STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

तारीख: _____

_____
माता-पिता/अभिभावक

_____
मामला संख्या

_____
तह करें

प्रिय आवेदकः

हमें कार्यशील संबंध बाल देखभाल (WCCC) के लिए आपका अनुरोध प्राप्त हुआ। यह आवेदन आपके अनुरोध के प्रत्युत्तर में भेजा जा रहा है।

आपके द्वारा निम्नलिखित <u>सारी</u> सूचना प्रदान करने के बाद हम आपके आवेदन पर कार्रवाई करेंगे और पात्रता का निर्धारण करेंगे।

- WCCC आवेदन/प्रदाता (provider) सूचना (आपको इसे अवश्य **भरना** चाहिए, भले ही आप किसी WorkFirst क्रियाकलाप में हों);
- पिछले तीन महीन की परिवार की आय प्रदान करें (जैसे वेतन पर्ची, बाल सहायता, सामाजिक सुरक्षा आय, अनुपूरक सुरक्षा आय (SSI) की प्रतियाँ, और आपके परिवार में किसी द्वारा प्राप्त की गई कोई अन्य आय)। अपना रोज़गार का कार्यक्रम और कोई सम्पर्क व्यक्ति और टेलीफोन नंबर सम्मिलित करें। आपको राज्य से नकदी की सहायता से आय का प्रमाण प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है (TANF)।
- अगर आपकी हाल ही में नौकरी लगी है और आपके पास वेतन पर्ची नहीं है, तो हम आपके नियोक्ता (employer) से ऐसा विवरण स्वीकार करेंगे जिसमें यह बताया गया हो कि आपकी नियुक्ति की तारीख क्या है, आप कितना कमा रहे हैं (प्रति घंटा, वेतन इत्यादि) और आपका कार्यक्रम (schedule) क्या होगा। कृपया विवरण में कोई सम्पर्क व्यक्ति और टेलीफोन नंबर सम्मिलित करवाएं।
- न्यायालय का प्रमाण या प्रशासनिक रूप से आदेश दिए गए सहायता भुगतान (अगर लागू हो) और किए गए भुगतानों का सत्यापन।
- अगर देखभाल घरेलू/रिश्तेदार प्रदाता द्वारा प्रदान की जाती है, तो प्रदाता को इस फॉर्म के पृष्ठ चार पर सूचीबद्ध योग्यताएं अवश्य पूरी करनी चाहिए और आपको प्रदाता को निम्नलिखित वस्तुएं अवश्य प्रदान करनी चाहिए:
  - चित्र पहचान;
  - वैध सामाजिक सुरक्षा कार्ड या प्रमाण कि प्रदाता अमरीका में काम करने के लिए कानूनी रूप से योग्य है, जैसे ग्रीन कार्ड या रोज़गार प्राधिकरण दस्तावेज़ (EAD);
  - वर्तमान पता; और
  - पृष्ठभूमि प्राधिकरण फॉर्म (Background Authorization form), DSHS 09-653. आप यह फॉर्म अपने WCCC प्राधिकरण कर्मचारी से प्राप्त कर सकते हैं। **सभी पृष्ठभूमि जाँच परिणामों की प्राप्ति से पहले प्रदान की गई देखभाल के लिए कोई भुगतान नहीं किया जाएगा।**

अगर आपको प्रश्न पूछने हैं, तो कृपया नीचे दिए गए नंबर पर कॉल करें।

कर्मचारी का नाम: _____ टेलीफोन/फैक्स नंबर: _____

Washington State Department of Social & Health Services

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

WCCC आवेदन

भाग 1. आवेदन संबंधी सूचना

अपूर्ण सूचना से सेवाओं और भुगतान के लिए अनुमोदन में विलम्ब हो सकता है। साफ-साफ टाइप या प्रिंट करें।

तारीख	कर्मचारी का नाम
स्थानीय कार्यालय	
टेलीफोन नंबर	फैक्स नंबर

आवेदक का नाम और पता

मामला संख्या	जन्म की तारीख
SSN (ऐच्छिक)	टेलीफोन नंबर
जातीयता	लिंग ☐ पुरुष ☐ महिला

परिवार में रह रहे वे बच्चे जिनके लिए आप उत्तरदायी हैं

नाम (अन्तिम, पहला, मध्य आद्यक्षर)	जन्म की तारीख	लिंग	जातीयता	सामाजिक सुरक्षा संख्या (ऐच्छिक)	अमरीकी नागरिक या कानूनी निवासी	आवेदक के साथ संबंध
					☐ हाँ ☐ नहीं	
					☐ हाँ ☐ नहीं	
					☐ हाँ ☐ नहीं	
					☐ हाँ ☐ नहीं	
					☐ हाँ ☐ नहीं	
					☐ हाँ ☐ नहीं	

परिवार में रह रहे पति/पत्नी या बच्चे के अन्य माता-पिता/अभिभावक (आवश्यक)

नाम	जन्म की तारीख	सामाजिक सुरक्षा संख्या (ऐच्छिक)	आवेदक के साथ संबंध	उपर्युक्त बच्चों के साथ संबंध

आवेदक	**पति-पत्नी या द्वितीय माता-पिता/अभिभावक**
नियोक्ता का नाम, WORKFIRST क्रियाकलाप, या स्कूल	नियोक्ता का नाम, WORKFIRST क्रियाकलाप, या स्कूल
पता (रोज़गार, WORKFIRST क्रियाकलाप, या स्कूल)	पता (रोज़गार, WORKFIRST क्रियाकलाप, या स्कूल)
टेलीफोन नंबर प्रारंभ करने की तारीखः	टेलीफोन नंबर प्रारंभ करने की तारीखः
अगर आप नियोजित हैं, तो आपको कितनी बार भुगतान किया जाता है **और** आपका वेतन?	अगर आप नियोजित हैं, तो आपको कितनी बार भुगतान किया जाता है **और** आपका वेतन?
☐ साप्ताहिक रूप से ☐ प्रत्येक दो सप्ताह में	☐ साप्ताहिक रूप से ☐ प्रत्येक दो सप्ताह में
☐ महीने में दो बार ☐ मासिक $	☐ महीने में दो बार ☐ मासिक $

क्या आपने बाल सहायता का भुगतान किया? ☐ हाँ ☐ नहीं मासिक धनराशिः $

परिवार के सभी सदस्यों के लिए अर्जित/गैर-अर्जित आय के मासिक स्रोत

प्रतियाँ सम्मिलित करें (पिछले तीन महीनों के लिए):	नाम **स्वयं**	नाम	नाम	नाम
रोज़गार (सकल, कर से पहले)				
स्व-रोज़गार				
ज़रूरतमंद परिवारों को अस्थायी सहायता (TANF)				
प्राप्त बाल सहायता				
सामाजिक सुरक्षा (SSI, SSA)				
VA, विकलांगता, L&I, या बेरोज़गारी लाभ				
अन्य (बताएं):				

क्या आप आवास के लिए भुगतान करने में अपनी सहायता के लिए कोई वाउचर प्राप्त करते हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

माता-पिता/अभिभावक क्रियाकलाप कार्यक्रम		
आवेदक		पति-पत्नी या द्वितीय माता-पिता/अभिभावक
क्रियाकलाप (रोज़गार, स्कूल, WORFIRST क्रियाकलाप)		क्रियाकलाप (रोज़गार, स्कूल, WORFIRST क्रियाकलाप)
सोमवार	रोज़गार, स्कूल, WORKFIRST क्रियाकलाप के लिए आपका क्या कार्यक्रम है?	रोज़गार, स्कूल, WORKFIRST क्रियाकलाप के लिए आपका क्या कार्यक्रम है?
मंगलवार		
बुधवार		
बृहस्पतिवार		
शुक्रवार		
शनिवार		
रविवार		

बच्चे की देखभाल किस तारीख से आरम्भ होगी:

बच्चों के क्रियाकलाप का कार्यक्रम		
बच्चों का नाम	स्कूल का कार्यक्रम (निश्चित दिन और समय)	बाल देखभाल कार्यक्रम (निश्चित दिन और समय)

क्या आपके यहाँ विशेष आवश्यकताओं वाला कोई बच्चा है? ☐ हाँ ☐ नहीं

अगर हाँ, तो कृपया विशेष आवश्यकताओं की भुगतान दरों के बारे में सूचना के लिए प्राधिकरण कर्मचारी से सम्पर्क करें।

सुनवाई के अधिकार

अगर आप इस निर्णय से असहमत हों, तो आप इस कार्यालय से सम्पर्क करके या Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489 को लिखकर सुनवाई के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आपको अपनी सुनवाई के लिए अनुरोध अवश्य करना चाहिएः

- इस कार्य की प्रभावी तारीख पर या इससे पहले या हमारे द्वारा इस कार्य के लिए आपको नोटिस भेजने के 10 से कम दिन पहले, अगर आप अब लाभ प्राप्त करते हैं और आप इन्हें जारी रखना चाहते हैं, या
- आप द्वारा इस पत्र की प्राप्ति की तारीख के 90 दिनों के भीतर।

सुनवाई पर, आपके पास अपना प्रतिनिधित्व करने या अपने द्वारा चुने गए किसी वकील या किसी अन्य व्यक्ति द्वारा अपना प्रतिनिधित्व करवाने का अधिकार है। आप कानूनी सेवाओं के किसी कार्यालय से सम्पर्क करके मुफ्त कानूनी सलाह या प्रतिनिधित्व प्राप्त कर सकेंगे।

मैं यह घोषणा करता हूँ कि झूठी गवाही के दंड के अंतर्गत मेरे द्वारा इस घोषणा में दी गई सूचना मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सच, सही और पूर्ण है और मैं यह अनुभव करता हूँ कि मेरे द्वारा इस सूचना को जान-बूझकर झूठा बनाने से मुझ पर वाशिंगटन राज्य कानून (Washington State Law) में वर्णित दंड लगाए जा सकते हैं। (RCW 74.08.055)

पहले माता-पिता/कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर	तारीख	दूसरे माता-पिता/कानूनी अभिभावक के हस्ताक्षर	तारीख

आपके बच्चों के लिए चिकित्सा

क्या आपको पता था कि आप अपने बच्चों के लिए चिकित्सा और दन्त बीमा सुरक्षा प्राप्त कर सकते हैं? कोई प्रतीक्षा सूची नहीं है और यह **1 - 2 – 3** जितना आसान है!

1. क्या आप राज्य के माध्यम से किसी अन्य प्रकार की सहायता जैसे फूड स्टैम्प या नकद सहायता प्राप्त कर रहे हैं?
   - **हाँ:** अपने मामले के प्रभारी वित्तीय कर्मचारी को फोन करें और अपने बच्चों के लिए चिकित्सा बीमा सुरक्षा के लिए अनुरोध करें।
   - **नहीं:** 1-800-204-6429 पर बाल चिकित्सा सहायता के लिए टोल फ्री टेलीफोन नंबरों पर कॉल करें।
2. यह बताने के लिए कर्मचारी द्वारा आवश्यक सूचना प्रदान करें कि क्या आप पात्र हैं। उसके पास यह सूचना पहले से हो सकती है या वह इसे टेलीफोन पर प्राप्त कर सकता है।
3. चिकित्सा कार्ड डाक द्वारा प्राप्त करें।

प्रतीक्षा न करें - आपके बच्चों के लिए चिकित्सा बीमा सुरक्षा फोन कॉल जितनी दूर है!

सभी कार्यक्रमों और क्रियाकलापों में भेदभाव की मनाही है: किसी भी व्यक्ति को प्रजाति, रंग, धर्म, पंथ, राष्ट्रीय मूल, लिंग, आयु, वैवाहिक स्थिति, विकलांग पुराने सिपाही या वियतनाम-युग के पुराने सिपाही की स्थिति या अपंगता के आधार पर बाहर नहीं किया जाएगा।

Washington State Department of Social & Health Services

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

WCCC आवेदन

भाग 2. प्रदाता संबंधी सूचना

(माता-पिता/अभिभावक और प्रदाता द्वारा भरा जाना है)

साफ-साफ टाइप या प्रिंट करें। अपूर्ण सूचना से सेवाओं और भुगतान के लिए अनुमोदन में विलम्ब हो सकता है।

तारीख	
कर्मचारी का नाम	
स्थानीय कार्यालय	
टेलीफोन/फैक्स नंबर	

1. प्रदाता का नाम और पता

हमें दिया गया प्रदाता का नाम और पता सार्वजनिक सूचना है और इसे इसके लिए अनुरोध करने वाले हर किसी को दिया जा सकता है।

मामला संख्या	
माता-पिता/अभिभावक का नाम	
प्रदाता का नाम	प्रदाता नंबर
प्रदाता का पता	प्रदाता का टेलीफोन नंबर
शहर राज्य ज़िप कोड	देखभाल के लिए अनुमानित आरम्भ तारीख

2. देखभाल का प्रकार: आपके द्वारा प्रदान की जाने वाली देखभाल के प्रकार वाले ठीक बॉक्स पर सही का निशान लगाएं। प्रदाता भाग 3 और 4 भरें।

☐ लाइसेंसशुदा बाल देखभाल केन्द्र	प्रदाता का SSN या संघीय कर पहचान नंबर	☐ लाइसेंसशुदा परिवार गृह बाल देखभाल केन्द्र	प्रदाता का SSN या संघीय कर पहचान नंबर

लाइसेंसरहित देखभाल

☐ संबंधी या मित्र **माता-पिता और प्रदाता को बाकी फॉर्म अवश्य भरना चाहिए।**		प्रदाता का SSN	
क्या आप उसी पते पर रहते हैं जिस पर वे बच्चे रहते हैं जिनके लिए आप देखभाल प्रदान करते हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं	18 या अधिक? ☐ हाँ ☐ नहीं	जन्म की तारीख	बच्चे के साथ संबंध

महत्वपूर्ण: लाइसेंसरहित देखभाल का उपयोग करते समय यह भाग माता-पिता द्वारा अवश्य भरा जाना चाहिए। अपूर्ण सूचना से भुगतान में विलम्ब होगा।

1. **प्रदाता मेरा बच्चा है** (स्वाभाविक, सौतेला, गोद लिया हुआ, या पोष्य) 18 से 20 वर्ष का। ☐ हाँ ☐ नहीं
2. **प्रदाता मेरा माता-पिता है** (स्वाभाविक, सौतेला, गोद लिया हुआ, या पोष्य)। ☐ हाँ ☐ नहीं
   अगर हाँ, तो नीचे उस बॉक्स पर सही का निशान लगाएं जो आप पर लागू होता हो (बाल देखभाल के लिए आवेदन करने वाला व्यक्ति, बाल देखभाल प्रदाता नहीं)।
   मैं यह हूँ: ☐ विधुर। ☐ तलाकशुदा। ☐ विवाहित, अलग रह रहा, या कुँवारा।
   ☐ अपनी विकलांग पत्नी/पति के साथ रह रहा/रही जो एक कैलेन्डर तिमाही में कम से कम चार लगातार सप्ताहों तक मेरे बच्चे की देखभाल करने में असमर्थ है।
3. ☐ **न तो 1 या न 2 मुझ पर लागू होता है** (बाल देखभाल के लिए आवेदन करने वाला व्यक्ति, प्रदाता नहीं)।

3. वे दिन और समय लिखें जब आप निम्नलिखित बच्चों के लिए देखभाल प्रदान करेंगे
(कृपया अपने द्वारा देखभाल किए जाने वाले अतिरिक्त बच्चों के लिए भाग पाँच का उपयोग करें)

नाम	जन्म की तारीख	वे दिन और समय जब देखभाल प्रदान की जाएगी, स्कूल के समय से पहले और बाद लिखें

4. लाइसेंसशुदा प्रदाता: अपनी <u>दैनिक</u> दरें लिखें — **लाइसेंसरहित प्रदाता: अपनी <u>प्रति घंटा</u> दरें लिखें।**

आपके द्वारा माता-पिता/अभिभावकों से वसूल की जाने वाली सामान्य दरें क्या हैं? यह सूचना भुगतान प्राधिकृत करने से पहले अवश्य प्रदान की जानी चाहिए।	शिशु $	बच्चा $	पंजीकरण शुल्क ☐ कोई नहीं ☐ एक-बार ☐ वार्षिक ☐ फील्ड ट्रिप की फीस	अगर हाँ, तो धनराशि: $_____ ☐ प्रति बच्चा ☐ प्रति परिवार $_____ प्रति माह दर
	प्रीस्कूल $	स्कूल आयु $		

विशेष आवश्यकताओं वाले बच्चों के लिए भुगतान दरों के लिए प्राधिकृत करने वाले कर्मचारी से सम्पर्क करें।

मैं यह समझता हूँ कि इस फॉर्म को भरना भुगतान की गारंटी नहीं देता। अगर बाल देखभाल प्राधिकृत है, तो मैं अपनी सामान्य दर या DEL दर, जो कोई भी कम हो, पर बाल देखभाल भुगतान पर सहमत हूँ।

प्रदाता के हस्ताक्षर ☐ निदेशक ☐ गैर रिश्तेदार केयरटेकर ☐ अन्य ☐ मालिक ☐ रिश्तेदार केयरटेकर	तारीख	टेलीफोन और फैक्स नंबर (क्षेत्र का कोड सम्मिलित करें)

5. अगर आपको अतिरिक्त बच्चों का व्यौरा डालने की ज़रूरत हो, तो कृपया इस भाग का उपयोग करें (देखें भाग 3)		
NAMES	जन्म की तारीख	वे दिन और समय जब देखभाल प्रदान की जाएगी, स्कूल के समय से पहले और बाद लिखें

6. प्रदाता उस स्थिति में पूरा करें अगर बाल देखभाल बच्चे के घर से बाहर होती हो

प्रदाता वयस्क रिश्तेदार अवश्य होना चाहिए। रिश्तेदार को उस प्रदाता के साथ रहने वाले 16 वर्ष या इससे अधिक आयु के सभी व्यक्तियों के नाम और जन्म की तारीखें विभाग को अवश्य प्रदान करनी चाहिए। केवल उन पारिवारिक सदस्यों के नाम लिखें जो 16 वर्ष या इससे अधिक आयु के हों।

नाम	जन्म की तारीख	नाम	जन्म की तारीख
1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि ऊपर सूचीबद्ध व्यक्ति 16 वर्ष या इससे अधिक आयु के वे अकेले व्यक्ति हैं जो मेरे साथ रहते हैं। मैं यह समझता हूँ कि इन व्यक्तियों पर वही पृष्ठभूमि पूछताछ प्रक्रिया लागू होगी जो मुझ पर लागू होती है। मैं यह भी समझता हूँ कि जब 16 वर्ष या इससे अधिक आयु का कोई अन्य व्यक्ति तब मेरे घर में आ जाता है जब मैं WCCC के लिए प्राधिकृत प्रदाता हूँ, तब मुझे माता-पिता को अवश्य तुरन्त सूचित करना चाहिए।

प्रदाता के हस्ताक्षर	तारीख

7. माता-पिता और प्रदाता का प्रमाणीकरण

क्या आप, प्रदाता, अमरीकी नागरिक या कोई विदेशी अमरीका में काम करने के लिए कानूनी रूप से योग्य हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

घरेलू/रिश्तेदार प्रदाता होने के लिए:

- आपकी आयु 18 वर्ष या इससे अधिक ज़रूर होनी चाहिए
- आपको केवल बच्चों के घर में देखभाल प्रदान करनी चाहिए। देखभाल उस स्थिति में प्रदाता के घर में ही प्रदान की जा सकती है अगर वह बच्चे का निम्नलिखित में से कोई रिश्तेदार हो; आँटी, अंकल, दादा-दादी, नाना-नानी, घर से बाहर रहने वाला भाई-बहन या माता-पिता की आंटी, माता-पिता का अंकल या परदादा-परदादी, परनाना-परनानी।
- आपकी WAC 170-290-0160 या WAC 170-290-0165 के अंतर्गत अयोग्य ठहराने वाली आपराधिक पृष्ठभूमि नहीं होनी चाहिए।
- आपको देखभाल किए जा रहे बच्चे की सारी आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए शारीरिक और मानसिक रूप से पर्याप्त स्वस्थ होना चाहिए। अगर WCCC स्टाफ इसके लिए कहता है, तो माता-पिता को इस बारे में लिखित प्रमाण अवश्य प्रदान करना चाहिए कि आप सुरक्षित बाल देखभाल प्रदाता होने के लिए शारीरिक और मानसिक रूप से पर्याप्त स्वस्थ हैं।
- आप शारीरिक सज़ा या मानसिक दुर्व्यवहार का उपयोग किए बिना बच्चे की देखभाल करने में समर्थ होने चाहिए।
- आपको बच्चे को किसी सुरक्षित घर में देखभाल प्रदान करनी चाहिए।
- आपको मूलभूत स्वास्थ्य पद्धतियों, संक्रामक बीमारी की रोकथाम और नियन्त्रण और प्रतिरक्षणों के बारे में सूचित किया जाना चाहिए।
- बच्चे की विकास संबंधी आवश्यकताओं के आधार पर लगातार देखभाल, निगरानी और क्रियाकलाप प्रदान करने चाहिए।
- आपको तब माता-पिता को स्वयं या परिवार में किसी, 16 वर्ष या इससे अधिक आयु के व्यक्ति के विरूद्ध आपराधिक दोषसिद्धियों (convictions) या लम्बित आरोपों के किसी नोटिस के बारे में तुरन्त सूचित करना चाहिए, जब देखभाल बच्चे के घर से बाहर की जाती है।
- आपको बच्चे का जीव-वैज्ञानिक, सौतेला या दत्तक माता-पिता, कानूनी अभिभावक, माता-पिता की जगह, या इनमें से किसी व्यक्ति का पति/पत्नी नहीं होना चाहिए।
- आपको सही उपस्थिति रिकॉर्ड रखने चाहिए। रिकॉर्डों:
  1. में वे दिन और समय अवश्य दिखाए जाने चाहिए जब देखभाल प्रदान की गई थी
  2. को पाँच वर्षों के लिए रखा जाना चाहिए; और
- अगर हम इनके लिए कहते हैं, तो हमें 14 लगातार कैलेन्डर दिवसों के भीतर दिया जाना चाहिए।

8. माता-पिता और प्रदाता का प्रमाणीकरण			
मैं, माता-पिता/अभिभावक के रूप में यह प्रमाणित करता हूँ कि मेरा घरेलू/संबंधी प्रदाता ऊपर दी गई अपेक्षाओं को पूरा करता है। मैं यह समझता हूँ: ▪ अगर मैं ये आश्वासन नहीं दे सकता, तो भुगतान प्राधिकृत नहीं किया जाएगा। ▪ निश्चित पृष्ठभूमि सूचना मेरे प्रदाता को अयोग्य ठहरा सकती है। यह मेरे प्रदाता का उत्तरदायित्व है कि जब देखभाल बच्चे के घर से बाहर होती है, तो अगर उस पर, प्रदाता के साथ रहने वाले 16 वर्ष या इससे अधिक आयु के किसी अन्य व्यक्ति पर किसी अपराध का आरोप लगाया जाता है या उसका दोष सिद्ध हो जाता है, तो वह मुझे तुरन्त बताए। इसके बाद मैं अपने WCCC प्राधिकरण कर्मचारी को तुरन्त बताने के लिए उत्तरदायी हूँ। ▪ **सभी पृष्ठभूमि जाँच परिणामों की प्राप्ति की तारीख से पहले प्रदान की गई देखभाल के लिए कोई भुगतान नहीं किया जाएगा।** ▪ अगर यह प्रदाता बाल देखभाल बन्द कर देता है, तो मुझे पाँच दिनों के भीतर WCCC स्टाफ को अवश्य सूचित करना चाहिए। ▪ मेरे प्रदाता को एक बार में (समान घंटे और दिन) छह से अधिक बच्चों की देखभाल के लिए भुगतान नहीं किया जाएगा। ▪ मैं अपनी पात्रता की अवधि के दौरान एक ही समय पर WCCC भुगतान के लिए प्राधिकृत तीन से अधिक घरेलू/रिश्तेदार प्रदाता नहीं रख सकता। इन तीन प्रदाताओं में से केवल एक बैक-अप (वैकल्पिक) प्रदाता हो सकता है। मैं बैक-अप देखभाल के लिए लाइसेंसशुदा/प्रमाणित प्रदाता का उपयोग कर सकता हूँ। ▪ **अगर आपके और आपके प्रदाता के बीच रहन-सहन की स्थिति बदल जाती है, तो इसके बारे में तुरन्त सूचित करें (इस प्रकार का परिवर्तन इस बात को प्रभावित कर सकता है कि प्रदाताओं को किस प्रकार का दस्तावेज़ उनकी सेवा के लिए भेजा जाएगा)।** **मैं यह घोषणा करता हूँ कि झूठी गवाही के दंड के अंतर्गत मेरे द्वारा इस घोषणा में दी गई सूचना मेरे सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सच, सही और पूर्ण है और मैं यह अनुभव करता हूँ कि मेरे द्वारा इस सूचना को जान-बूझकर झूठा बनाने से मुझ पर वाशिंगटन राज्य कानून (Washington State Law) में वर्णित दंड लगाए जा सकते हैं। (RCW 74.08.055)**			
माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर	तारीख	प्रदाता के हस्ताक्षर	तारीख

<u>सभी बाल देखभाल प्रदाता (ALL CHILD CARE PROVIDERS)</u>

WCCC भुगतान स्वीकार करके, प्रदाता निम्नलिखित पर सहमत होते हैं:

राज्य के पास किसी भी बाल देखभाल अनुरोध के लिए अनुमोदन/प्राधिकरण रोकने का अधिकार है।

प्रदाता की अधिसूचना टिप्पणी: कृपया सामाजिक सेवा भुगतान प्रणाली (SSPS) भुगतान प्राधिकरण नोटिस पर परिवार पात्रता समाप्ति तारीख नोट करें। लाइसेंसशुदा/प्रमाणित प्रदाता "बाल आर्थिक सहायता, लाइसेंसशुदा और प्रमाणित बाल देखभाल प्रदाताओं के लिए पुस्तिका," DEL 22-877 नामक पुस्तिका की प्रति के लिए WCCC स्टाफ से सम्पर्क कर सकते हैं।

अतिरिक्त भुगतान: लाइसेंसशुदा और प्रमाणित प्रदाता नियमित बाल देखभाल सेवाओं और प्रदाता की सामान्य दरों के लिए WCCC दर के बीच अन्तर के लिए माता-पिता/अभिभावकों से भुगतान नहीं करवा सकते। कोई प्रदाता अतिरिक्त भुगतान करने या सह-भुगतान (copayment) का भुगतान करने के प्रयोजनों के लिए किसी ग्राहक को कोई तीसरा पक्षकार खोजने के लिए नहीं कह सकता।

कोई प्रदाता तब WCCC के लिए प्राधिकृत किसी ग्राहक से तब अतिरिक्त वसूल सकता है जब किसी माता-पिता/अभिभावकः

- को निजी कारणों की वजह से प्राधिकृत देखभाल की धनराशि से अधिक बाल देखभाल की आवश्यकता होती है (जैसे किसी माता-पिता/अभिभावक को बच्चों को ले जाने में इसलिए देरी हो जाती है क्योंकि वे खरीददारी करने गए थे); या
- बच्चों के लिए ऐच्छिक समृद्धि कार्यक्रमों (उदाहरण के लिए जिमनास्टिक्स, बैले इत्यादि) के लिए अनुरोध करता है।

प्रदाताओं को राज्य द्वारा नियोजित नहीं किया जाता: इस करार के अंतर्गत कार्य करने वाला प्रदाता और उसके कर्मचारी राज्य के कर्मचारी या एजेंट नहीं हैं। प्रदाता वाशिंगटन राज्य का कोई अधिकारी या कर्मचारी होने का दावा नहीं करेगा, न ही वह ऐसे अधिकार, विशेषाधिकार, या लाभ के लिए कोई दावा करेगा जो अध्याय 41.06 RCW के अंतर्गत किसी सिविल सेवा कर्मचारी को प्राप्त होंगे।

बाल देखभाल दरें आरम्भिक शिक्षा विभाग (Department of Early Learning - DEL) द्वारा निर्धारित की जाती हैं और उपयुक्त होने पर कर रोके जा सकते हैं। राज्य आन्तरिक राजस्व सेवा (Internal Revenue Service -IRS) को बाल देखभाल आय सूचित करता है। प्रदाताओं को प्रत्येक वर्ष जनवरी के अन्त तक 1099 या W-2 फॉर्म भेजा जाएगा। फॉर्म फाइल पर राज्य के अन्तिम पते पर भेजा जाएगा।