

STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES  
CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)  
طلب الاشتراك في برامج إعانات رعاية الطفل (CCSP)  
CCSP Application

التاريخ: \_\_\_\_\_

ولي الأمر/الوصي: \_\_\_\_\_

رقم الحالة: \_\_\_\_\_

أثن

عزيزي مقدم الطلب:

سوف نقوم بمعاملة طلبك للحصول على إعانات رعاية الطفل وتحديد مدى أهليتك بمجرد أن تقوم بتقديم المعلومات التالية:

- معلومات طلب/مزود CCSP (يجب عليك استيفاء طلب رعاية الطفل حتى في حالة نشاط WorkFirst).
- معلومات مقدم رعاية الطفل (يجب تقديم هذه المعلومات كي يتسنى لنا اعتماد الدفع لمقدم الرعاية لطفلك).
- تقديم إثبات عن آخر ثلاثة أشهر بدخل الأسرة (مثل كعوب الدفع، ودعم الطفل، ودخل الضمان الاجتماعي، ودخل الضمان التكميلي (SSI)، وأي دخل آخر تحصل عليه من أي شخص في عائلتك). إدراج جدول التوظيف الخاص بك. ليس عليك تقديم إثبات الدخل للمساعدة النقدية من الولاية (TANF).
- إذا كنت موظف حديثاً وليس لديك كعوب دفع، فسوف نقبل بياناً من صاحب العمل الخاص بك على أن يوضح تاريخ التعيين، ومقدار ما تحصل عليه (في الساعة، أو الراتب، إلخ)، وما سيكون عليه الجدول الخاص بك. إذا كان موظفك غير قادر على التحقق من هذه المعلومات، يمكننا الحصول على بيانك بطريقة شفوية أو كتابية. ويجب عليك تزويدنا بنسخة عن كعوب الراتب الخاص بك في غضون 60 يوماً.
- إثبات من المحكمة أو أمر إداري يتعلق بمدفوعات إعانة الطفل التي تمت في الأشهر الثلاثة الأخيرة.
- للأقارب العاملين فقط: إذا تم تقديم الرعاية بواسطة مزود من العائلة/الأصدقاء/الجيران، فإن هذا مزود الرعاية يجب أن يستوفي المؤهلات المدرجة في الجزء 2 (ب) من الطلب الذي يتعين عليك تقديمه.
- صورة صالحة من بطاقة هوية المزود، مثل رخصة القيادة، أو بطاقة تعريف الولاية، أو جواز سفر، أو هوية عسكرية؛
- صورة صالحة من بطاقة ضمان اجتماعي صالحة للمزود؛
- إثبات أن مزود الرعاية قادر قانونياً على العمل في الولايات المتحدة، مثل Green Card، أو بطاقة إقامة أجنبي، أو وثيقة تفويض التوظيف (EAD).
- استمارة Background Authorization، DSHS 09-653. ويمكنك الحصول على هذه الاستمارة من أخصائي التفويض في WCCC. ولن يتم أداء أية مدفوعات خاصة بالرعاية قبل موعد استيفاء نتائج فحص جميع المستندات التي تم الحصول عليها لجميع الأشخاص المطلوبين.

تغييرات التقرير

هاتف: 1-877-501-2233؛ فاكس: 1-888-338-7410 (باستخدام معرف العميل الخاص بك في كل صفحة)؛ أو على موقع الويب  
www.washingtonconnection.org

رعاية الأطفال الموسمية   
يجب أن يكون مقدم الطلب:

- مقيماً في أدامز، أو بينتون، أو تسلان، أو دوجلاس، أو فرانكلين، أو جرانت كيتلتاس، أو أوكانجان، أو سكاكيت، أو والا والا، أو واتكوم أو أقاليم ياكينا
- عاملاً في وظيفة في مزرعة تشتمل على المنتجات الزراعية، أو أعمال الحصاد أو معالجة أشجار الفاكهة أو المحاصيل الزراعية.



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

طلب (CCSP Application)

الجزء 1: معلومات الطلب

قد تؤدي المعلومات غير المستوفاة إلى تأخير الموافقة على الخدمات والدفع. اكتب أو اطبع بوضوح.

|  |                  |                   |                          |
|--|------------------|-------------------|--------------------------|
| رقم الفاكس   | اسم مقدم الطلب   | رقم هوية العميل   | تاريخ الميلاد            |
| رقم الهاتف   | عنوان مقدم الطلب | رقم SSN (اختياري) | رقم الهاتف               |
| نوع مقدم الطلب<br>أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> | الولاية          | الرمز البريدي     | العرق الإثني لمقدم الطلب |

هل تعاني أسرتك من عدم وجود مأوى؟  نعم  لا (تتضمن الأمثلة: العيش في فندق أو مأوى أو مسكن انتقالي أو سيارة أو ساحة عامة أو مشاركة السكن مع أشخاص آخرين بسبب عدم وجود مساكن أو وجود صعوبات اقتصادية)

الأطفال الذين تعولهم ويعيشون معك في المنزل

| الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) | تاريخ الميلاد | ذكر/أنثى | الإثنية (اختياري) | رقم SSN (اختياري) | مواطن أمريكي أم مقيم شرعي                                | العلاقة بمقدم الطلب |
|-------------------------------|---------------|----------|-------------------|-------------------|--|---------------------|
|                               |               |          |                   |                   | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |                     |
|                               |               |          |                   |                   | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |                     |
|                               |               |          |                   |                   | لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> |                     |

تحديد ما إذا كنت ولي أمر غير متزوج أو كنتم أسرة مكونة من والدين (مطلوب)

هل تعيش مع زوج أو مع والد / وصي آخر لأطفالك؟  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة "لا"، فأكمل استمارة إعلان الوالد الفردي، DSHS 27-164، وأعد طلبك.  
وإذا كانت الإجابة "نعم"، فأكمل المعلومات التالية:

| اسم الزوج أو ولي الأمر الآخر | تاريخ الميلاد | رقم SSN (اختياري) | العلاقة بمقدم الطلب | العلاقة بالأطفال المذكورين أعلاه |
|------------------------------|---------------|-------------------|---------------------|----------------------------------|
|                              |               |                   |                     |                                  |

| مقدم الطلب  | الزوج أو ولي الأمر/الوصي الثاني   |
|---|---|
| اسم صاحب العمل، أو نشاط WORKFIRST، أو المدرسة   | اسم صاحب العمل، أو نشاط WORKFIRST، أو المدرسة   |
| العنوان (العمل، أو نشاط WORKFIRST، أو المدرسة)  | العنوان (العمل، أو نشاط WORKFIRST، أو المدرسة)  |
| رقم الهاتف  | رقم الهاتف  |
| تاريخ البدء   | تاريخ البدء   |
| إذا كنت موظفًا، فكم عدد المرات التي يتم الدفع فيها لك <b>وما</b> هو إجمالي أجورك عن كل فترة (قبل الضرائب)؟<br>بما في ذلك الإكراميات؟          | إذا كنت موظفًا، فكم عدد المرات التي يتم الدفع فيها لك <b>وما</b> هو إجمالي أجورك عن كل فترة (قبل الضرائب)؟<br>بما في ذلك الإكراميات؟          |
| <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا | <input type="checkbox"/> أسبوعيًا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريًا |
| \$  | \$  |

المصادر الشهرية للدخل المكتسب/غير المكتسب لكافة أفراد الأسرة

| الاسم  | الاسم | الاسم | الاسم | الاسم |
|--|-------|-------|-------|-------|
| شخصك   |       |       |       |       |
| أدرج صورًا (عن آخر ثلاثة أشهر):                      |       |       |       |       |
| التوظيف (الصافي، قبل الضرائب، بما في ذلك الإكراميات) |       |       |       |       |
| العمل الحر:  |       |       |       |       |
| المعونة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF)             |       |       |       |       |
| دعم الطفل الذي يتم الحصول عليه                       |       |       |       |       |
| الضمان الاجتماعي (SSI، وSSA)                         |       |       |       |       |
| إعانات VA، والإعاقة، وL&I، والبطالة                  |       |       |       |       |
| كبار السن، والعميان، والمعاقين (مساعدات لل-ABD)      |       |       |       |       |
| أخرى (حددها):  |       |       |       |       |



|   |   |   |
|---|---|---|
| هل تدفع دعم الطفل بموجب أمر المحكمة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا   |   | المبلغ الشهري: \$                               |
| هل لديك أمر محكمة بالحصول على دعم الطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا   |   | المبلغ الشهري: \$                               |
| <b>الموارد المتاحة</b>  |   |   |
| هل لديك موارد متاحة بقيمة 1,000,000.00 دولاراً أو أكثر <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا   |   |   |
| ومن أمثلة الموارد المتاحة: النقد، والحسابات المصرفية، والأسهم / السندات، وحسابات الاستثمار، والعقارات الاستثمارية.  |   |   |
| <b>جدول نشاط ولي الأمر/الوصي</b>  |   |   |
| مقدم الطلب  | الزوج أو ولي الأمر/الوصي الثاني                                   |   |
| النشاط (التوظيف، المدرسة، نشاط WORKFIRST) حدد الوقت صباحاً/مساءً.   | النشاط (التوظيف، المدرسة، نشاط WORKFIRST) حدد الوقت صباحاً/مساءً. |   |
| ما هو الجدول الخاص بك للتوظيف، المدرسة، نشاط WORKFIRST؟   | ما هو الجدول الخاص بك للتوظيف، المدرسة، نشاط WORKFIRST؟           |   |
| الاثنين   |   |   |
| الثلاثاء  |   |   |
| الأربعاء  |   |   |
| الخميس  |   |   |
| الجمعة  |   |   |
| السبت   |   |   |
| الأحد   |   |   |
| ما هو تاريخ بدء رعاية الطفل:<br>مقدم الطلب: عند السفر ذهاباً، ما هي المدة التي تستغرقها للسفر من مقر موفر الخدمة إلى مقر نشاطك إذا كانت معروفة (العمل، المدرسة، الخ)؟<br>ولي أمر/وصي آخر: عند السفر ذهاباً، ما هي المدة التي تستغرقها للسفر من مقر موفر الخدمة إلى مقر نشاطك إذا كانت معروفة (العمل، المدرسة، الخ)؟   |   |   |
| <b>جدول نشاط الأطفال. بالنسبة للأطفال الآخرين، قم بإرفاق ورقة منفصلة تحتوي على المعلومات الخاصة بهم.</b>  |   |   |
| أسماء الأطفال:  | جدول المدرسة<br>(التواريخ والأوقات الفعلية)                       | جدول رعاية الطفل<br>(التواريخ والأوقات الفعلية) |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
| هل يحتاج طفلك في سن المدرسة إلى الاهتمام أثناء التواجد في المدرسة والعطلات الصيفية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا  |   |   |
| هل لديك طفل يحصل على رعاية احتياجات خاصة (Special Needs)؟<br>إذا كانت الإجابة نعم، فالرجاء الاتصال على Authorizing Worker لمزيد من المعلومات عن معدلات دفع الاحتياجات الخاصة. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا  |   |   |
| <b>تسجيل الناخبين</b>   |   |   |
| تقدم الإدارة خدمات تسجيل الناخبين كما هو مطلوب بموجب القانون الوطني لتسجيل الناخبين لعام 1993. لن يؤثر طلب التسجيل أو عدم التسجيل للانتخاب على الخدمات أو مدى المميزات التي قد تحصل عليها من قبل هذه الوكالة. إذا كنت ترغب في الحصول على المساعدة في تعبئة نموذج تسجيل الناخب، سنقدم يد العون لك. أما قرار طلب المساعدة أو قبولها يرجع لك وحدك. يمكنك تعبئة نموذج تسجيل الناخب بشكل سري. وإذا كنت تعتقد أن أحد الأشخاص يتدخل في حقك في التسجيل للانتخاب، أو لعد التسجيل للانتخاب، فهذه حريتك في تحديد خصوصية ما إذا كنت تريد التسجيل أم لا، أو حريتك في اختيار حزبك السياسي الخاص بك أو تفضيلاتك السياسية الأخرى،<br>Washington State Elections Office, PO Box 40229, Olympia WA 98504-0229 (1-800-448-4881).<br>هل ترغب في التسجيل للانتخاب أو تحديث سجل الناخب الخاص بك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |   |   |
| <b>حقوق جلسة الاستماع WAC 170-290-0280</b>  |   |   |
| إذا لم توافق على هذا القرار، فإن من حقك طلب جلسة استماع من خلال الاتصال على هذا المكتب أو بالكتابة إلى<br>Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. ويمكنك طلب جلسة استماع:<br>• في أو قبل التاريخ الفعلي لهذا الإجراء أو في موعد أقصاه عشرة أيام بعد إرسالنا لهذا الإشعار إليك، وفي حال حصولك على إعلانات الآن وتريد الاستمرار فيها، أو<br>• خلال 90 يوم من تاريخ استلامك لهذا الخطاب.<br>وخلال جلسة الاستماع، فإن لديك الحق في تمثيل نفسك، أو أن يتم تمثيلك من قبل محام أو من قبل شخص آخر تختاره. ويمكنك الحصول على استشارة أو تمثيل قانوني من خلال الاتصال على مكتب الخدمات القانونية.   |   |   |
| أقر بموجب العقوبة المقررة على الحث باليمين بأن المعلومات التي قدمتها في هذا الإقرار صحيحة، ودقيقة، وكاملة ووفقاً لأفضل معرفتي وأدرك أن التضليل المتعمد في هذه المعلومات قد يعرضني للعقوبات بحسب ما هو منصوص عليه وفق قانوني ولاية واشنطن (Washington State Law) (RCW 74.08.055).  |   |   |
| توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني الأول  | التاريخ   | توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني الثاني           |
|   |   |   |
| يحظر التمييز في جميع البرامج والأنشطة: لا يجوز استبعاد أي فرد على أساس العرق أو اللون أو الدين أو العقيدة أو الأصل القومي أو الجنس أو السن أو الحالة الاجتماعية أو الإعاقة أو حالة المحاربين القدامى.   |   |   |

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

طلب (CCSP Application) CCSP

الجزء 2A. معلومات موفر الخدمة المخول

(تستكمل من قبل الوالد/الوصي وموفر الخدمة)

تُكتب أو تطبع بوضوح. قد تُوجَل المعلومات غير المكتملة اعتماد الحصول على الدفعة الدفع

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| التاريخ  |  |   |   |
| اتصل على رقم هاتف المركز   |  |   |   |
| رقم الفاكس   |  |   |   |
| رقم تعريف العميل   | 1. اسم وعنوان مزود الرعاية   |   |   |
| اسم ولي الأمر/الوصي  | اسم وعنوان مقدم الطلب الذي يتم تقديمه إلينا هي معلومات عامة ويمكن إعطاءه إلى أي شخص يطلبه.               |   |   |
| رقم مزود الرعاية   | اسم صاحب العمل   |   |   |
| رقم هاتف مزود الرعاية  | عنوان مزود الرعاية   |   |   |
| التاريخ المتوقع لبدء الرعاية   | الولاية  | الرمز البريدي   | المدينة   |
| 2. نوع الرعاية: قم بتأشير المربعات المناسبة التي تحدد نوع الرعاية المقدمة. يقوم مزود الرعاية باستيفاء القسمين 3 و4.  |  |   |   |
| رقم SSN أو رقم تعريف الضريبي الفيدرالي الخاص بمزود الرعاية   | <input type="checkbox"/> رعاية الطفل Family Home <input type="checkbox"/> رعاية الطفل المرخصة Child Care | رقم SSN أو رقم تعريف الضريبي الفيدرالي الخاص بمزود الرعاية          | <input type="checkbox"/> المركز المعتمد لرعاية الطفل  |
| 3. أدخل الأيام والأوقات التي سوف تقوم بتقديم الرعاية للأطفال التالية أسماؤهم (الرجاء استخدام القسم الخامس فيما يتعلق بأية أطفال إضافيين تقدم رعاية لهم)  |  |   |   |
| الأسماء  | تاريخ الميلاد  | التواريخ والأوقات التي سوف يتم تقديمها، وحدد قبل وبعد أوقات المدرسة |   |
|  |  |   |   |
|  |  |   |   |
|  |  |   |   |
|  |  |   |   |
|  |  |   |   |
|  |  |   |   |
|  |  |   |   |
| 4. المقدم المعتمد: أدخل المعدلات اليومية.  |  |   |   |
| ما هي المعدلات العادية التي تطلبها من ولي الأمر/الوصي؟<br>يجب تقديم هذه المعلومات قبل تفويض الدفع.<br>عند الحاجة للحصول على مساعدة، اتصل بخط موفر الخدمة على الرقم 1-800-394-4571 أو عبر البريد الإلكتروني لخط موفر الخدمة providerhelp@dshs.wa.gov. | طرزيب (صفر - 11 شهر)<br>\$   | طفل صغير يبدأ المشي (12 - 17 شهر)<br>\$                             | طفل صغير يبدأ المشي (18 - 29 شهر)<br>\$   |
|  | قبل المدرسة (30 شهر - خمسة سنوات ليس في المدرسة)<br>\$   | سن المدرسة (خمسة - 12 سنوات)<br>\$                                  | رسم التسجيل<br><input type="checkbox"/> لا يوجد<br><input type="checkbox"/> مرة واحدة سنويًا<br><input type="checkbox"/> رسم الرحلة الميدانية |
| اتصل بالمركز فيما يتعلق بمعدلات الدفع للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة  |  |   |   |
| أنفهم أن استيفاء هذه الاستمارة لا يضمن الدفع. وفي حال اعتماد رعاية الطفل، فإنني أوافق على أن دفع رعاية الطفل بالمعدل العادي أو معدل الولاية، أيهما أقل.  |  |   |   |
| توقيع مقدم الطلب   | التاريخ  | رقم الهاتف والفاكس (مع رقم المنطقة)                                 | <input type="checkbox"/> مدير <input type="checkbox"/> مالك <input type="checkbox"/> أخرى   |

**طلب WCCC فقط (WCCC ONLY APPLICATION)**

الجزء 2 ب. معلومات مزود الرعاية العائلة/ الأصدقاء/ الجيران المنزلي/ القريب  
(يتم استيفائها من قبل ولي الأمر/الوصي ومزود الرعاية) اكتب أو اطلع بوضوح. قد تؤدي المعلومات غير المستوفاة إلى تأخير الموافقة للدفع.

|                              |   |
|------------------------------|---|
| التاريخ                      |   |
| اتصل على رقم هاتف المركز     |   |
| رقم الفاكس                   |   |
| رقم تعريف العميل             | القسم 1 اسم وعنوان مزود الرعاية   |
| اسم ولي الأمر/الوصي          | اسم وعنوان مقدم الطلب الذي يتم تقديمه إلينا هي معلومات عامة ويمكن إعطائه إلى أي شخص يطلبه.              |
| رقم مزود الرعاية             | توقيع مقدم الطلب  |
| رقم هاتف مزود الرعاية        | عنوان مقدم الطلب (إذا كانت الرعاية في منزل مقدم الطلب، العنوان الفعلي لمقدم الطلب، وليس عنوان المراسلة) |
| التاريخ المتوقع لبدء الرعاية | المدينة الولاية الرمز البريدي   |

**القسم 2- يتم إكماله من قبل الوالدين الذي يتقدمون بطلب للحصول على رعاية الأطفال**

|   |
|---|
| 1. مزود الرعاية هو الطفل مقدم الطلب (الطبيعي، أو ابن الزوج، أو بالتبني) 18 إلى 20 عامًا. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا   |
| 2. مزود الرعاية هو ولي أمر مقدم الطلب (الطبيعي، أو ابن الزوج، أو بالتبني). <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا<br>إذا كانت الإجابة نعم، فقم بتأشير المربع أدناه الذي ينطبق على الشخص الذي يقدم رعاية الطفل.<br>هل أنت: <input type="checkbox"/> أم <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> متزوج، أو منفصل، أو لم يسبق له الزواج.<br><input type="checkbox"/> يعيش مع زوجي المعاق غير القادر على رعاية طفلي خلال الأسابيع الأربعة المتتالية في ربع سنة ميلادية. |
| 3. <input type="checkbox"/> لا تنطبق البنود 1 أو 2  |

**القسم 3 يتم إكماله من جانب مزود الرعاية من العائلة/ الأصدقاء/ الجيران**

|   |                |  |
|---|----------------|--|
| رقم الضمان الاجتماعي لمزود الرعاية  | العلاقة بالطفل | عنوان البريد الإلكتروني لمزود الرعاية  |
| مزود رعاية يزيد عمره على 18 عام؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | تاريخ الميلاد  | مواطن أمريكي أو مقيم يمكنه العمل بصورة قانونية في الولايات المتحدة الأمريكية. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |

يتعين عليك:

توفير الرعاية فقط في منزل الطفل. توفير الرعاية في منزل مزود الرعاية في حال كان واحدًا من أقرباء الطفل التالي ذكرهم: العمّة أو العم أو الجد أو الأخوة ممن يعيشون خارج المنزل أو العمّة الأكبر أو العم الأكبر أو الجد الأكبر.

|   |  |
|---|--|
| هل تعيش مع الطفل الذي توفره الرعاية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | يتم توفير الرعاية في منزل الطفل. <input type="checkbox"/> انتقل إلى القسم 5    |
|   | يتم توفير الرعاية في منزل مزود الرعاية. أكمل القسم 4. <input type="checkbox"/> |

**القسم 4 يكمله مزود الرعاية عندما يتم توفير الرعاية للطفل في منزل مقدم الطلب ولا يعيش الطفل هناك**

عندما يتم توفير خدمات الرعاية في منزلك ويثبت أن الطفل لا يعيش هناك، الرجاء تزويد الدائرة بأسماء جميع الأشخاص وتواريخ ميلادهم وحالة الاعتداء الجنسي، 16 سنة أو أكثر، من يعيش معك

| الاسم | تاريخ الميلاد | المعتدي الجنسي المسجل                                    | التقشير في الإبلاغ عن المعتدي على الطفل                                  |
|-------|---------------|--|--|
| 1     |               | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | جنسيًا في منزل مزود الرعاية حيث يتم توفير الرعاية سوف يؤدي إلى الاستبعاد |
| 2     |               | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | الدائم لمزود الرعاية   |
| 3     |               | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | WAC 170-290-0160   |
| 4     |               | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |  |

أشهد بأن الأشخاص المدرجة أسماؤهم أعلاه هم فقط الأفراد الذين تبلغ أعمارهم 16 عامًا أو أكبر، والذين يعيشون معي. وأنهم أن هؤلاء الأفراد سوف يخضعون لعملية الاستفسار عن الخلفية كما حدث معي. وأنهم أيضًا أنه إذا كان هنالك شخص آخر، 16 عامًا أو أكبر، قد انتقل من منزلي أثناء كوني مزود الرعاية المعتمد لدى WCCC فإنني سوف أخبر ولي الأمر على الفور.

|                    |          |
|--------------------|----------|
| توقيع مزود الرعاية | التاريخ: |
|--------------------|----------|

القسم 5 يتم إكماله من جانب مزود الرعاية من العائلة/ الأصدقاء/ الجيران

يمكن لمزودي الرعاية من العائلة/ الأصدقاء/ الجيران أن يحصلوا من الدولة على رسوم الخدمات وذلك بالنسبة لعدد ستة (6) أطفال فقط في الوقت عينه. أدخل الأيام، ولأوقات والأسعار التي ستقدم بها الرعاية للأطفال.

| الاسم الأول والأخير للطفل   | تاريخ الميلاد | التواريخ والأوقات التي سوف يتم تقديمها، وحدد قبل وبعد أوقات المدرسة |
|---|---------------|---|
|   |               |   |
|   |               |   |
|   |               |   |
|   |               |   |
|   |               |   |
|   |               |   |
|   |               |   |
|   |               |   |
|   |               |   |
| سعر الساعة العادي الخاص بي لكل طفل هو: دولارًا. أعرف أنني سيتم دفع نفقاتي أو نفقة الولاية، أيهما أقل. |               |   |

اتصل بالمركز فيما يتعلق بمعدلات الدفع للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

القسم 6 يتم قراءته وتوقيعه من جانب مزود الرعاية

مسؤوليات مزود الرعاية

- إكمال اعتماد الفحص الجنائي. إذا كنت تقوم على رعاية أحد الأطفال في منزلك، فعليك أن تقدم كذلك اعتماد فحص جنائي كامل لأي شخص يزيد عمره عن 16 عامًا أو أكبر ويعيش معك في منزلك.
- أبلغ DSHS في غضون 24 ساعة بأي إدانات جنائية أو تهمة معلقة ضدك أو ضد أي شخص يبلغ من العمر 16 سنة أو أكبر في حال كان يجري توفير خدمات الرعاية في منزلك.
- أبلغ DSHS في غضون 10 أيام إذا كان بإمكانك أن تغير الاسم القانوني أو العنوان أو رقم الهاتف.
- أهلية مزود الرعاية:
- بالغًا من العمر 18 عامًا أو أكبر ومواطنًا مقيمًا في الولايات المتحدة الأمريكية.
- مقدمًا للرعاية فقط في منزل الطفل. يمكنه تقديم الرعاية في منزل مزود الرعاية فقط في حال ما إذا كان هو/ هي واحدًا من الأشخاص الذين لديهم حالات القربة التالية للطفل، العم/ العمالة، العم/ الخال، الجد، شقيق الذين يعيشون خارج المنزل، أو أن عم/ خالة أكبر، أو عم/ خال أكبر أو الجد الأكبر.
- لست مؤهلاً بموجب صحيفة الحالة الجنائية وفق WAC 170-290-0160 أو WAC 170-290-0165.
- لائقًا بدنيًا وذهنيًا بما يكفي لتلبية متطلبات الطفل في حال الرعاية. وإذا طلب أفراد WCCC من ولي/ أولياء الأمر إثبات ذلك، فيجب عليهم تقديم إثبات خطي بأنهم لائقون بدنيًا وذهنيًا بما يكفي لكي يكونوا مزودي الرعاية للطفل.
- قادر على رعاية الطفل دون استخدام العقاب البدني أو الإساءة الذهنية.
- يوفر الرعاية للطفل في منزل آمن.
- مطلع على الممارسات الصحية الأساسية، ومكافحة ومنع الأمراض المعدية، والتطعيمات.
- يقدم رعاية وإشراف مستمر، وكذلك أنشطة قائمة على الاحتياجات التنموية للطفل.
- يبلغ ولي الأمر على الفور، عن أي إشعار بأية مخالفات جنائية أو سوابق معلقة ضدك أو ضد أي شخص في الأسرة، يبلغ عمره 16 عامًا أو أكبر. عندما تتم الرعاية خارج منزل الطفل.
- ألا يكون ولي الأمر الحيوي، أو ابن الزوج، أو بالتبني، أو الوصي الشرعي، في مكان الوالد، أو زوج أي من هؤلاء الأفراد.
- سجلات الحضور:
- يجب أن يتحقق في السجلات الشروط التالية:
  - تظهر كل من الأيام والأوقات التي يتم فيها تقديم الرعاية
  - يتعين على الوالد/ الوصي أن يوقع ويؤرخ سجلات الحضور على الأقل كل أسبوع.
  - يتم الاحتفاظ بها لمدة خمس (5) سنوات.
  - يتم تقديمها لنا خلال 14 يوم ميلادية متتالية في حال طلبها من قبلنا.
- الفوترة:
- سوف يُدفع لك المبالغ المستحقة عن خدمات رعاية الطفل التي يتم توفيرها قبل تاريخ إنشاء كافة الفحوصات الجنائية من جانب DSHS. وفي حال قدمت خدمات الرعاية قبل تخلص الفحوصات الجنائية، فحينئذ سوف تتحمل الأسرة مسؤولية الدفع لك.
- يمكنك الحصول على رسوم الخدمات من DSHS لعدد ستة (6) أطفال فقط لا غير خلال نفس ساعات الرعاية.
- يجب مراجعة سجلات الحضور اليومية من أجل تحديد عدد الوحدات المُزَمَع إدراجها في الفاتورة وذلك بناءً على حضور الطفل واعتماده.

القسم 6 تابع

الاتحاد الدولي لموظفي الخدمات - محلي 925 (SEIU 925)

تمثل SEIU 925 مزودي الرعاية من العائلة/ الأصدقاء/ الجيران. تحدد اتفاقية المساومة الجماعية الأحكام والشروط المنطبقة على أعضاء SEIU 925. يدفع الأعضاء المستحقات بنسبة 2 بالمائة من رسوم خدمات الطفل التي تدفعها الدولة. وقد تحدد سقف الخدمات بحد أقصى 50 دولار أمريكي عن كل شهر.

معلومات إضافية متاحة في: دليل مزودي رعاية الأطفال من العائلة والأصدقاء والجيران المتاح على الرابط التالي: <http://www.del.wa.gov/requirements/info/subsidy.aspx>

أتفهم أن استيفاء هذه الاستمارة لا يضمن الدفع. وفي حال اعتماد رعاية الطفل، فإنني أوافق على أن يتم دفع رعاية الطفل بالمعدل العادي أو معدل الولاية، أمهما أقل. أدرك كذلك أن الدفع يجب أن يتم قبل تاريخ تلقي الدائرة لنتائج الفحوصات الجنائية. كما أنني قرأت وفهمت ما ورد في القسم 6 من هذا النموذج.

أقرم علمي بعقوبة الحنث في اليمين، وإلى حد علمي، بأن المعلومات المقدمة من جانبي في هذا الإقرار دقيقة وصحيحة ومكتملة: وأدرك كذلك أن التزيف المتعمد لهذه المعلومات من جانبي قد يعرضني للعقوبات المنصوص عليها في قانون ولاية واشنطن. (RCW 74.08.055)

|                    |          |   |
|--------------------|----------|---|
| توقيع مزود الرعاية | التاريخ: | <input type="checkbox"/> لا يوجد مزود رعاية من الأقرباء |
|                    |          | <input type="checkbox"/> مزود رعاية من الأقرباء         |

القسم 7 يتم قراءته وتوقيعه من جانب ولي الأمر

أشهد أنا، باعتباري ولي الأمر/الوصي، بأن مزود الرعاية المنزلي/القريب يفي بالمتطلبات الواردة أعلاه. وأدرك أنه:

• إذا لم أستطع القيام بتقديم الضمانات المتعلقة بذلك، فإن الدفع لن يتم اعتماده.

• أي معلومات معينة سابقة قد تؤدي إلى عدم تأهل مزود الرعاية الخاص بي. وتقع المسؤولية على مزود الرعاية الخاص بي في الإخبار الفوري في حال ما إذا كان هو أو أي شخص، يبلغ من العمر 16 عامًا أو أكبر ويعيش مع مزود الرعاية وقد وُجه له اتهام أو أدين بأية جريمة. يكون حينها مسؤول بناء على ذلك عن الإخبار الفوري إلى أخصائي تفويض WCCC.

• لن يتم أداء أية مدفوعات خاصة بالرعاية قبل موعد استيفاء نتائج فحص جميع المستندات التي تم الحصول عليها.

• يجب علي إخطار فريق CCSP، في غضون خمسة أيام، إذا توقف مزود الرعاية عن رعاية الطفل.

• لن يدفع مزود الرعاية الخاص بي مقابل الرعاية لأكثر من ستة أطفال في الوقت ذاته (نفس الساعات والأيام).

• قد لا يكون لدي أكثر من ثلاثة مزودين في المنزل/أقارب مفوضين لدفع WCCC في الوقت ذاته أثناء فترة تأهيلي. يوجد واحد فقط من هؤلاء مزودي الرعاية يمكن أن يكون احتياطيًا (بديلاً). قد أستخدم مزود مرخص/مفوض للرعاية الاحتياطية..

• وباعتبارك مستخدم لدى مزود الرعاية من العائلة/ الأصدقاء/ الجيران، فإنه يتعين عليك أن تجعل المزود الخاص بك يقوم باستكمال نموذج USCIS Employment Eligibility Verification Form I-9.

○ يجب على كافة المستخدمين في الولايات المتحدة الأمريكية استكمال النموذج Form I-9 عن كل فرد يقومون بتعيينه للتوظيف في الولايات المتحدة.

○ يشتمل هذا على المواطنين وغير المواطنين.

○ وعند ملء النموذج، يجب على المستخدم مراجعة أهلية التوظيف ووثيقة (وثائق) التعريف التي يقدمها الموظف من أجل تحديد ما إذا كانت الوثيقة (الوثائق) هي وثائق أصلية وذات علاقة بالشخص وسجل معلومات الوثائق في النموذج Form I-9.

○ يمكن الاطلاع على قائمة بالوثائق المقبولة في الصفحة الأخيرة من هذا النموذج. كما يمكن الاطلاع على النموذج والتعليمات الخاصة به من خلال الرابط:

<http://www.uscis.gov/i-9>

• إذا تغيرت الأوضاع المعيشية بينك وبين مزود الرعاية، فالرجاء الإبلاغ عن ذلك فورًا (حيث إن هذا النوع من التغيير قد يؤثر على وثيقة الضرائب التي يتم إرسالها إلي مزود الرعاية في مقابل هذه الخدمة).

أقرم علمي بعقوبة الحنث في اليمين، وإلى حد علمي، بأن المعلومات المقدمة من جانبي في هذا الإقرار دقيقة وصحيحة ومكتملة: وأدرك كذلك أن التزيف المتعمد لهذه المعلومات من جانبي قد يعرضني للعقوبات المنصوص عليها في قانون ولاية واشنطن. (RCW 74.08.055)

|                        |          |
|------------------------|----------|
| توقيع ولي الأمر/ الوصي | التاريخ: |
|------------------------|----------|