



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

خطاب مُعلق في المنزل/من الأقارب
In-Home / Relative Pending Letter

التاريخ: _____

المكتب المحلي

رقم الحالة

طية

لقد طلبت المساعدة من برنامج رعاية الطفل للأقارب العاملين WCCC لسداد المبالغ المستحقة نظير رعاية الطفل المُقدمة من قِبل:

1. شخص بالغ أتى إلى منزلك لتوفير رعاية لطفل؛ أو

2. أحد الأقارب ذوي الأهلية*.

للحصول على الموافقة بشأن رعاية الطفل، يجب عليك:

إكمال البيانات الموجودة بالجزء الثاني من الطلب المرفق الخاص ببرامج الإعانات المالية لرعاية الطفل والتوقيع عليه. لا تترك أي بيانات فارغة. كما يجب على موفر الرعاية التوقيع أيضًا على هذا الطلب.

كما يجب على موفر الرعاية إكمال نموذج تفويض بالاطلاع على السجلات "DSHS 09-653". في حالة ترك أي بنود فارغة أو لم يتم إكمالها، سيتم إرجاعها مرة أخرى ومن ثم سيتسبب في تأخير الإعانات المالية. اكتب "لا يوجد" في حالة عدم انطباقه بالنسبة لك. قد يستغرق النموذج أسبوعين أو ثلاثة حتى يتم الانتهاء منه.

إذا كان موفر الرعاية هو أحد الأقارب ذو أهلية* ويقوم على توفير الرعاية لطفلك في منزلهم؛ ففي هذه الحالة يجب على كل فرد يبلغ عمره 16 عامًا أو أكثر ملئ نموذج تفويض بالاطلاع على السجلات. قد تحتاج المزيد من النماذج إذا قمت باختبار هذا النوع من رعاية الطفل.

يُرجى تقديم نسخة من بطاقة الضمان الاجتماعي لموفر الرعاية.

يُرجى تقديم نسخة من بطاقة إثبات الهوية لموفر الرعاية.

يُرجى توفير هذه المعلومات من قِبل _____ حسب القانون الإداري لولاية واشنطن "WAC" 170-290-0135، و 170-290-0143.

يُرجى الاتصال إذا كان لديك أي استفسارات.

يمكنك الاتصال على رقم هاتف مركز الاتصال: _____

* يُعد كل من الجد، والجدة، والخالعة، والعممة، والعم، والخال، والجد الأكبر، والجددة الكبرى، وعمة أو خالة الأب أو الأم، أو عم الزوجة أو الأب أو خال الزوجة أو الخال وكذلك الأخ البالغ أو الأخت البالغة الذي يعيشون خارج منزل الطفل أو عضو من أعضاء الأسرة القبلية الممتدة – كل هؤلاء هم الأقارب الذي لهم الأهلية لرعاية الطفل بموجب القانون المُنقح لولاية واشنطن الفصل 43.215.