Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

탁아서비스 제공자 정보

CCSP Provider Information

타자를 하거나 활자체로 명확하게 작성하여 주십시오. 누락된 부분이 있으면 지불 승인이 지연될 수 있습니다.

날짜	
CSCC 전화번호	
CSCC 이메일	
수혜자/의뢰인 ID 번호	
수혜자/의뢰인 신청 번호	
부모/보호자의 이름	
SSPS 제공자의 번호(알고 있을 경우)	
의료 서비스 제공자 전화번호	
탁아서비스 제공자의 이메일 주소	
탁아서비스 시작 예상일	

탁아서비스 제공자 이름 및 주소

당국에 제공하는 탁아서비스 제공처 이름과 주소는 공공 정보이며 요청하는 사람이나 기관에 제공할 수 있습니다.

성 (혹은 시설 이름)	이름
탁아서비스 제공자의 거주지 주소	
탁아서비스 제공자의 우편 주소(거주지 주소와 다를 경우)	
시 주 우편번호	

제공자 유형:

☐ 인가된 아동센서 ☐ 인가된 가정 보육 ☐ 가족, 친구, 이웃 (WCCC 경우에만)

다음 아동에게 제공하게 될 탁아서비스 요일과 시간을 기입하십시오.

탁아서비스를 받을 아동의 성 및 이름	생년월일	탁아서비스 요일과 시간, 등교 전과 방과 후 시간을 자세히 기재할 것.