić i podpisać załączony wniosek do WCCC, Część 2. Nie wolno zostawiać wolnych miejsc. Formularz podpisany musi również zostać przez osobą świadczącą opiekę.

☐ Osoba świadcząca opiekę musi wypełnić formularz DSHS 09-653 zgody na sprawdzenie karalności. Jeśli JAKIEKOLWIEK miejsca zostaną pozostawione puste lub informacje będą niekompletne, formularz zostanie zwrócony nieprzetworzony, co opóźni wypłatę zasiłku. Jeżeli dane pytanie nie ma w Państwa przypadku zastosowania, wpisać „brak”. Przetwarzanie trwać może od dwóch do trzech tygodni.

☐ Jeśli osoba świadcząca opiekę jest spełniającą wymagania osobą spokrewnioną z Państwem, która opiekuje się Państwa dzieckiem w swoim domu, formularz zgody na sprawdzenie karalności wypełnić musi każdy z członków tego gospodarstwa domowego w wieku powyżej 16 lat. Jeśli wybrali Państwo ten rodzaj opieki, muszą Państwo poprosić o wydanie dodatkowych formularzy.

☐ Dostarczyć kopię karty ubezpieczenia społecznego osoby świadczącej opiekę.

☐ Dostarczyć kopię dowodu tożsamości ze zdjęciem osoby świadczącej opiekę.

W przypadku pytań prosimy o kontakt telefoniczny na poniżej podany numer.

Imię i nazwisko pracownika: _____ Numer telefonu/faksu: _____

* Spełniająca wymagania osoba spokrewniona to dziadkowie dziecka, jego ciotka, wujek, pradziadkowie, babcia i dziadek cioteczni, dorosły brat lub siostra mieszkający poza domem dziecka albo dalsza rodzina plemienna w świetle RCW Rozdział 43.215.