



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

លិខិតដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី CCSP

CCSP Application

កាលបរិច្ឆេទ ៖ _____

ទីពុកឬម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាល

លេខសំណុំរឿង

បត់ត្រង់នេះ

សូមជម្រាបមកដល់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ សូមជ្រាប ៖

យើងនឹងវិនិច្ឆ័យមើលបែបបទដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកសម្រាប់ជំនួយទ្រទ្រង់ការថែទាំកុមារ និងកំណត់លក្ខណសម្បត្តិ នៅពេលណាអ្នកបានផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោមនេះមកឲ្យយើង រួចរាល់ហើយ។

- លិខិតដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី CCSP (អ្នកត្រូវតែបំពេញពាក្យសុំថែទាំកុមារ ទោះណាជាអ្នកកំពុងស្ថិតក្នុងសកម្មភាព WorkFirst ក៏ដោយ);
- ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់ការថែទាំកុមារ (អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មាននេះសម្រាប់យើងដើម្បីអនុញ្ញាតការទូទាត់ប្រាក់ទៅឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំកុមាររបស់អ្នក) ។
- ផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ចំណូលក្រុមគ្រួសារប្រចាំខែ សម្រាប់រយៈពេលបីខែចុងក្រោយ (ដូចជាការប្រកាសប្រាក់ខែ, ប្រាក់អាហារកិច្ចខបត្តិកូន, ប្រាក់ ជំនួយសន្តិសុខសង្គម, ប្រាក់ជំនួយចំណូលសន្តិសុខសង្គមបន្ថែម (SSI), និងប្រាក់ចំណូលផ្សេងៗទៀត ដែលបានទទួលដោយសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។ ចូរផ្តល់ សរុបទាំងកាលវិភាគការងាររបស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ចំណូលសម្រាប់ជំនួយប្រាក់សុទ្ធ ពីរដ្ឋ (TANF) ទេ។
- បើអ្នកទើបនឹងចូលធ្វើការថ្មី ហើយគ្មានកម្រៃសេវាប្រាក់ខែ, នោះយើងនឹងទទួលយកលិខិតថ្លែងការណ៍ពីនិយោជករបស់អ្នក ដែលបញ្ជាក់អំពីកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកចូលធ្វើការ, អំពីចំនួនប្រាក់ចំណូលការងារដែលអ្នកទទួលបាន(ក្នុងមួយម៉ោង, ក្នុងមួយខែ, ។ល។), និងអំពីថាតើការងារវិភាគការងាររបស់អ្នកមានលក្ខណៈដូចម្តេច។ បើនិយោជករបស់អ្នកមិនអាចបញ្ជាក់ព័ត៌មាននេះ ពួកយើងអាចយកពាក្យសុំដី ឬការសរសេររបស់អ្នក ។ អ្នកត្រូវតែផ្តល់ឲ្យយើងនូវសំណើចម្លងនៃកម្រៃសេវាប្រាក់ខែរបស់អ្នក ឲ្យបានទាន់ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃ។
- ភស្តុតាងអំពីដីកាគុណការ ឬដីកាផ្តាច់ការបង្គាប់ឲ្យបង់ប្រាក់អាហារកិច្ចខបត្តិកូនដែលបានធ្វើកាលពីបីខែមុន។
- កម្មវិធីជំនួយមើលកូនពាក់ព័ន្ធការងារ**តែមួយមុខ** ៖ ប្រសិនបើការមើលកូនបានផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាបម្រើដែលត្រូវជាគ្រួសារ/ចិត្តកក្តិ/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;
 - ទម្រង់អនុញ្ញាតការអង្កេតសារ (Background Authorization Form), DSHS 09-653 របស់អ្នកផ្តល់សេវាបម្រើ។ អ្នកអាចស្នើសុំទម្រង់នេះពីបុគ្គលិកធ្វើការផ្នែកផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត WCCC របស់អ្នក។ **យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់ឲ្យអ្នកផ្តល់សេវាបម្រើសម្រាប់សេវាកម្មណាមួយ ដែលគេបានផ្តល់នៅមុនថ្ងៃ ដែលយើងទទួលបានក្របលទ្ធផលនៃការពិនិត្យសារទាំងអស់ឡើយ សម្រាប់ជនដែលត្រូវឲ្យមានទាំងអស់ ។**

រាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរ

ទូរស័ព្ទទៅលេខ ៖ 1-877-501-2233 ទូរសារ ៖ 1-888-338-7410 (ជាមួយលេខសម្គាល់អតិថិជនរបស់អ្នកនៅលើទំព័រនីមួយៗ) ឬ www.washingtonconnection.org



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

លិខិតដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី CCSP (CCSP Application)

ផ្នែកទី 1. ព័ត៌មានស្តីពីការដាក់ពាក្យសុំ

ព័ត៌មានមិនពេញលេញអាចពន្យារការអនុវត្តសម្រាប់សេវាកម្ម និងប្រាក់ជំនួយ។ សូមវាយជាអក្សរព្រុំរួម បសរសេរផ្តិតឲ្យច្រាស់។

ការគាំពារកុមារតាមរដូវ

អ្នកដាក់ពាក្យសុំត្រូវតែ:

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

| |
|-------------|
| កាលបរិច្ឆេទ |
|-------------|

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

តើអ្នកសរសេរអ្នកកំពុងតែជួយប្រទះភាពអត់ធ្មេរទេ? បាទ/ចាស ទេ (ឧទាហរណ៍រួមមាន៖ ការរស់នៅក្នុងផ្ទះសំណាក់តាមផ្លូវ ទិញប្រាក់ លំនៅដ្ឋានបណ្តោះអាសន្ន ទឹកថ្លៃសាធារណៈ ឬនូវមន្ត្រីជាមួយអ្នកដទៃដោយតែចាត់បង់លំនៅដ្ឋាន ឬភាពលំបាកខាងសេដ្ឋកិច្ច។)

| បណ្តាញនាំដែលកំពុងរស់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារក្រោមបន្ទុកទទួលបានសម្រាប់អ្នក | | | | | | |
|--|--------------------|------------|-----------------------------|------------------------|--|-----------------------------------|
| ឈ្មោះ (ត្រកូល, ខ្លួន, គណ្តាលកាត់) | ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំកំណើត | ប្រុស/ស្រី | អម្បូរជនជាតិ (មិនដាក់ក៏បាន) | លេខ SSN (មិនដាក់ក៏បាន) | សញ្ជាតិអាមេរិកាំង ឬ គេហដ្ឋានសញ្ជាតិបរទេស | ទំនាក់ទំនងទេវនឹង អ្នកដាក់ពាក្យសុំ |
| | | | | | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | |

ការកំណត់ថាតើអ្នកនៅលីវ ឬជាគ្រួសារដែលមានទាំងឪពុក ទាំងម្តាយគិតធ្វើឱ្យមាន

តើអ្នករស់នៅជាមួយប្តី ឬប្រពន្ធ ឬឪពុក ឬម្តាយ / អាណាព្យាបាលផ្សេងរបស់កូនរបស់អ្នក? បាទ/ចាស ទេ
 បើទេ ចំពោះប្រពន្ធជ្រង់បែបប្រកាសពីឪពុក ឬម្តាយទោល, DSHS 27-164, ហើយប្រគល់ត្រឡប់ជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នក។ បើបាទ/ចាស ចំពោះព័ត៌មានខាងក្រោម។

| | | | | |
|--|--------------------|------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| ឈ្មោះរបស់ប្តី ឬប្រពន្ធ ឬឪពុក ឬម្តាយដទៃ | ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំកំណើត | លេខ SSN (មិនដាក់ក៏បាន) | ទំនាក់ទំនងទេវនឹង អ្នកដាក់ពាក្យសុំ | ទំនាក់ទំនងទេវនឹង កូនដែលមានឈ្មោះខាងលើ |
| | | | | |

| អ្នកដាក់ពាក្យសុំ | ប្តីឬប្រពន្ធ ឬ ឪពុកឬម្តាយទីពីរ / 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 ហើយទទួលបានប្រាក់ខែដុលប៉ុន្មានក្នុងពេលបើកប្រាក់ម្តង (មុនពេលកាត់ពន្ធ រួមទាំងប្រាក់ទឹកតែ)? <input type="checkbox"/> មួយអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> ពីរអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> មួយខែពីរដង <input type="checkbox"/> មួយខែម្តង \$ | បើអ្នកកំពុងធ្វើការ, តើអ្នកបើកប្រាក់ខែញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា ហើយទទួលបានប្រាក់ខែដុលប៉ុន្មាន ក្នុងពេលបើកប្រាក់ម្តង (មុនពេលកាត់ពន្ធ រួមទាំងប្រាក់ទឹកតែ)? <input type="checkbox"/> មួយអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> ពីរអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> មួយខែពីរដង <input type="checkbox"/> មួយខែម្តង \$ |

ប្រភពប្រាក់ចំណូលពលកម្ម/ប្រាក់ចំណូលមិនពលកម្មប្រចាំខែសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់

| ចូរភ្ជាប់សំណៅចម្លង (សម្រាប់រយៈពេលបីខែចុងក្រោយ) ៖ | ឈ្មោះ | សាមីខ្លួន | ឈ្មោះ | ឈ្មោះ |
|--|-------|-----------|-------|-------|
| ការងារ (ប្រាក់ដុលប៉ុន្មានក្នុងពេលរួមទាំងប្រាក់ទឹកតែ) | | | | |
| ស៊ុយដីវកម្ម | | | | |
| ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារត្រឡប់ (TANF) | | | | |
| ប្រាក់អាហារភិក្ខុឧបត្ថម្ភកូនដែលបានទទួល | | | | |
| ជំនួយសន្តិសុខសង្គម (SSI, SSA) | | | | |
| ជំនួយ VA, ពិការភាព, L&I, ឬកម្រៃរ៉ាប់រងភាពអត់ការធ្វើ | | | | |
| ចាស់ជរា ពិការភ្នែក ឬពិការ (អតប្រយោជន៍ ABD) | | | | |
| ផ្សេងៗ (ចូរបញ្ជាក់) ៖ | | | | |

| | | | |
|---|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| តើអ្នកបង់ប្រាក់អាហារកិច្ចឧបត្ថម្ភកូនដែលបានបង្កប់ដោយគុណភាពរឺទេ? | <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖ | <input type="checkbox"/> ទេ | ចំនួនក្នុងមួយខែ ៖ \$ |
| តើអ្នកមានជីកាឧបត្ថម្ភកូនរបស់គុណភាព ដើម្បីទទួលអាហារកិច្ចឧបត្ថម្ភកូនរឺទេ? | <input type="checkbox"/> បាទ/ចា៖ | <input type="checkbox"/> ទេ | ចំនួនក្នុងមួយខែ ៖ \$ |

ធនធានដែលអាចរកបាន

តើអ្នកមានធនធានដែលអាចរកបានដែលមានតម្លៃ \$1,000,000.00 ឬថ្លៃដាងនេះដែរទេ? មាន មិនមាន

ឧទាហរណ៍នៃធនធានដែលអាចរកបានគឺ៖ សាច់ប្រាក់ គណនីធនាគារ ភាគហ៊ុន / សញ្ញាប័ណ្ណ គណនីវិនិយោគ អចលនទ្រព្យវិនិយោគ ។

កាលវិភាគសកម្មភាពរបស់ឪពុកម្តាយ / អ្នកអាណាព្យាបាល

| 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) |
| តើកាលវិភាគសម្រាប់ការងារ, សាលារៀន, សកម្មភាព ACTIVITY របស់អ្នកមានទ្រង់ទ្រាយបែបណា? | តើកាលវិភាគសម្រាប់ការងារ, សាលារៀន, សកម្មភាព ACTIVITY របស់អ្នកមាន ទ្រង់ទ្រាយបែបណា? |
| ថ្ងៃចន្ទ | |
| ថ្ងៃអង្គារ | |
| ថ្ងៃពុធ | |
| ថ្ងៃព្រហស្បតិ៍ | |
| ថ្ងៃសុក្រ | |
| ថ្ងៃសៅរ៍ | |
| ថ្ងៃអាទិត្យ | |

តើសេវាមេលកូនរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំណា ៖

អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ៖ បើដឹង ការធ្វើដំណើរតែមួយផ្លូវ(តែទៅឬតែមក), អ្នកប្រើពេលយូរប្តីណាក្នុងការធ្វើដំណើរពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នក ទៅកាន់កន្លែងសកម្មភាពរបស់អ្នក (កន្លែងធ្វើការ, សាលារៀន ។ល។)?

ឪពុកម្តាយម្ខាងទៀត/អ្នកអាណាព្យាបាល ៖ បើដឹង ការធ្វើដំណើរតែមួយផ្លូវ(តែទៅឬតែមក), អ្នកប្រើពេលយូរប្តីណាក្នុងការធ្វើដំណើរពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នក ទៅកាន់កន្លែងសកម្មភាពរបស់អ្នក (កន្លែងធ្វើការ, សាលារៀន ។ល។)?

កាលវិភាគសកម្មភាពរបស់កូនៗ សម្រាប់បណ្តាកូនៗដទៃទៀត, ចូរក្លែងសន្លឹកក្រដាសដាច់ដោយឡែកបន្ថែម ដោយភ្ជាប់ទាំងព័ត៌មានរបស់ពួកគេ។

| ឈ្មោះរបស់កូន(ៗ) | កាលវិភាគសាលារៀន (ថ្ងៃ និងពេលវេលាដាក់លាក់) | កាលវិភាគកន្លែងមើលកូន (ថ្ងៃ និងពេលវេលាដាក់លាក់) |
|-----------------|---|--|
| | | |
| | | |
| | | |

តើកូនដែលមានអាយុគ្រប់ចូលរៀនរបស់អ្នកត្រូវការថែទាំក្នុងអំឡុងពេលសម្រាក និងសម្រាករដូវក្តៅ? បាទ/ចាស ទេ

អ្នកមានកូនត្រូវការកម្មវិធីពិសេស (Special Needs) ទេ? បាទ/ចា៖ ទេ បើឆ្លើយបាទ/ចា៖, សូមទាក់ទងទៅបុគ្គលិកធ្វើការផ្នែកផ្តល់សេវាអនុញ្ញាតដើម្បីស្នើសុំព័ត៌មានស្តីពីសេវាពិសេស។

ការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត

ក្រសួងផ្តល់សេវាកម្មចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតដូចតម្រូវដោយច្បាប់ការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតថ្នាក់ជាតិឆ្នាំ 1993 ។ ការដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះ ឬការបដិសេធចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់សេវាកម្ម ឬបរិយាមណ្ឌលប្រយោជន៍ដែលអ្នកអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃនោះទេ ។ បើអ្នកចង់បានជំនួយក្នុងការបំពេញបែបបទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោត ពួកយើងនឹងជួយអ្នក ។ ការសម្រេចថាតើស្វែងរក ឬទទួលបានជំនួយគឺជាជម្រើសរបស់អ្នក ។ អ្នកអាចបំពេញបែបបទចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតដាងកងផង ។ បើអ្នកជឿជាក់មានរណាម្នាក់បានជ្រើសរើសចុះឈ្មោះ ឬបដិសេធចុះឈ្មោះបោះឆ្នោតរបស់អ្នក សុំទិញកិច្ចសន្យារបស់អ្នកក្នុងការសម្រេចថាតើចុះឈ្មោះ ឬក្នុងការដាក់ពាក្យចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬសុំទិញកិច្ចសន្យារបដិសេធចុះឈ្មោះយោបាយផ្ទាល់ខ្លួនអ្នក ឬចំណូលចិត្តយោបាយផ្សេងទៀត អ្នកអាចដាក់ពាក្យប្តឹងជាមួយ ៖ ការិយាល័យការបោះឆ្នោតរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន PO Box 40229, Olympia WA 98504-0229 (1-800-448-4881) ។

តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះបោះឆ្នោត ឬធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពការចុះឈ្មោះអ្នកបោះឆ្នោតទេ? បាទ/ចាស ទេ

សុំទិញសវនាការ WAC 170-290-0280

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងសេចក្តីសម្រេចនេះទេ, នោះអ្នកអាចស្នើសុំសវនាការណាមួយបាន ដោយទាក់ទងមកការិយាល័យនេះ ឬសេរីលើទូរស័ព្ទ លក្ខណ៍អក្សរទៅ Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489។ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំ សវនាការរបស់អ្នក ៖

- ឲ្យទាន់ចំនួន ២០ ថ្ងៃ ឬច្រើនមុនថ្ងៃចូលរដ្ឋបាលនៃវិធានការនេះ ឬក៏ឲ្យហួសពី 10 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីពេលដែលយើងធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីវិធានការនេះ ទៅជូនអ្នក, **ប្រសិនបើឥឡូវនេះអ្នកកំពុងទទួលជំនួយ** ហើយអ្នកចង់ឲ្យជំនួយទាំងនោះនៅតែបន្តដំណើរការទៅមុខទៀត, ឬ
- ឲ្យទាន់ក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ រាប់ចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកបានទទួលលិខិតនេះ។

នៅក្នុងអង្គសវនាការ, អ្នកមានសិទ្ធិធ្វើជាតំណាងឲ្យខ្លួនឯង, តំណាងដោយមេធាវី ឬដោយជនណាម្នាក់ដែលអ្នកពេញចិត្ត។ អ្នកអាចនឹងមានលទ្ធភាពទទួលបានការផ្តល់ ជំនួយផ្នែកច្បាប់ ឬការតំណាងដោយអ្នកច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ តាមរយៈការទាក់ទងទៅកាន់ការិយាល័យសេវាច្បាប់ណាមួយ។

ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមទោសបញ្ញត្តិការស្របច្បាប់ថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ក្នុងសេចក្តីប្រកាសនេះគឺសុទ្ធតែពិតប្រាកដ, ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញទៅតាមការ យល់ដឹងដ៏ជ្រៅបំផុតរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំដឹងប្រាកដថា ការកែតម្រូវព័ត៌មាននេះដោយចេតនាអំពីសម្លាប់ឬខ្ញុំអាចនឹងនាំឲ្យប្រឌូទទួលទោសបញ្ញត្តិផ្សេងៗ ទៅតាមវាក្យ ខណ្ឌដែលមានចែងក្នុងច្បាប់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (RCW 74.08.055)

| | | | |
|--|-------------|--|-------------|
| ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ទី៣ | កាលបរិច្ឆេទ | ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ទី៣ | កាលបរិច្ឆេទ |
|--|-------------|--|-------------|

ការរើសអើងត្រូវបានហាមឃាត់ក្នុងកម្មវិធី និងសកម្មភាពទាំងអស់ ៖ មិនមាននរណាមួយអាចត្រូវបានដកចេញពីមូលដ្ឋានដាក់សាសន៍ 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 ឬសរសេរដិតឲ្យច្បាស់។ ព័ត៌មានមិនពេញលេញអាចពន្យារការយល់សម្រាប់ការទូទាត់។

| |
|--|
| កាលបរិច្ឆេទ |
| លេខទូរស័ព្ទម៉តិចមន្ត្រីមណ្ឌលទំនាក់ទំនងទូរស័ព្ទ |
| លេខទូរសារ |

| | |
|---|------------------------------------|
| 1. ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ដែលបានប្រគល់មកយើង គឺជាព័ត៌មានសាធារណៈ ហើយគេអាចប្រគល់ឲ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលបានស្នើសុំវានៅពេលណាក៏បាន។ ឈ្មោះរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ក្រុង រដ្ឋ លេខប្រឹបកូដ | លេខអត្តសញ្ញាណអតិថិជន |
| | ឈ្មោះរបស់ឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាល |
| | លេខអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម |
| | លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម |

2. ប្រភេទនៃសេវាមើលក្មេង ៖ ចូរស្នើសុំប្រគល់អាណាដៃលក្រឹមត្រូវ ដើម្បីបញ្ជាក់អំពីប្រភេទសេវាមើលក្មេងដែលអ្នកផ្តល់។ អ្នកផ្តល់សេវាមើលក្មេងត្រូវតែបំពេញផ្នែកទី 3 និងទី 4។

| | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> មន្ត្រីមណ្ឌលមើលក្មេងមានអាជ្ញាប័ណ្ណ | លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ឬលេខអត្តសញ្ញាណពន្ធដារសហព័ន្ធរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម | <input type="checkbox"/> អាជីវកម្មគ្រួសារមើលក្មេងតាមផ្ទះមានអាជ្ញាប័ណ្ណ | លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) ឬលេខអត្តសញ្ញាណពន្ធដារសហព័ន្ធរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម |
|---|--|--|--|

3. ចូរចុះថ្ងៃ និងម៉ោង ដែលអ្នកនឹងផ្តល់សេវាមើលក្មេងសម្រាប់បណ្តាក្មេង។ ដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមនេះ។ (សូមប្រើផ្នែកទីប្រាំសម្រាប់ចុះឈ្មោះបណ្តាក្មេងដទៃទៀត ដែលអ្នក នឹងផ្តល់សេវាមើលក្មេងសម្រាប់ក្មេងទាំងនោះ)

| ឈ្មោះ | ថ្ងៃថ្ងៃឆ្នាំកំណើត | ថ្ងៃ និងម៉ោងដែលគេនឹងផ្តល់សេវាមើលក្មេង, ចូរបញ្ជាក់ម៉ោងមុនក្នុងចូលសាលា និងក្រោយក្មេងចេញពីសាលា |
|-------|--------------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

4. អ្នកផ្តល់សេវាកម្មមានអាជ្ញាប័ណ្ណ ៖ ចូរចុះតម្លៃប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នក។

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| តម្លៃមធ្យមដែលអ្នកទារពិឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាលរបស់ក្មេង គិតមធ្យមប្រចាំថ្ងៃ? ព័ត៌មាននេះត្រូវតែបានផ្តល់ឲ្យបានមុនពេល ដែលការបង់ប្រាក់ត្រូវបានអនុញ្ញាត។ បើអ្នកត្រូវការជំនួយ សូមទូរស័ព្ទទៅខ្សែអ្នកផ្តល់សេវាកម្មតាមលេខ 1-800-394-4571 ឬអ៊ីមែលខ្សែអ្នកផ្តល់សេវាកម្មតាម providerhelp@dshs.wa.gov. | ទារក (សុទ្ធ – 11 ខែ) \$ _____ | ទារកជំរើរ (12 – 17 ខែ) \$ _____ | ទារកដទៃ (18 – 29 ខែ) \$ _____ | បើឆ្លើយបាទ/ចាះ, ចំនួន ៖ \$ _____ |
| | ក្មេងក្នុងវ័យត្រីសូល (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 |

សូមទាក់ទងទៅមន្ត្រីមណ្ឌលទំនាក់ទំនងទូរស័ព្ទ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីតម្លៃនៃការបង់ប្រាក់សម្រាប់បណ្តាក្មេង ដែលត្រូវការកម្មវិធីពិសេស។

ខ្ញុំយល់ថា ការបំពេញទម្រង់នេះមិនធានាថា ខ្ញុំនឹងរកបានទទួលបានប្រាក់ជំនួយមើលក្មេងទេ។ ប្រសិនបើកម្មវិធីមើលក្មេងត្រូវបានអនុញ្ញាត, នោះខ្ញុំយល់ព្រមទទួលយកប្រាក់ ជំនួយមើលក្មេងទៅតាមតម្លៃមធ្យមរបស់ខ្ញុំ ឬទៅតាមតម្លៃរដ្ឋ ដោយអាស្រ័យលើតម្លៃណាមួយទៅកាន់ខាង។

| | | |
|--|-------------|---|
| 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)

ចូរវាយជាអក្សរព្រុំ ឬសរសេរផ្តិតឲ្យបានស្មើគ្នា។ ព័ត៌មានមិនពេញលេញអាចពន្យារការអនុវត្តប្រាក់ជំនួយ។

| | |
|---|--|
| ផ្នែកទី 1. ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកផ្តល់សេវាបម្រើ ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកផ្តល់សេវាបម្រើ ដែលបានប្រគល់មកយើង គឺជាព័ត៌មានសាធារណៈ ហើយគេអាចប្រគល់ឲ្យទៅអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានស្នើសុំវានៅពេលណាក៏បាន។ ឈ្មោះរបស់អ្នកផ្តល់សេវាបម្រើ | កាលបរិច្ឆេទ លេខទូរស័ព្ទនៃមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងទូរស័ព្ទ លេខទូរសារ |
| អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកផ្តល់សេវាបម្រើ (បើការថែទាំនៅក្នុងផ្ទះអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ផ្តល់អាសយដ្ឋានរូបវន្ត មិនមែនអាសយដ្ឋានផ្លូវសំបុត្រ) | លេខអត្តសញ្ញាណអតិថិជន ឈ្មោះរបស់ឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាល |
| ក្រុង រដ្ឋ លេខហ្សឺបកូដ | លេខអ្នកផ្តល់សេវាបម្រើ |
| | លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកផ្តល់សេវាបម្រើ |
| | កាលបរិច្ឆេទកំរិតទុកសម្រាប់ការចាប់ផ្តើមសេវាមើលកូន |

ផ្នែកទី 2. ដែលនឹងត្រូវបានបំពេញដោយឪពុកម្តាយ ដែលកំពុងដាក់ពាក្យសុំការថែទាំកូន។

- តើអ្នកផ្តល់សេវាបម្រើត្រូវជាត្រូវ (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 | អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែលរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ |
| 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 ឪពុកម្តាយ ឬតារាងយាយទូត ។

តើអ្នករស់នៅជាមួយកុមារដែលអ្នកកំពុងផ្តល់ការថែទាំ?
 បាទ/ចាស ទេ
 ការថែទាំនឹងត្រូវបានធ្វើនៅក្នុងផ្ទះរបស់កុមារ។ ទេវាទីផ្នែកទី 5 ។
 ការថែទាំនឹងត្រូវបានធ្វើឡើងនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ។ បំពេញផ្នែកទី 4 ។

ផ្នែកទី 4. អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបំពេញ ប្រសិនបើការថែទាំកុមារកើតឡើងក្នុងផ្ទះអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ហើយកុមារនេះមិនរស់នៅទីនោះ

នៅពេលការថែទាំកើតឡើងនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ហើយកុមារនេះមិនរស់នៅទីនោះ ផ្តល់ឱ្យក្រសួងនូវឈ្មោះ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត និងស្ថានភាពអ្នកប្រព្រឹត្តបទល្មើសលើកេរ្តិ៍បុគ្គលទាំងអស់ ដែលមានអាយុ 16 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ ដែលរស់នៅជាមួយអ្នក៖

| ឈ្មោះ | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត | អ្នកប្រព្រឹត្តបទល្មើសលើកេរ្តិ៍បុគ្គល ដែលចុះបញ្ជី | ការមិនបានរាយការណ៍ពី បទល្មើសផ្លូវភេទក្នុងផ្ទះរបស់ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ដែលការថែទាំត្រូវបានផ្តល់ ឱ្យនឹងបណ្តាលឱ្យលែងមាន លក្ខណៈសម្បត្តិនៃអ្នកផ្តល់ សេវាថែទាំនេះ។ WAC 170-290-0160 |
|-------|------------------|--|---|
| 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 សាកសួរសារតាមដានដូចនឹងខ្ញុំដែរ។ ខ្ញុំក៏យល់ដែរថា ប្រសិនបើបុគ្គលផ្សេងទៀត ដែលមានអាយុ ឆ្នាំ 16 ឬច្រើនជាងនេះ ពិចារណាមកក្នុងផ្ទះរបស់ខ្ញុំ ខណៈពេលខ្ញុំជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំមានសិទ្ធិ អនុញ្ញាតសម្រាប់ WCCC ខ្ញុំត្រូវតែជូនដំណឹងដល់ឪពុក ម្តាយភ្នាក់ងារ។

| | |
|--------------------------------|-------------|
| ហត្ថលេខារបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ | កាលបរិច្ឆេទ |
|--------------------------------|-------------|

ផ្នែកទី 5. ដែលនឹងត្រូវបានបំពេញដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលត្រូវជាគ្រួសារ/មិត្តភក្តិ/អ្នកជិតខាង

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

| ឈ្មោះខ្លួន និងឈ្មោះត្រកូលរបស់ក្មេង | ថ្ងៃចេញកំណើត | ថ្ងៃ និងម៉ោងដែលគេនឹងផ្តល់សេវាមើលក្មេង, ចូរចេញកំណត់ ម៉ោងមុនក្នុងចូលសាលា និងក្រោយក្នុងចេញពីសាលា |
|---|--------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| អត្រាថ្លៃឈ្នួលម៉ោងធម្មតារបស់ខ្ញុំសម្រាប់ក្មេងម្នាក់គឺ ៖ \$ ១ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំនឹងបានទទួលអត្រារបស់ខ្ញុំ ឬអត្រារដ្ឋ មួយណាដែលតិច ។ | | |

សូមទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងទូរស័ព្ទ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីតម្លៃនៃការបង់ប្រាក់សម្រាប់បណ្តាក្មេង ដែលត្រូវការកម្មវិធីសេស។

ផ្នែកទី 6. ដែលនឹងត្រូវបានអាន និងចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ

ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ

- បំពេញការផ្តល់ការអនុញ្ញាតពិនិត្យមើលសារវា។ ប្រសិនបើអ្នកថែទាំសម្រាប់កុមារម្នាក់ក្នុងផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ត្រូវដាក់ជូនផងដែរនូវការផ្តល់ការអនុញ្ញាតសារវាដែលបានបំពេញសម្រាប់នរណាម្នាក់ដែលមានអាយុ 16 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះដែលរស់នៅជាមួយអ្នក ឬប្រើប្រាស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។
- 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/នាងគឺជាសាច់ញាតិម្នាក់ក្នុងចំណោមដូចទៅនេះ មីង អុំ យាយតា បងប្អូន ដែលកំពុងរស់នៅក្រៅផ្ទះនេះ ម្តាយមិនធំ ឪពុកម្តាយ ឬតារាងយាយទួត ។
- មិនមានសារវាឧក្រិដ្ឋជនដែលលែងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ស្ថិតក្រោម WAC 170-290-0160 ឬ WAC 170-290-0165 ។
- មានសុខភាពផ្លូវកាយ និងផ្លូវចិត្តល្អគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបំពេញតាមសេចក្តីត្រូវការទាំងអស់របស់កុមារនេះក្នុងការថែទាំ។ ប្រសិនបើបុគ្គលិកស្នូររកវា ឪពុកឬម្តាយត្រូវតែផ្តល់នូវភស្តុតាងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរថាអ្នកមានសុខភាពផ្លូវកាយ និងផ្លូវចិត្តល្អគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការធ្វើថាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំកុមារដ៏សុវត្ថិភាព។
- អាចថែទាំកុមារដោយមិនប្រើប្រាស់ការដាក់ពិន័យលើរាងកាយ ឬការបំពានផ្លូវចិត្ត។
- ផ្តល់ការថែទាំដល់កុមារក្នុងផ្ទះមានសុវត្ថិភាព។
- យល់ដឹងអំពីការអនុវត្តនីតិវិធីការថែទាំសុខភាពមូលដ្ឋាន, អំពីការទប់ស្កាត់និងការគ្រប់គ្រងជម្ងឺឆ្លង, និងអំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ។
- ផ្តល់ការថែទាំដាច់លាប, ការពិនិត្យឃ្នាំមើល, និងសកម្មភាពផ្សេងៗ ដោយផ្អែកលើសេចក្តីត្រូវការនានានៃផ្នែកការអភិវឌ្ឍរបស់ក្មេង។
- រាយការណ៍ជាបន្តបន្ទាប់, ទៅឪពុកឬម្តាយ, ទូរដ្ឋីណាម្នាក់សម្រេចទោសឧក្រិដ្ឋជាស្ថាពរ 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

- អ្នកនឹងមិនទទួលបានការបង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំកុមារមុនកាលបរិច្ឆេទដែលលទ្ធផលពិនិត្យសារវាទាំងអស់ត្រូវបានជម្រះដោយ DSHS ឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់នូវការថែទាំមុនពេលការពិនិត្យមើលសារវារបស់អ្នកត្រូវជម្រះ គ្រួសារនេះគឺទទួលខុសត្រូវលើការបង់ថ្លៃឱ្យអ្នក។
- អ្នកអាចនឹងត្រូវចេញវិក្កយបត្រសម្រាប់កុមារមិនឱ្យលើសពីប្រាំមួយ (6) អ្នកកំឡុងពេលម៉ោងថែទាំដូចគ្នាឡើយ។
- ពិនិត្យមើលកំណត់ត្រាវត្តមានប្រចាំថ្ងៃឡើងវិញដើម្បីកំណត់ចំនួននៃការថែទាំចេញវិក្កយបត្រដោយផ្អែកលើវត្តមានរបស់កុមារ និងការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត។

ផ្នែកទី 6. បន្ត

សេវាកម្មសហគមន៍យោជន៍អន្តរជាតិក្នុងមូលដ្ឋាន 925 (SEIU 925)

SEIU 925 គឺជាកម្មវិធីសេវាថែទាំដែលត្រូវជាគ្រួសារ/មិត្តភក្តិ/អ្នកជិតខាង។ កិច្ចព្រមព្រៀងទិញដូរសម្បទានកម្មវិធីជាតិគ្រួសារ និងដល់ប្រយោជន៍នានាសម្រាប់សមាជិក SEIU 925 ។ សមាជិកបង់ថ្លៃសមាជិកត្រូវបង់ចំនួន 2 ភាគរយនៃសេវាកម្មដែលត្រូវបានបង់ដោយរដ្ឋ។ ថ្លៃសមាជិកត្រូវបង់ត្រូវបានដាក់ឱ្យហួសកម្រិតត្រឹមចំនួនអតិបរមា \$50 ក្នុងមួយខែ។

ព័ត៌មានបន្ថែមអាចរកបាននៅ៖ *គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំកុមារដែលត្រូវជាគ្រួសារ មិត្តភក្តិ និងអ្នកជិតខាង* ដែលមានទីតាំងនៅ៖

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

ខ្ញុំដឹងថាការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះមិនធានាដល់ការបង់ប្រាក់ឡើយ។ ប្រសិនបើការថែទាំកុមារត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិ ខ្ញុំយល់ព្រមចំពោះការបង់ប្រាក់ថែទាំកុមារក្នុងអត្រាធម្មតារបស់ខ្ញុំ ឬអត្រារបស់រដ្ឋ មួយណាក៏ដោយដែលតិចជាង។ ខ្ញុំយល់ថាការបង់ប្រាក់មិនអាចកើតឡើងមុនកាលបរិច្ឆេទដែលក្រសួងទទួលបានលទ្ធផលត្រួតពិនិត្យសារតាទាំងអស់ឡើយ។ ខ្ញុំបានអាន និងបានយល់ផ្នែកទី 6 នៃទម្រង់បែបបទនេះ។

ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមទោសបញ្ញត្តិនៃការស្បថបំពានថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ក្នុងសេចក្តីប្រកាសនេះគឺសុទ្ធតែពិតប្រាកដ, ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញទៅតាមការ យល់ដឹងដ៏ជ្រៅជ្រះបំផុតរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំដឹងប្រាកដថា ការក្លែងបន្លំព័ត៌មាននេះដោយចេតនាអំពីសម្បុករូបខ្ញុំអាចនឹងនាំឱ្យខូចទទួលទោសបញ្ញត្តិផ្សេងៗ ទៅតាមវាក្យ ខណ្ឌដែលមានចែងក្នុងច្បាប់នៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន។ (RCW 74.08.055)

| | | |
|--------------------------------|-------------|---|
| ហត្ថលេខារបស់អ្នកផ្តល់សេវាបម្រើ | កាលបរិច្ឆេទ | <input type="checkbox"/> អ្នកមើលរក្សាមិនមែនជាសាច់ញាតិ |
| | | <input type="checkbox"/> អ្នកមើលរក្សាត្រូវជាសាច់ញាតិ |

ផ្នែកទី 7. ដែលនឹងត្រូវបានអាន និងចុះហត្ថលេខាដោយឪពុក ឬម្តាយ

ខ្ញុំក្នុងនាមជាឪពុកឬម្តាយ/អាណាព្យាបាល សូមបញ្ជាក់ថាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលត្រូវជាគ្រួសារ/មិត្តភក្តិ/អ្នកជិតខាងបំពេញបានតាមតម្រូវការដែលមានចុះខាងលើ។ ខ្ញុំដឹងថា៖

- ប្រសិនបើខ្ញុំមិនអាចធ្វើការធានាទាំងនេះ ការបង់ប្រាក់នឹងមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឡើយ។
- ព័ត៌មានសារតាដាក់លាក់អាចធ្វើឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ វាជាទំនួលខុសត្រូវអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់ខ្ញុំក្នុងការប្រាប់ខ្ញុំភ្លាមៗប្រសិនបើពួកគេ ឬបុគ្គលណាម្នាក់ មានអាយុ 16 ឬច្រើនជាងនេះកំពុងរស់នៅជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ នៅពេលការថែទាំកើតឡើងនៅខាងក្រៅកុមារត្រូវបានចោទប្រកាន់ ឬដាក់ឱ្យជាប់បទឧក្រិដ្ឋណាមួយ។ នោះខ្ញុំមានទំនួលខុសត្រូវជម្រាបជូនប្រាប់ភ្លាមៗដល់បុគ្គលិកមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតដោយ WCCC របស់ខ្ញុំ។
- គ្មានការបង់ប្រាក់នឹងត្រូវធ្វើឡើងសម្រាប់ការថែទាំដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យមុនកាលបរិច្ឆេទនៃលទ្ធផលត្រួតពិនិត្យសារតាទាំងអស់ត្រូវទទួលបាន។
- 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 និយោជន៍ជាតិអាមេរិកទាំងអស់ត្រូវតែបំពេញ និងរក្សាទុកទម្រង់បែបបទ I-9 សម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ៗដែលពួកគេផ្តល់សម្រាប់ការធ្វើការងារក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក។
 - o នេះរួមមានពលរដ្ឋមានសញ្ជាតិ និងពលរដ្ឋមិនមានសញ្ជាតិ។
 - o លើទម្រង់បែបបទនេះ និយោជកត្រូវតែធ្វើការពិនិត្យភាពអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការងារធ្វើ និងឯកសារ(នានា)អត្តសញ្ញាណ ដែលនិយោជកម្នាក់បង្ហាញដើម្បីកំណត់ថាគេឯកសារ(នានា) លេចឡើងដោយសមហេតុផលថាមានសព្វគ្រប់ហើយ និងទាក់ទងបុគ្គលម្នាក់ៗ និងកំណត់ត្រានៃព័ត៌មានឯកសារនៅលើទម្រង់បែបបទ I-9 ដែរឬយ៉ាងណា។
 - o បញ្ជីនៃឯកសារដែលអាចទទួលយកបានអាចត្រូវបានរកឃើញនៅលើទំព័រចុងក្រោយនៃទម្រង់បែបបទនេះ។ *ទម្រង់បែបបទ និងការណែនាំអាចត្រូវបានរកឃើញនៅ៖*
<http://www.uscis.gov/i-9>
- ប្រសិនបើស្ថានភាពរស់នៅផ្ទះរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ សូមរាយការណ៍បញ្ហានេះភ្លាមៗ (ការផ្លាស់ប្តូរប្រភេទនេះអាចប៉ះទង្គិចដល់ឯកសារពន្ធដែលនឹងត្រូវបានធ្វើទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសម្រាប់សេវាកម្មរបស់ពួកគេ)។

ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមទោសបញ្ញត្តិនៃការស្បថបំពានថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ក្នុងសេចក្តីប្រកាសនេះគឺសុទ្ធតែពិតប្រាកដ, ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញទៅតាមការ យល់ដឹងដ៏ជ្រៅជ្រះបំផុតរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំដឹងប្រាកដថា ការក្លែងបន្លំព័ត៌មាននេះដោយចេតនាអំពីសម្បុករូបខ្ញុំអាចនឹងនាំឱ្យខូចទទួលទោសបញ្ញត្តិផ្សេងៗ ទៅតាមវាក្យ ខណ្ឌដែលមានចែងក្នុងច្បាប់នៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន។ (RCW 74.08.055)

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