



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

លិខិតដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី **CCSP**

**CCSP Application**

កាលបរិច្ឆេទ ៖ \_\_\_\_\_

ឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាល

លេខសំណុំរឿង

បត់ត្រង់នេះ

សូមជម្រាបមកដល់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ សូមជ្រាប ៖

យើងផ្តល់លិខិតដាក់ពាក្យសុំនេះមកជូនអ្នក ពីព្រោះអ្នកបានស្នើសុំប្រាក់ជំនួយមើលកូន (Child Care Subsidies)។

យើងនឹងវិនិច្ឆ័យមើលថែបចេញដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នក និងកំណត់លក្ខណសម្បត្តិ នៅពេលណាអ្នកបានផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោមនេះមកឲ្យយើងរួចរាល់ហើយ។

- លិខិតដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី CCSP (អ្នកត្រូវតែបំពេញពាក្យសុំថែទាំកុមារ ទោះណាជាអ្នកកំពុងស្ថិតក្នុងសកម្មភាព WorkFirst ក៏ដោយ);
- ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់ការថែទាំកុមារ (អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មាននេះសម្រាប់យើងដើម្បីអនុញ្ញាតការទូទាត់ប្រាក់ទៅឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំកុមាររបស់អ្នក) ។
- ផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ចំណូលក្រុមគ្រួសារប្រចាំខែ សម្រាប់រយៈកាលបីខែចុងក្រោយ (ដូចជាការប្រកាសប្រាក់ខែ, ប្រាក់អាហារភិក្ខុខបត្តិកូន, ប្រាក់ ជំនួយសន្តិសុខសង្គម, ប្រាក់ជំនួយចំណូលសន្តិសុខសង្គមបន្ថែម (SSI), និងប្រាក់ចំណូលផ្សេងៗទៀត ដែលបានទទួលដោយសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។ ចូរផ្តល់ សរុបទាំងកាលវិភាគការងាររបស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ចំណូលសម្រាប់ជំនួយប្រាក់សុទ្ធ ពីរដ្ឋ (TANF) ទេ។
- បើអ្នកទើបនឹងចូលធ្វើការថ្មី ហើយគ្មានកម្រៃសែកប្រាក់ខែ, នោះយើងនឹងទទួលយកលិខិតថ្លែងការណ៍ពីនិយោជករបស់អ្នក ដែលបញ្ជាក់អំពីកាលបរិច្ឆេទដែលគេអ្នកជួលឲ្យធ្វើការ, អំពីចំនួនប្រាក់ឈ្នួលការងារដែលអ្នកទទួលបាន(ក្នុងមួយម៉ោង, ក្នុងមួយខែ, ។ល។), និងអំពីថាតើកាលវិភាគការងាររបស់អ្នកមានលក្ខណៈដូចម្តេច។ បើនិយោជករបស់អ្នកមិនអាចបញ្ជាក់ព័ត៌មាននេះ ពួកយើងអាចយកពាក្យសុំដី ឬការសរសេររបស់អ្នក ។ អ្នកត្រូវតែផ្តល់ឲ្យយើងនូវសំណើចម្លងនៃកម្រៃសែកប្រាក់ខែ របស់អ្នកឲ្យបានទាន់ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃ ដើម្បីបំពេញតាមការតម្រូវនៃច្បាប់ WAC 170-290-0012 ។
- ភស្តុតាងអំពីដីកាតុលាការ ឬដីកាផ្តាច់ម្តាយបង្គាប់ឲ្យបង់ប្រាក់អាហារភិក្ខុខបត្តិកូន (ប្រសិនបើអនុវត្ត) និងលិខិតបញ្ជាក់អំពីការបង់ប្រាក់នានា។
- កម្មវិធីជំនួយមើលកូនពាក់ព័ន្ធការងារតែមួយមុខ ៖ ប្រសិនបើការមើលកូនបានផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាបម្រើដែលត្រូវជាគ្រួសារ/មិត្តភក្តិ/អ្នកជិតខាង, នោះអ្នកផ្តល់សេវាបម្រើរូបនោះត្រូវតែមានលក្ខណៈដូចតាមគុណសម្បត្តិនានា ដែលបានចុះលើទំព័រទី 2 នៃពាក្យសុំនេះ ហើយអ្នកត្រូវតែបញ្ជូនទៅឲ្យក្រសួងនូវ ៖
  - ច្បាប់ចម្លងដែលអាចមើលដាច់នៃអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណមានរូបថតរបស់អ្នកផ្តល់សេវាបម្រើ, ដូចជា អាជ្ញាប័ណ្ណបើកបរ, អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរដ្ឋ, លិខិតឆ្លងដែន, ឬអត្តលេខយោធិន ជាដើម;
  - ច្បាប់ចម្លងដែលអាចមើលដាច់នៃប័ណ្ណសន្តិសុខសង្គម (Social Security Card) ដែលនៅមានសុពលភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាបម្រើ;
  - ភស្តុតាងបញ្ជាក់ថា អ្នកផ្តល់សេវាបម្រើរូបនោះមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ ដើម្បីប្រកបការងារអាជីវកម្មក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក, ដូចជាប័ណ្ណប្រ៊ិនខាដ (Green Card), ប័ណ្ណគេហជនសញ្ជាតិបរទេស (Resident Alien Card), ឬឯកសារអនុញ្ញាតការប្រកបការងារអាជីវកម្ម (Employment Authorization Document, EAD) របស់អ្នកផ្តល់សេវាបម្រើ;
  - ទម្រង់អនុញ្ញាតការអង្កេតសារការ (Background Authorization Form), DSHS 09-653 របស់អ្នកផ្តល់សេវាបម្រើ។ អ្នកអាចស្នើសុំទម្រង់នេះពីបុគ្គលិកធ្វើការផ្នែកផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត WCCC របស់អ្នក។ យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់ឲ្យអ្នកផ្តល់សេវាបម្រើសម្រាប់សេវាកម្មណាមួយ ដែលគេបានផ្តល់ទៅមុនថ្ងៃ ដែលយើងទទួលបានគ្រប់លទ្ធផលនៃការពិនិត្យសារការទាំងអស់ឡើយ សម្រាប់ជនដែលតម្រូវឲ្យមានទាំងអស់ ។

រាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរ

ទូរស័ព្ទទៅលេខ ៖ 1-877-501-2233 ទូរសារ ៖ 1-888-338-7410 (ជាមួយលេខសម្គាល់អតិថិជនរបស់អ្នកនៅលើទំព័រនីមួយៗ) ឬ [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org)



Transforming lives

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

លិខិតដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី CCSP (CCSP Application)

ការគាំពារតាមរយៈរដ្ឋ

អ្នកដាក់ពាក្យសុំត្រូវតែ:

- សំនៅក្នុងក្រុងដំបូងៗ: Adams, Benton, Chelan, Douglas Franklin, Grant, Kittitas, Okanogan, Skagit, Walla, Whatcom រឺ Yakima
- ធ្វើនៅក្នុងកសិដ្ឋានដែលរួមបញ្ចូលទាំងការធ្វើផលិតផលស្រែចម្ការ ដើមឈើហូបផ្លែ និងគ្រាប់ដំណាំ

កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	លេខ ID អតិថិជន	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំកំណើត
អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) (មិនដាក់ក៏បាន)	លេខទូរស័ព្ទ
ក្រុង រដ្ឋ លេខហ្សឺបកូដ	ពូជសាសន៍របស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	ភេទរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី

តើគ្រួសាររបស់អ្នកកំពុងតែជួបប្រទះភាពអត់ដូរទេ?  បាទ/ចាះ  ទេ (ឧទាហរណ៍: រួមមាន: ការរស់នៅក្នុងផ្ទះសំណាក់តាមផ្លូវ ទិញប្រាក់ លំនៅដ្ឋានបណ្តោះអាសន្ន ទឹកថ្លៃសាធារណៈ ឬនេរូមគ្នាជាមួយអ្នកដទៃដោយតែគ្មានលំនៅដ្ឋាន ឬភាពលំបាកខាងសេដ្ឋកិច្ច។)

បណ្តាញនាំដែលកំពុងរស់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារក្រោមបន្ទុកទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក						
ឈ្មោះ (ត្រកូល, ខ្លួន, កណ្តាលកាត់)	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំកំណើត	ប្រុស/ស្រី	អម្បូរជនជាតិ	លេខ SSN (មិនដាក់ក៏បាន)	សញ្ជាតិអាមេរិកាំង ឬ គេហដ្ឋានសញ្ជាតិបរទេស	ទំនាក់ទំនងទេវនិង អ្នកដាក់ពាក្យសុំ
					<input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ	
					<input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ	
					<input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ	
					<input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ	
					<input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ	

ប្តី/ប្រពន្ធ ឬ ឪពុកម្តាយម្តាយទៀត / អ្នកអាណាព្យាបាលរបស់កូន ដែលកំពុងរស់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារ (តម្រូវដាច់ខាត)

តើអ្នករៀបការហើយរឺទេ?  បាទ រឺ  ចាស  ទេ

ឈ្មោះ	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំកំណើត	លេខ SSN (មិនដាក់ក៏បាន)	ទំនាក់ទំនងទេវនិង អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	ទំនាក់ទំនងទេវនិង កូនដែលមានឈ្មោះខាងលើ

អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	ប្តី/ប្រពន្ធ ឬ ឪពុកម្តាយម្តាយទៀត/អ្នកអាណាព្យាបាល
ឈ្មោះរបស់និយោជក, សកម្មភាព WORKFIRST, ឬសាលារៀន	ឈ្មោះរបស់និយោជក, សកម្មភាព WORKFIRST, ឬសាលារៀន
អាសយដ្ឋាន (និយោជក, សកម្មភាព WORKFIRST, សាលារៀន)	អាសយដ្ឋាន (និយោជក, សកម្មភាព WORKFIRST, សាលារៀន)
លេខទូរស័ព្ទ កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម	លេខទូរស័ព្ទ កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម
បើអ្នកកំពុងធ្វើការ, តើអ្នកបើកប្រាក់ខែញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា ហើយទទួលបានប្រាក់ខែប៉ុន្មាន ក្នុងពេលបើកប្រាក់ម្តង? <input type="checkbox"/> មួយអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> ពីរអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> មួយខែពីរដង <input type="checkbox"/> មួយខែម្តង \$	បើអ្នកកំពុងធ្វើការ, តើអ្នកបើកប្រាក់ខែញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា ហើយទទួលបានប្រាក់ខែប៉ុន្មាន ក្នុងពេលបើកប្រាក់ម្តង? <input type="checkbox"/> មួយអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> ពីរអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> មួយខែពីរដង <input type="checkbox"/> មួយខែម្តង \$

ប្រភពប្រាក់ចំណូលពលកម្ម/ប្រាក់ចំណូលមិនពលកម្មប្រចាំខែសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់				
ចូរភ្ជាប់សំណើចម្លង (សម្រាប់រយៈពេលបីខែចុងក្រោយ) ៖	ឈ្មោះ សាមីខ្លួន	ឈ្មោះ	ឈ្មោះ	ឈ្មោះ
ការងារ (ប្រាក់ដុលមុនបង់ពន្ធ រួមទាំងប្រាក់ទឹកតែ)				
ស្តីបង្កើតកម្ម				
ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារត្រូវបាន (TANF)				
ប្រាក់អាហារភិក្ខុឧបត្ថម្ភកូនដែលបានទទួល				
ជំនួយសន្តិសុខសង្គម (SSI, SSA)				
ជំនួយ VA, ពិការភាព, L&I, ឬកម្រៃរ៉ាប់រងភាពអត់ការធ្វើ				
ចាស់ដរា ពិការភ្នែក ឬពិការ (អតប្រយោជន៍ ABD)				
ផ្សេងៗ (ចូរបញ្ជាក់) ៖				



តើអ្នកបង់ប្រាក់អាហារភិក្ខុឧបត្ថម្ភកូនដែលបានបង្គាប់ដោយគុណាការឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ	<input type="checkbox"/> ទេ	ចំនួនក្នុងមួយខែ ៖ \$
តើអ្នកមានដីកាឧបត្ថម្ភកូនរបស់គុណាការ ដើម្បីទទួលអាហារភិក្ខុឧបត្ថម្ភកូនឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ	<input type="checkbox"/> ទេ	ចំនួនក្នុងមួយខែ ៖ \$
<b>ធនធានដែលអាចរកបាន</b>			
តើអ្នកមានធនធានដែលអាចរកបានដែលមានតម្លៃ \$1,000,000.00 ឬថ្លៃជាងនេះដែរទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> មិនមាន			
ឧទាហរណ៍ធនធានដែលអាចរកបានគឺ៖ សាច់ប្រាក់ គណនីធនាគារ ភាគហ៊ុន / សញ្ញាប័ណ្ណ គណនីវិនិយោគ អចលនទ្រព្យវិនិយោគ ។			
<b>កាលវិភាគសកម្មភាពរបស់ឪពុកម្តាយ / អ្នកអាណាព្យាបាល</b>			
អ្នកដាក់ពាក្យសុំ		ប្តីប្រពន្ធ ឬ ឪពុកម្តាយទី៣/អ្នកអាណាព្យាបាល	
សកម្មភាព (ការងារ, សាលារៀន, សកម្មភាព WORKFIRST) ចូរបញ្ជាក់ពេលវេលាដោយប្រើអក្សរ A.M./P.M. (A.M.=ម៉ោង 12 យប់ឡើងទៅ; P.M.=ម៉ោង 12 ថ្ងៃត្រង់ចុះទៅ)		សកម្មភាព (ការងារ, សាលារៀន, សកម្មភាព WORKFIRST) ចូរបញ្ជាក់ពេលវេលាដោយប្រើអក្សរ A.M./P.M. (A.M.=ម៉ោង 12 យប់ឡើងទៅ; P.M.=ម៉ោង 12 ថ្ងៃត្រង់ចុះទៅ)	
<b>ថ្ងៃចន្ទ</b>	តើកាលវិភាគសម្រាប់ការងារ, សាលារៀន, សកម្មភាព ACTIVITY របស់អ្នកមានទ្រង់ទ្រាយបែបណា?		តើកាលវិភាគសម្រាប់ការងារ, សាលារៀន, សកម្មភាព ACTIVITY របស់អ្នកមាន ទ្រង់ទ្រាយបែបណា?
<b>ថ្ងៃអង្គារ</b>			
<b>ថ្ងៃពុធ</b>			
<b>ថ្ងៃព្រហស្បតិ៍</b>			
<b>ថ្ងៃសុក្រ</b>			
<b>ថ្ងៃសៅរ៍</b>			
<b>ថ្ងៃអាទិត្យ</b>			
តើសេវាមេលកូនរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅខែ/ឆ្នាំណា ៖			
អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ៖ បើដឹង ការធ្វើដំណើរតែមួយផ្លូវ(តែទៅឬតែមក), អ្នកប្រើពេលយូរចំណាកក្នុងការធ្វើដំណើរពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នក ទៅកាន់កន្លែងសកម្មភាពរបស់អ្នក (កន្លែងធ្វើការ, សាលារៀន ។ល។)?			
ឪពុកម្តាយម្ខាងទៀត/អ្នកអាណាព្យាបាល ៖ បើដឹង ការធ្វើដំណើរតែមួយផ្លូវ(តែទៅឬតែមក), អ្នកប្រើពេលយូរចំណាកក្នុងការធ្វើដំណើរពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នក ទៅកាន់កន្លែងសកម្មភាពរបស់អ្នក (កន្លែងធ្វើការ, សាលារៀន ។ល។)?			
<b>កាលវិភាគសកម្មភាពរបស់កូន។ សម្រាប់បណ្តាកូន។ដទៃទៀត, ចូរភ្ជាប់សន្លឹកក្រដាសដាច់ដោយឡែកបន្ថែម ដោយភ្ជាប់ទាំងព័ត៌មានរបស់ពួកគេ។</b>			
ឈ្មោះរបស់កូន(ៗ)	កាលវិភាគសាលារៀន (ថ្ងៃ និងពេលវេលាដាក់លាក់)	កាលវិភាគកន្លែងមើលកូន (ថ្ងៃ និងពេលវេលាដាក់លាក់)	
តើកូនដែលមានអាយុគ្រប់ចូលរៀនរបស់អ្នកត្រូវការថែទាំក្នុងអំឡុងពេលសម្រាក និងសម្រាករដូវក្តៅ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ			
អ្នកមានកូនត្រូវការកម្មវិធីពិសេស (Special Needs) ទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ បើឆ្លើយបាទ/ចាះ, សូមទាក់ទងទៅបុគ្គលិកធ្វើការផ្នែកផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតដើម្បីស្នើសុំព័ត៌មានស្តីពីតម្លៃសេវាកម្មវិធីពិសេស។			
<b>ការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត</b>			
ក្រសួងផ្តល់សេវាកម្មចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតដល់អ្នកបោះឆ្នោតថ្មីដែលបានចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតថ្នាក់ជាតិឆ្នាំ 1993 ។ ការដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សេវាកម្ម ឬបរិមាណផលប្រយោជន៍ដែលអ្នកអាចត្រូវបានផ្តល់ដោយទីភ្នាក់ងារនេះ ។ បើអ្នកចង់បានជំនួយក្នុងការបំពេញបែបបទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត ពួកយើងនឹងជួយអ្នក ។ ការសម្រេចចាំតែស្វែងរក ឬទទួលជំនួយពី ជារបស់អ្នក ។ អ្នកអាចបំពេញបែបបទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតជាឯកជន ។ បើអ្នកជឿជាក់ថាមានរណ្តៅម្នាក់បានជ្រៀមជ្រែកសិទ្ធិចុះឈ្មោះ ឬបដិសេធចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតរបស់អ្នក សិទ្ធិឯកជនរបស់អ្នកក្នុងការសម្រេចចាំតែចុះឈ្មោះ ឬក្នុងការដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសិទ្ធិក្នុងការជ្រើសរើសគណបក្សនយោបាយផ្ទាល់ខ្លួនអ្នក ឬចំណូលចិត្តនយោបាយផ្សេងទៀត អ្នកអាចដាក់ពាក្យប្តឹងជាមួយ ៖ ការិយាល័យការបោះឆ្នោតរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន PO Box 40229, Olympia WA 98504-0229 (1-800-448-4881) ។			
តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ <input type="checkbox"/> ទេ			
<b>សិទ្ធិសវនាការ</b>			
ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនិងសេចក្តីសម្រេចនេះទេ, នោះអ្នកអាចស្នើសុំសវនាការណាមួយបាន ដោយទាក់ទងមកការិយាល័យនេះ ឬសរសេរលិខិតលាយ លក្ខណ៍អក្សរទៅ Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489។ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំ សវនាការរបស់អ្នក ៖			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ឲ្យទាន់ចំនួន ២០ ថ្ងៃ ចូលបានមុនថ្ងៃចូលធនធាននៃវិធានការនេះ ឬក៏ឲ្យស្របពី 10 ថ្ងៃ ចន្លោះពីពេលដែលយើងធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីវិធានការនេះ ទៅជូនអ្នក,</li> <li>• ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលជំនួយ ហើយអ្នកចង់ឲ្យជំនួយទាំងនោះនៅតែបន្តដំណើរការទៅមុខទៀត, ឬ</li> <li>• ឲ្យទាន់ក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ រាប់ចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកបានទទួលលិខិតនេះ។</li> </ul>			
នៅក្នុងអង្គសវនាការ, អ្នកមានសិទ្ធិធ្វើជាតំណាងឲ្យខ្លួនឯង, តំណាងដោយមេធាវី ឬដោយជនណាម្នាក់ដែលអ្នកពេញចិត្ត។ អ្នកអាចនឹងមានលទ្ធភាពទទួលបានការផ្តល់ ជំនួយផ្នែកច្បាប់ ឬការតំណាងដោយអ្នកច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ តាមរយៈការទាក់ទងទៅកាន់ការិយាល័យសេវាច្បាប់ណាមួយ។			
ខ្ញុំសូមប្រកាសប្រកាសទោសបញ្ញត្តិនៃការស្របចំព្រឹត្តិការណ៍ ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ក្នុងសេចក្តីប្រកាសនេះគឺសុទ្ធតែពិតប្រាកដ, ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញទៅតាមការ យល់ដឹងដ៏ជ្រៅជ្រះបំផុតរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំដឹងព្រាកដថា ការកែប្រែបន្តិចមិននាំឲ្យខូចខាតនៃសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំទទួលបានសេចក្តីផ្សេងៗ ទៅតាមវាក្យ ខណ្ឌដែលមានចែងក្នុងច្បាប់នៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន។ (RCW 74.08.055)			
ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ទម្រង់	កាលបរិច្ឆេទ	ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ទី៣	កាលបរិច្ឆេទ
ការអែសអែងត្រូវបានហាមឃាត់ក្នុងកម្មវិធី និងសកម្មភាពទាំងអស់ ៖ មិនមាននរណាមួយអាចត្រូវបានដកចេញលើមូលដ្ឋានជាក់ស្តែង ពណ៌សម្បុរ សាសនា ជំនឿ សញ្ជាតិដើម ភេទ អាយុ ស្ថានភាពគ្រួសារ អតីតយុទ្ធជនពិការ ឬអតីតយុទ្ធជនសង្គ្រាមវៀតណាម ឬពិការ ។			



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

ពាក្យសុំ **CCSP (CCSP Application)**

ផ្នែក **2A.** ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ  
(ត្រូវបានបំពេញដោយឪពុក ម្តាយ/អាណាព្យាបាល និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម)

វាយជាអក្សរពុម្ព ឬសរសេរអ្នកត្រូវស្នាក់នៅ។ ព័ត៌មានមិនពេញលេញអាចពន្យារការយល់សម្រាប់ការទូទាត់។

កាលបរិច្ឆេទ
លេខទូរស័ព្ទ ឬ មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនង និងទូរស័ព្ទ
លេខទូរសារ

1. ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ដែលបានប្រគល់មកយើង គឺជាព័ត៌មានសាធារណៈ ហើយគេអាចប្រគល់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលបានស្នើសុំវារេអាណាភិបាល។	លេខអត្តសញ្ញាណអតិថិជន
ឈ្មោះរបស់ឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាល	លេខអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម
ឈ្មោះរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម	លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម
អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម	
ក្រុង រដ្ឋ លេខហ្សិបកូដ	កាលបរិច្ឆេទរំពឹងទុកសម្រាប់ការចាប់ផ្តើមសេវាមើលកូន

2. ប្រភេទនៃសេវាមើលកូន ៖ ចូរគូសក្នុងប្រអប់ណាដែលត្រឹមត្រូវ ដើម្បីបញ្ជាក់អំពីប្រភេទសេវាមើលកូនដែលអ្នកផ្តល់។ អ្នកផ្តល់សេវាមើលកូនត្រូវតែបំពេញផ្នែកទី 3 និងទី 4។

<input type="checkbox"/> មជ្ឈមណ្ឌលមើលកូនមានអាជ្ញាប័ណ្ណ	លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ឬលេខអត្តសញ្ញាណពន្ធដារសហព័ន្ធរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម	<input type="checkbox"/> អាជីវកម្មគ្រួសារមើលកូនតាមផ្ទះមានអាជ្ញាប័ណ្ណ	លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ឬលេខអត្តសញ្ញាណពន្ធដារសហព័ន្ធរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម
--	--	--	--

3. ចូរចុះថ្ងៃ និងម៉ោង ដែលអ្នកនឹងផ្តល់សេវាមើលកូនសម្រាប់បណ្តាកូន។ ដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមនេះ។ (សូមប្រើផ្នែកទីប្រាំសម្រាប់ចុះឈ្មោះបណ្តាកូនដទៃទៀត ដែលអ្នក និងផ្តល់សេវាមើលកូនសម្រាប់ពួកគេ។)

ឈ្មោះ	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	ថ្ងៃ និងម៉ោងដែលគេនឹងផ្តល់សេវាមើលកូន, ចូរបញ្ជាក់ម៉ោងមុនក្នុងចូលសាលា និងក្រោយក្នុងចេញពីសាលា

4. អ្នកផ្តល់សេវាកម្មមានអាជ្ញាប័ណ្ណ ៖ ចូរចុះតម្លៃប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នក។

តម្លៃមធ្យមដែលអ្នកទារពិឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាលរបស់កូន គេមានតម្លៃប៉ុន្មាន? ព័ត៌មាននេះត្រូវតែបានផ្តល់ឱ្យបានមុនពេល ដែលការបង់ប្រាក់ត្រូវបានអនុញ្ញាត។ បើអ្នកត្រូវការជំនួយ សូមទូរស័ព្ទទៅខ្សែអ្នកផ្តល់សេវាកម្មតាមលេខ 1-800-394-4571 ឬអ៊ីមែលខ្សែអ្នកផ្តល់សេវាកម្មតាម providerhelp@dshs.wa.gov.	ទារក (សុទ្ធ - 11ខែ) \$	ទារកជំទេវ (12 - 17 ខែ) \$	ទារកដទៃ (18 - 29 ខែ) \$	បើឆ្លើយបាន/ចាំ, ចំនួន ៖ \$ _____
	ក្មេងក្នុងវ័យព្រឹស្តុល (30 ខែ - ប្រាំឆ្នាំមិនទាន់ចូលរៀន) \$	ក្មេងក្នុងវ័យចូល រៀន (ប្រាំ - 12 ឆ្នាំ) \$	តម្លៃចុះឈ្មោះ: <input type="checkbox"/> គ្មានទេ <input type="checkbox"/> ម្តង <input type="checkbox"/> រាល់ឆ្នាំ <input type="checkbox"/> តម្លៃដំណើរកម្សាន្ត	<input type="checkbox"/> ក្នុងក្មេងម្នាក់ <input type="checkbox"/> ក្នុងមួយគ្រួសារ \$ _____ ក្នុងមួយខែ តម្លៃ

សូមទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនង និងទូរស័ព្ទ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីតម្លៃនៃការបង់ប្រាក់សម្រាប់បណ្តាកូន ដែលត្រូវការកម្មវិធីពិសេស។

ខ្ញុំយល់ថា ការបំពេញទម្រង់នេះមិនធានាថា ខ្ញុំនឹងពិតជាទទួលបានប្រាក់ជំនួយមើលកូនទេ។ ប្រសិនបើកម្មវិធីមើលកូនត្រូវបានអនុញ្ញាត, នោះខ្ញុំយល់ព្រមទទួលយកប្រាក់ ជំនួយមើលកូនទៅតាមតម្លៃមធ្យមរបស់ខ្ញុំ ឬទៅតាមតម្លៃរដ្ឋ ដោយអាស្រ័យលើតម្លៃណាមួយទាក់ទង។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម  <input type="checkbox"/> នាយក <input type="checkbox"/> ម្ចាស់ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ	កាលបរិច្ឆេទ	លេខទូរស័ព្ទ និងទូរសារ (សរុបទាំងលេខកូដតំបន់)
--	-------------	---



WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

លិខិតដាក់សុំកម្មវិធី **WCCC** តែមួយមុខ (**WCCC Only Application**)

ផ្នែកទី **2B**. ព័ត៌មានស្តីពីអ្នកផ្តល់សេវាបម្រើដែលត្រូវជាគ្រួសារ/មិត្តភក្តិ/អ្នកជិតខាង  
(សម្រាប់បំពេញដោយឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាល និងអ្នកផ្តល់សេវាបម្រើ)

ចូរវាយជាអក្សរពុម្ព ឬសរសេរដោយដៃ ព័ត៌មានមិនពេញលេញអាចពន្យារការអនុម័តប្រាក់ជំនួយ។

ផ្នែកទី 1. ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកផ្តល់សេវាបម្រើ ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកផ្តល់សេវាបម្រើ ដែលបានប្រគល់មកយើង គឺជាព័ត៌មានសាធារណៈ ហើយគេអាចប្រគល់ឲ្យទៅអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានស្នើសុំវារេពេលណាក៏បាន។ ឈ្មោះរបស់អ្នកផ្តល់សេវាបម្រើ	លេខអត្តសញ្ញាណអតិថិជន ឈ្មោះរបស់ឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាល
អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកផ្តល់សេវាបម្រើ (បើការថែទាំនៅក្នុងផ្ទះអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ផ្តល់អាសយដ្ឋានរូបវន្ត មិនមែនអាសយដ្ឋានផ្លូវសំបុត្រ)	លេខអ្នកផ្តល់សេវាបម្រើ
ក្រុង រដ្ឋ លេខប៊ូកុង	លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកផ្តល់សេវាបម្រើ
	កាលបរិច្ឆេទកំណត់ទុកសម្រាប់ការចាប់ផ្តើមសេវាមើលកូន

ផ្នែកទី 2. ដែលនឹងត្រូវបានបំពេញដោយឪពុកម្តាយ ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំការថែទាំកូន។

- តើអ្នកផ្តល់សេវាបម្រើត្រូវជាជន (បង្កើត, ចុង, ចិញ្ចឹមជាប់, ឬចិញ្ចឹមបណ្តោះអាសន្ន) របស់អ្នក ដែលមានអាយុពី 18 ដល់ 20 ឆ្នាំឬ?  បាទ/ចាស  ទេ
- តើអ្នកផ្តល់សេវាបម្រើត្រូវជាឪពុកម្តាយ (បង្កើត, ចុង, ចិញ្ចឹមជាប់, ឬចិញ្ចឹមបណ្តោះអាសន្ន) របស់អ្នកឬ?  បាទ/ចាស  ទេ  
បើឆ្លើយបាទ/ចាសចំពោះលេខ 2, សូមគូសបញ្ជាក់ក្នុងប្រអប់ខាងក្រោមទាំងឡាយណា ដែលអនុវត្តចំពោះអ្នក។  
តើអ្នកគឺ៖  មេម៉ាយ/ពោះម៉ាយ  លែងលះប្តីប្រពន្ធ  រៀបការ, បែកគ្នា, ឬមិនធ្លាប់រៀបការទាល់តែសោះ។  
 កំពុងរស់នៅជាមួយប្តីប្រពន្ធពិការរបស់ខ្ញុំ ដែលមិនអាចជួយមើលកូនរបស់ខ្ញុំបានទេ សម្រាប់រយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់បួន អាទិត្យជាប់ៗគ្នានៅក្នុងប្រតិទិនត្រីមាស។
- លេខ 1 ឬលេខ 2 មិនអនុវត្ត។

SSN របស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ	ទំនាក់ទំនងជាមួយកុមារ	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ
អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអាយុលើសពី 18 ឆ្នាំ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ពលរដ្ឋអាមេរិក ឬអ្នករស់នៅស្របច្បាប់អាចធ្វើការក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

អ្នកត្រូវតែ៖  
ផ្តល់ការថែទាំនៅក្នុងផ្ទះរបស់កុមារប៉ុណ្ណោះ។ ការថែទាំអាចនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ប្រសិនបើគាត់/នាងគឺជាម្នាក់ក្នុងចំណោមសាច់ញាតិ និងកុមារនេះ ដូចជា មីង អុំ យាយតា បងប្អូន  
ដែលកំពុងរស់នៅក្រៅផ្ទះនេះ ម្តាយមិនធំ ឪពុកមាត់ ឬតារាងយាយទូត ។

តើអ្នករស់នៅជាមួយកុមារដែលអ្នកកំពុងផ្តល់ការថែទាំ?  
 បាទ/ចាស  ទេ

ការថែទាំនឹងត្រូវបានធ្វើនៅក្នុងផ្ទះរបស់កុមារ។ ទៅកាន់ផ្នែកទី 5 ។  
 ការថែទាំនឹងត្រូវបានធ្វើឡើងនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ។ បំពេញផ្នែកទី 4 ។

ផ្នែកទី 4. អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបំពេញ ប្រសិនបើការថែទាំកុមារកើតឡើងក្នុងផ្ទះអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ហើយកុមារនេះមិនរស់នៅទីនោះ

នរណាម្នាក់ថែទាំកើតឡើងនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ហើយកុមារនេះមិនរស់នៅទីនោះ ផ្តល់ឱ្យប្រសូលឈ្មោះ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត និងស្ថានភាពអ្នកប្រព្រឹត្តបទល្មើសលើកេរ្តិ៍ឈ្មោះរបស់អ្នក ដែលមាន  
អាយុ 16 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក៖

ឈ្មោះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	អ្នកប្រព្រឹត្តបទល្មើសលើកេរ្តិ៍ឈ្មោះ ដែលចុះបញ្ជី	ការមិនបានរាយការណ៍ពី បទល្មើសផ្លូវភេទក្នុងផ្ទះរបស់ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ដែលការថែទាំត្រូវបានផ្តល់ ឱ្យនិងបណ្តាលឱ្យលែងមាន លក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នកផ្តល់ សេវាថែទាំនេះ។ <b>WAC</b> <b>170-290-0160</b>
1.		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
2.		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
3.		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
4.		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាបុគ្គលដែលមានចុះខាងលើគឺជាបុគ្គលម្នាក់ៗប៉ុណ្ណោះ ដែលមានអាយុ 16 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ ដែលរស់នៅជាមួយខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាបុគ្គលម្នាក់ទាំងនេះនឹងត្រូវប្រែប្រួលតាមដំណើរការ  
សាកសួរសារជាផ្លូវការដូចនឹងខ្ញុំដែរ។ ខ្ញុំក៏យល់ដែរថា ប្រសិនបើបុគ្គលផ្សេងទៀត ដែលមានអាយុ ឆ្នាំ 16 ឬច្រើនជាងនេះ ធ្វើចលៀនក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំ ខណៈពេលខ្ញុំជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំមានសិទ្ធិ អនុញ្ញាតសម្រាប់  
WCCC ខ្ញុំត្រូវតែជូនដំណឹងដល់ឪពុក ម្តាយឬភ្នាក់ងារ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ	កាលបរិច្ឆេទ
--------------------------------	-------------

**ផ្នែកទី 5. ដែលនឹងត្រូវបានបំពេញដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលត្រូវជាគ្រួសារ/មិត្តភក្តិ/អ្នកជិតខាង**

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលត្រូវជាគ្រួសារ/មិត្តភក្តិ/អ្នកជិតខាងអាចចេញវិក្កយបត្រទៅរដ្ឋសម្រាប់កុមារមិនឱ្យលើសពីប្រាំមួយ (6) នាក់នៅពេលតែមួយ។  
បញ្ចូលចំនួនថ្ងៃ ពេល និងនេអត្រាដែលអ្នកនឹងផ្តល់ការថែទាំសម្រាប់កុមារ(នានា)។

ឈ្មោះខ្លួន និងឈ្មោះត្រកូលរបស់ក្មេង	ថ្ងៃចេញកំណើត	ថ្ងៃ និងម៉ោងដែលគេនឹងផ្តល់សេវាមើលក្មេង, ចូរចេញកំណត់ ម៉ោងមុនក្មេងចូលសាលា និងក្រោយក្មេងចេញពីសាលា
អត្រាថ្លៃឈ្នួលម៉ោងធម្មតារបស់ខ្ញុំសម្រាប់ក្មេងម្នាក់គឺ ៖ \$ _____ ។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំនឹងបានទទួលអត្រារបស់ខ្ញុំ ឬអត្រារដ្ឋ មួយណាដែលតិច ។		

សូមទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងទូរស័ព្ទ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីតម្លៃនៃការបង់ប្រាក់សម្រាប់បណ្តាក្មេង ដែលត្រូវការកម្មវិធីពិសេស។

**ផ្នែកទី 6. ដែលនឹងត្រូវបានអាន និងចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ**

ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ៖

- បំពេញការផ្តល់ការអនុញ្ញាតពិនិត្យមើលសារវត្ថុ។ ប្រសិនបើអ្នកថែទាំសម្រាប់កុមារម្នាក់ក្នុងផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ត្រូវដាក់ជូនផងដែរនូវការអនុញ្ញាតសារវត្ថុដែលបានបំពេញសម្រាប់នរណាម្នាក់ដែលមានអាយុ 16 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះដែលរស់នៅជាមួយអ្នក ឬរឹចូលមកនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។
- រាយការណ៍ទៅ ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងនូវការដាក់ទោសលើឧក្រិដ្ឋជនណាម្នាក់ ឬការចោទប្រកាន់ដែលកំពុងរស់ចាំ ប្រឆាំងនឹងអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលមានអាយុ 16 ឆ្នាំឬច្រើនជាងនេះនៅក្នុងផ្ទះគិតជាម៉ោង ប្រសិនបើការថែទាំត្រូវបានផ្តល់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។
- រាយការណ៍ទៅ DSHS ក្នុងរយៈពេល ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរឈ្មោះស្របច្បាប់របស់អ្នក អាសយដ្ឋាន ឬលេខទូរស័ព្ទ។

ភាពអាចទទួលបានសិទ្ធិរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ៖

- ត្រូវមានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ និងជាពលរដ្ឋមានសញ្ជាតិ ឬអ្នករស់នៅស្របច្បាប់របស់សហរដ្ឋអាមេរិក។
- ផ្តល់តែការថែទាំក្នុងផ្ទះរបស់កុមារប៉ុណ្ណោះ។ ការថែទាំអាចត្រូវបានផ្តល់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ប្រសិនបើគាត់/នាងគឺជាសាច់ញាតិម្នាក់ក្នុងចំណោមអ្នកទាំងនេះ មីង អុំ យាយតា បងប្អូន ដែលកំពុងរស់នៅក្រៅផ្ទះនេះ ម្តាយមិនធំ ឪពុកមាត់ ឬតារាងយាយទួត ។
- មិនមានសារវត្ថុឧក្រិដ្ឋជនដែលលែងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ស្ថិតក្រោម WAC 170-290-0160 ឬ WAC 170-290-0165 ។
- មានសុខភាពផ្លូវកាយ និងផ្លូវចិត្តគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបំពេញតាមសេចក្តីត្រូវការទាំងអស់របស់កុមារនេះក្នុងការថែទាំ។ ប្រសិនបើបុគ្គលិកស្នាក់នៅ ឪពុកឬម្តាយត្រូវតែផ្តល់នូវភស្តុតាងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរថាអ្នកមានសុខភាពផ្លូវកាយ និងផ្លូវចិត្តគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការធ្វើថាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំកុមារដ៏សុវត្ថិភាព។
- អាចថែទាំកុមារដោយមិនប្រើប្រាស់ការដាក់ពិន័យលើរាងកាយ ឬការបំពានផ្លូវចិត្ត។
- ផ្តល់ការថែទាំដល់កុមារក្នុងផ្ទះមានសុវត្ថិភាព។
- យល់ដឹងអំពីការអនុវត្តនីតិវិធីនៃការថែទាំសុខភាពមូលដ្ឋាន, អំពីការទប់ស្កាត់និងការគ្រប់គ្រងជំងឺ, និងអំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ។
- ផ្តល់ការថែទាំជាប់លាប់, ការពិនិត្យឃ្នាំមើល, និងសកម្មភាពផ្សេងៗ ដោយផ្អែកលើសេចក្តីត្រូវការនានារវាងផ្នែកការអភិវឌ្ឍន៍របស់ក្មេង។
- រាយការណ៍ជាបន្ទាន់, ទៅឪពុកឬម្តាយ, ទូរដ្ឋីណឹងស្តីពីការសម្រេចទោសឧក្រិដ្ឋជាស្ថាពរ ឬបទឧក្រិដ្ឋមិនទាន់សម្រេចក្តីជាស្ថាពរ ដែលត្រូវគេធ្វើឡើងប្រឆាំងនឹងរូប អ្នក ឬប្រឆាំងនឹងសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក, អាយុចាប់ពី 9៦ ឆ្នាំឡើងទៅ, នៅពេលណាការថែទាំក្មេងបានប្រព្រឹត្តទៅនៅក្រៅផ្ទះរបស់ក្មេង។
- មិនមែនជាឪពុកឬម្តាយបង្កើត, ចុង, ចិញ្ចឹម, អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់, ជនមានសិទ្ធិគ្រប់គ្រងក្មេងដូចជាឪពុកឬម្តាយ, ឬ ប្តីប្រពន្ធរបស់របស់បុគ្គលណាម្នាក់ក្នុងចំណោមបុគ្គលទាំងឡាយនេះ។

កំណត់ត្រាវត្តមាន៖

- កំណត់ត្រាត្រូវតែ៖
  - បង្ហាញទាំងថ្ងៃ និងម៉ោងដែលសេវាថែទាំត្រូវបានផ្តល់ជូនក្មេង;
  - ឱ្យឪពុកឬម្តាយ/អាណាព្យាបាលចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទលើកំណត់ត្រាវត្តមានយ៉ាងហោចណាស់ជារៀងរាល់សប្តាហ៍
  - រក្សាទុកឲ្យបានប្រាំ (5) ឆ្នាំ
  - ផ្តល់មកឲ្យយើងឲ្យទាន់ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃប្រតិទិនជាប់គ្នា ប្រសិនបើយើងស្នើសុំវា

ការចេញវិក្កយបត្រ៖

- អ្នកនឹងមិនទទួលបានការបង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំកុមារមុនកាលបរិច្ឆេទដែលលទ្ធផលពិនិត្យសារវត្ថុទាំងអស់ត្រូវបានជម្រះដោយ DSHS ឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់នូវការថែទាំមុនពេលការពិនិត្យមើលសារវត្ថុរបស់អ្នកត្រូវជម្រះ គ្រួសារនេះគឺទទួលខុសត្រូវលើការបង់ថ្លៃឱ្យអ្នក។
- អ្នកអាចនឹងត្រូវចេញវិក្កយបត្រសម្រាប់កុមារមិនឱ្យលើសពីប្រាំមួយ (6) អ្នកកំឡុងពេលម៉ោងថែទាំដូចគ្នាឡើយ។
- ពិនិត្យមើលកំណត់ត្រាវត្តមានប្រចាំថ្ងៃឡើងវិញដើម្បីកំណត់ចំនួននៃការដើម្បីចេញវិក្កយបត្រដោយផ្អែកលើវត្តមានរបស់កុមារ និងការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត។

ផ្នែកទី 6. បន្ត

សេវាកម្មសហគ្រាសនិយោជកអន្តរជាតិក្នុងមូលដ្ឋាន **925 (SEIU 925)**

SEIU 925 គំណាងឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលត្រូវជាគ្រួសារ/មិត្តភក្តិ/អ្នកជិតខាង។ កិច្ចព្រមព្រៀងទិញដូរសម្បទានកម្មផ្តល់ជាតម្រោងនូវការផ្តល់ជូន និងផលប្រយោជន៍នានាសម្រាប់សមាជិក SEIU 925 ។ សមាជិកបង់ថ្លៃសមាជិកត្រូវបង់ចំនួន 2 ភាគរយនៃសេវាកម្មដែលត្រូវបានបង់ដោយរដ្ឋ។ ថ្លៃសមាជិកត្រូវបង់ត្រូវបានដាក់ឱ្យហួសកម្រិតត្រឹមចំនួនអតិបរមា \$50 ក្នុងមួយខែ។

ព័ត៌មានបន្ថែមអាចរកបាននៅ៖ *គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំកុមារដែលត្រូវជាគ្រួសារ មិត្តភក្តិ និងអ្នកជិតខាង* ដែលមានទីតាំងនៅ៖

<http://www.del.wa.gov/requirements/info/subsidy.aspx>

ខ្ញុំដឹងថាការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះមិនធានាផលការបង់ប្រាក់ឡើយ។ ប្រសិនបើការថែទាំកុមារត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិ ខ្ញុំយល់ព្រមចំពោះការបង់ប្រាក់ថែទាំកុមារក្នុងអត្រាធម្មតារបស់ខ្ញុំ ឬអត្រារបស់រដ្ឋ មួយណាក៏ដោយដែលតិចជាង។ ខ្ញុំយល់ថាការបង់ប្រាក់មិនអាចកើតឡើងមុនការបរិច្ឆេទដែលត្រូវបានទទួលបានលទ្ធផលត្រួតពិនិត្យសារវាទាំងអស់ឡើយ។ ខ្ញុំបានអាន និងបានយល់ផ្នែកទី 6 នៃទម្រង់បែបបទនេះ។

ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមទោសបញ្ញត្តិនៃការស្បថចំពោះថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ក្នុងសេចក្តីប្រកាសនេះគឺសុទ្ធតែពិតប្រាកដ, ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញទៅតាមការ យល់ដឹងដ៏ជ្រៅជ្រះបំផុតរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំដឹងប្រាកដថា ការក្លែងបន្លំព័ត៌មាននេះដោយចេតនាអំពីសម្លាក់រូបខ្ញុំអាចនឹងនាំឱ្យខ្ញុំទទួលបានទោសបញ្ញត្តិផ្សេងៗ ទៅតាមវាក្យ ខណ្ឌដែលមានចែងក្នុងច្បាប់នៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន។

**(RCW 74.08.055)**

ហត្ថលេខារបស់អ្នកផ្តល់សេវាបម្រើ	កាលបរិច្ឆេទ	<input type="checkbox"/> អ្នកមើលរកមិនមែនជាសាច់ញាតិ <input type="checkbox"/> អ្នកមើលរកត្រូវជាសាច់ញាតិ
--------------------------------	-------------	---

ផ្នែកទី 7. ដែលនឹងត្រូវបានអាន និងចុះហត្ថលេខាដោយឪពុក ឬម្តាយ

ខ្ញុំក្នុងនាមជាឪពុកឬម្តាយ/អាណាព្យាបាល សូមបញ្ជាក់ថាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលត្រូវជាគ្រួសារ/មិត្តភក្តិ/អ្នកជិតខាងបំពេញបានតាមតម្រូវការដែលមានចុះខាងលើ។ ខ្ញុំដឹងថា៖

- ប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចធ្វើការធានាទាំងនេះ ការបង់ប្រាក់នឹងមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យ។
- ព័ត៌មានសារវាទទាំងអស់អាចធ្វើឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ វាជាទំនួលខុសត្រូវអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់ខ្ញុំក្នុងការប្រាប់ខ្ញុំភ្លាមៗប្រសិនបើពួកគេ ឬបុគ្គលណាម្នាក់ មានអាយុ 16 ឬច្រើនជាងនេះកំពុងរស់នៅជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ នៅពេលការថែទាំកើតឡើងនៅខាងក្រៅកុមារត្រូវបានចោទប្រកាន់ ឬដាក់ឱ្យជាប់ទទួលខុសត្រូវណាមួយ។ នោះខ្ញុំមានទំនួលខុសត្រូវសម្រាប់ប្រាប់ភ្លាមៗដល់បុគ្គលិកមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតដោយ WCCC របស់ខ្ញុំ។
- គ្មានការបង់ប្រាក់នឹងត្រូវធ្វើឡើងសម្រាប់ការថែទាំដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យមុនការបរិច្ឆេទនៃលទ្ធផលត្រួតពិនិត្យសារវាទាំងអស់ត្រូវទទួលបាន។
- ខ្ញុំត្រូវតែជូនដំណឹងដល់បុគ្គលិក CCSP ក្នុងរយៈពេលប្រាំថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនេះបញ្ឈប់ការថែទាំកុមារ។
- អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់ខ្ញុំនឹងមិនត្រូវបានបង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំកុមារច្រើនជាងប្រាំមួយអ្នកក្នុងពេលតែមួយ (ម៉ោង និងថ្ងៃតែមួយ)។
- ខ្ញុំប្រហែលមិនអាចមានអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលត្រូវជាគ្រួសារ/មិត្តភក្តិ/អ្នកជិតខាងលើសពីអ្នកដែលអនុញ្ញាតសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ WCCC នៅពេលតែមួយអំឡុងរយៈពេលអាចទទួលបានសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ។ មានតែម្នាក់ក្នុងចំណោមអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបីនាក់អាចជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបម្រុង (ជាដើម)។ ខ្ញុំអាចនឹងប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំម្នាក់ដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ/មានការបញ្ជាក់សម្រាប់ការថែទាំបម្រុង។
- ក្នុងនាមនិយោជករបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលត្រូវជាគ្រួសារ/មិត្តភក្តិ/អ្នកជិតខាង វាគឺជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងការមានអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់អ្នកបំពេញទម្រង់បែបបទ I-9 ស្តីពីការផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពអាចទទួលបានសិទ្ធិការងារ USCIS ។
  - o និយោជន៍ជនជាតិអាមេរិកទាំងអស់ត្រូវតែបំពេញ និងរក្សាទុកទម្រង់បែបបទ I-9 សម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ៗដែលពួកគេផ្តល់សម្រាប់ការធ្វើការងារក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក។
  - o នេះរួមមានពលរដ្ឋមានសញ្ជាតិ និងពលរដ្ឋមិនមានសញ្ជាតិ។
  - o លើទម្រង់បែបបទនេះ និយោជកត្រូវតែធ្វើការពិនិត្យភាពអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការងារធ្វើ និងឯកសារ(នានា)អត្តសញ្ញាណ ដែលនិយោជកម្នាក់បង្ហាញដើម្បីកំណត់ថាគេគឺជាសហរដ្ឋអាមេរិក(នានា) លេចឡើងដោយសមហេតុផលថាមានសញ្ជាតិហើយ និងទាក់ទងបុគ្គលម្នាក់ៗ និងកំណត់ត្រានៃព័ត៌មានឯកសារនៅលើទម្រង់បែបបទ I-9 ដែរឬយ៉ាងណា។
  - o បញ្ជីនៃឯកសារដែលអាចទទួលបានយកបានត្រូវបានរកឃើញនៅលើទំព័រចុងក្រោយនៃទម្រង់បែបបទនេះ។ *ទម្រង់បែបបទនេះ និងការណែនាំអាចត្រូវបានរកឃើញនៅ៖*  
<http://www.uscis.gov/i-9>
- ប្រសិនបើស្ថានភាពរស់នៅផ្ទះរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ សូមរាយការណ៍បញ្ហានេះភ្លាមៗ (ការផ្លាស់ប្តូរទីកន្លែងនេះអាចប៉ះពាល់ដល់ឯកសារពន្ធដែលនឹងត្រូវបានធ្វើទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសម្រាប់សេវាកម្មរបស់ពួកគេ)។

ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមទោសបញ្ញត្តិនៃការស្បថចំពោះថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ក្នុងសេចក្តីប្រកាសនេះគឺសុទ្ធតែពិតប្រាកដ, ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញទៅតាមការ យល់ដឹងដ៏ជ្រៅជ្រះបំផុតរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំដឹងប្រាកដថា ការក្លែងបន្លំព័ត៌មាននេះដោយចេតនាអំពីសម្លាក់រូបខ្ញុំអាចនឹងនាំឱ្យខ្ញុំទទួលបានទោសបញ្ញត្តិផ្សេងៗ ទៅតាមវាក្យ ខណ្ឌដែលមានចែងក្នុងច្បាប់នៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន។

**(RCW 74.08.055)**

ហត្ថលេខារបស់ឪពុកឬម្តាយ/អាណាព្យាបាល	កាលបរិច្ឆេទ
------------------------------------	-------------