Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

معلومات مزود رعاية برنامج الإعانات المالية لرعاية الطفل

CCSP Provider Information

يُرجى كتابته أو طباعته بوضوح. قد تؤجل المعلومات غير المكتملة اعتماد الحصول على الدفعة.

التاريخ	
رقم هاتف مركز اتصال خدمة العملاء	
البريد الإلكتروني لمركز اتصال خدمة العملاء	
رقم تعريف العميل	
رقم طلب العميل	**اسم مزود الرعاية وعنوانه** اسم وعنوان مقدم الطلب الذي يتم تقديمه إلينا هي معلومات عامة ويمكن إعطاءه إلى أي شخص يطلبه.
اسم ولي الأمر / الوصي	
رقم مزود رعاية برنامج الإعانات المالية لرعاية الطفل (إذا كان معروف)	الاسم الأول والحروف الأولى من الاسم الأوسط / الاسم الأخير (اسم المؤسسة)
رقم هاتف مزود الرعاية	عنوان مزود الرعاية الفعلي (ليس العنوان البريدي)
عنوان البريد الإلكتروني لمزود الرعاية	عنوان البريدي لمزود الرعاية إذا كان مختلفًا عن العنوان الفعلي
التاريخ المتوقع لبدء الرعاية	المدينة / الولاية / الرمز البريدي

نوع مزود الرعاية

☐ مركز رعاية الطفل المرخص ☐ رعاية الطفل المنزلية المرخصة ☐ الأسرة والصديق والجار (من برنامج رعاية الطفل للأقارب العاملين فقط)

أدخل التواريخ والأوقات التي ستقدم فيها الرعاية للأطفال التاليين.

الحروف الأولية من الاسم الأول والأخير للأطفال المشمولين بالرعاية	تاريخ الميلاد	التواريخ والأوقات التي سوف يتم تقديمها، وحدد قبل وبعد أوقات المدرسة