



STATE OF WASHINGTON  
**DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES**  
CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)  
**نامه تعلیق ارائه‌دهنده عضو خانواده/خویشاوند**  
**In-Home Relative Pending Letter**

تاریخ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ دفتر محلی

\_\_\_\_\_ شماره پرونده

\_\_\_\_\_ پوشه

شما از WCCC جهت پرداخت هزینه خدمات مراقبت از کودک ارائه شده به یکی از روش‌های زیر درخواست کمک نموده‌اید:

1. فرد بزرگسالی که به منزل شما می‌آید تا مراقبت از کودک را انجام دهد؛ یا

2. یک خویشاوند واجد شرایط در خانه خویشاوند.\*

به منظور تأیید مراقبت از کودک باید:

بخش 2 درخواست برنامه‌های یارانه مراقبت از کودک (CCSP) که به پیوست آمده است را تکمیل و امضا کنید. هیچ بخش از اطلاعات را خالی نگذارید. ارائه‌دهنده مراقبت نیز باید این فرم را امضا کند.

از ارائه‌دهنده مراقبت بخواهید فرم مجوز سابقه DSHS 09-653 را تکمیل کند. اگر هر موردی خالی یا ناقص بماند، بدون بررسی برگردانده خواهد شد و پرداخت مزایا به تأخیر خواهد افتاد. وقتی مسئله‌ای در مورد شما صدق نمی‌کند عبارت "خیر" را بنویسید. بررسی ممکن است دو تا سه هفته طول بکشد.

اگر ارائه‌دهنده مراقبت یکی خویشاوند واجد شرایط است که از فرزندان شما در خانه خودش مراقبت می‌کند، هر فردی در خانه که سنش 16 سال به بالا است نیز باید فرم مجوز سابقه را بررسی نماید. اگر می‌خواهید این نوع مراقبت از کودک را انتخاب کنید، باید فرم‌های دیگری را نیز دریافت کنید.

یک کپی از کارت تأمین اجتماعی ارائه‌دهنده مراقبت ارائه کنید.

یک کپی از شناسایی عکس ارائه‌دهنده مراقبت ارائه کنید.

لطفا این اطلاعات را با استفاده از فرم‌های \_\_\_\_\_ 170-290-0143, 170-290-0135 WAC ارائه دهید.

اگر هرگونه سؤالی دارید لطفاً با شما زیر تماس بگیرید.

شماره تلفن مرکز تماس: \_\_\_\_\_

\* خویشاوند واجد شرایط عبارت است از پدربزرگ و مادربزرگ، عمو، دایی، عمه، خاله، پدر و مادر پدربزرگ و مادربزرگ، پدر و مادر عمو و دایی یا پدر و مادر عمه و خاله کودک، برادر/خواهر بزرگسالی که در خارج از خانه محل سکونت کودک زندگی می‌کند یا یکی از اعضای خانواده قبیله بر اساس RWC فصل

43.215