



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)
托儿服务补贴计划 (CCSP) 申请表
CCSP Application

日期: _____

家长/监护人

个案号码

请沿此线折迭

尊敬的申请人:

我们向您寄送此申请表格, 因为您曾经提出托儿服务补贴计划 (CCSP) 申请。

在您提交以下情况资料后, 我们将为您办理申请手续并确定您是否符合资格:

- 托儿服务补贴计划 (CCSP) 申请表格 (即使您目前参加 WorkFirst 活动, 仍须**填写**托儿服务申请表)。
- 托儿服务提供者信息 (您必须向我们提供此信息, 以便授权向您的托儿服务提供者付款)
- 提交证明您最近三个月家庭收入的凭据 (例如工资单存根、儿童抚养费、社会安全保险福利金、社会安全收入津贴 (SSI), 以及您的家庭成员获得的任何其它收入等)。请附上您的工作时间安排。您不必提交凭证来证实来自州政府现金补助 (TANF) 的收入。
- 如果您新近才受雇用, 因而没有工资单存根, 我们可受理雇主出具的声明书, 其中应含有受聘日期、您的工资额 (小时工资额、月薪等), 以及您的工作时间安排。如果您的雇主无法确认此信息, 我们可以受理您的口头或书面声明。您必须提供 60 天内的工资单存根副本 WAC 170-290-0012。
- 提交凭证, 用以证实由法庭裁定或由行政颁令确定的儿童抚养费付款 (若适用则请提交), 以及核实支付款项的凭证。
- **仅适用于职工子女看护计划:** 若由家人/朋友/邻居服务提供者提供看护, 那么服务提供者必须符合申请表 2B 部分所列要求, 并且您必须提交:
 - 服务提供者的图片识别有效副本, 如驾驶证、国家身份证、护照或军官证。
 - 服务提供者有效的社会安全卡副本。
 - 用以证实该位服务提供者可合法在美国就业, 例如绿卡、外籍人士合法居民身份证, 或工作许可证 (EAD)。
 - 背景调查许可书, DSHS 09-653。您可以向您的 WCCC 福利审批人员索取此表格。**对于在本部收到所有相关人员的全部背景调查结果之日以前所提供的托儿服务, 我们将不支付其费用。**

报告变动

电话: 1-877-501-2233; 传真: 1-888-338-7410 (在每页标明您的客户 ID); 或 www.washingtonconnection.org



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

托儿服务补贴计划 (CCSP) 申请表 (CCSP Application)

第一部分申请信息

若填写情况不完整, 则会延误
服务与付款。请工整填写, 或以打字方式填写。

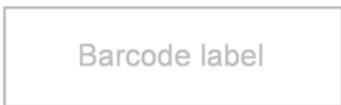
季节性托儿服务

申请人必须:

- 居住于 Adams、Benton、Chelan、Douglas、Franklin、Grant、Kittitas、Okanogan、Skagit、Walla Walla、Whatcom 或 Yakima 县;
- 从事与农场相关的工作, 包括耕种、生产、收获或处理果树、庄稼。

申请人姓名		个案当事人身份识别号码		出生日期		
申请者姓名		社会安全号码 (自愿填写)		电话号码		
城市	州	邮政编码		申请人的种族或族裔	申请人性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
在您家居住并由您照料子女						
姓名 (姓、名、中间名缩写)	出生日期	男/女	族裔	社会安全号码 (自愿填写)	美国公民或合法居民	与申请人的关系
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
在您家居住的配偶或者儿童的另一位家长/监护人 (必须填写)						
您是否已婚? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
姓名	出生日期	社会安全号码 (自愿填写)		与申请人的关系	与上述儿童的关系	
申请人				配偶或者第二位家长/监护人		
雇主姓名或名称、WORKFIRST 活动名称, 或者学校名称				雇主姓名或名称、WORKFIRST 活动名称, 或者学校名称		
地址 (工作、WORKFIRST 活动, 或者学校)				地址 (工作、WORKFIRST 活动, 或者学校)		
电话号码		开始日期		电话号码		开始日期
若您目前就业, 请问您多长时间领一次薪资, 并请问您每一领薪期的薪资额是多少? <input type="checkbox"/> 每周一次 <input type="checkbox"/> 每两周一次 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月一次 \$				若您目前就业, 请问您多长时间领一次薪资, 并请问您每一领薪期的薪资额是多少? <input type="checkbox"/> 每周一次 <input type="checkbox"/> 每两周一次 <input type="checkbox"/> 每月两次 <input type="checkbox"/> 每月一次 \$		
您是否在支付法庭裁定的儿童抚养费? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				每月支付金额: \$		
您是否具有法庭裁定可获得儿童抚养费? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				每月支付金额: \$		
来自所有家庭成员薪资收入/非薪资收入之每月收入来源						
请随附副本 (最近 3 个月的收入):		姓名	姓名	姓名	姓名	
		您本人				
就业收入 (扣税前的收入总额, 包括小费)						
自雇业收入						
贫困家庭临时辅助计划(TANF)						
所获得的儿童抚养费						
社会保险福利 (SSA、SSA)						
退伍军人福利金、劳工与工商保险金, 或者失业救济金						
老年人、盲人或残障人士现金补助 (ABD 好处)						
其它 (请具体写明):						

CCSP APPLICATION
DSHS 14-417 CH (REV. 05/2016) Chinese



14417

可用资源

您是否拥有价值 1,000,000.00 美元或更高的可用资源? 是 否
可用资源的示例包括: 现金、银行账户、股票/债券投资账户、投资性房地产。

家长/监护人的活动时间安排

申请人 配偶或者第二位家长/监护人
活动(工作、学校、WORKFIRST 活动), 请注明午前或午后 活动(工作、学校、WORKFIRST 活动), 请注明午前或午后

请问您如何安排工作、学校、WORKFIRST 活动? 请问您如何安排工作、学校、WORKFIRST 活动?

周一
周二
周三
周四
周五
周六
周日

托儿服务将于哪一天开始:
申请人: 如果已知, 单程, 从提供者地点至您的活动地点(工作、学校等)需要多长时间?
另一位家长/监护人: 如果已知, 单程, 从提供者地点至您的活动地点(工作、学校等)需要多长时间?

子女的活动时间安排。若还有其他子女, 请另加附页填写他们的情况。

儿童姓名	学校日程安排 (准确日期与时间)	托儿服务时间安排 (准确日期与时间)

在上学和暑假期间, 您的学龄子女是否需要照护? 是 否

您是否有特殊需求子女? 是 否 若是如此, 请与福利审批人员联系, 以便了解特殊需求子女的服务费用付款率相关情况。

选民登记

本部依据 1993 年通过的全国选民登记法案之要求为选民提供登记服务。无论您申请或谢绝参加投票登记, 都不会影响本机构为您提供服务或者福利金额。您在填写选民登记表格时若需要帮助, 我们可协助您。是否寻求或接受帮助完全由您决定。在填写选民登记表格时, 您的隐私权将受到保护。如果您认为有人干涉您行使或不行使选民登记权利, 并干涉您依个人意愿而决定是否登记或申请登记投票的隐私权, 或者干涉您依个人意愿而选择政党或其它政治倾向的权利, 您可向以下机构提出投诉: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)。

是否要办理投票登记或更新选民登记? 是 否

听证权利

如果您不同意此项决定, 可以提出举行一次听证会的请求。请与本办事处联系, 或者致函行政听证处, 地址是: Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489。提出听证请求时, 您必须遵循以下期限规定:
• 若您目前享受福利待遇并希望继续享受这些福利待遇, 则应于此措施生效日当天或之前, 或于本处向您寄送此通知函之后 10 天内, 提出听证请求; 或者
• 于您接获此函之日起 90 天内提出听证请求。
您有权代表自己出席听证会, 也可以请您选择的律师或其他人作您的代表。您也许能获得免费法律咨询或代理; 请与某个法律服务办事处联系。

本人特此郑重声明: 据我所知, 我在此声明书中所提供的情况属实、正确且完整, 否则愿受伪证罪处罚; 而且我清楚, 若蓄意伪造此情况, 本人将会受到华盛顿州法律规定的处罚。(华盛顿州修订法规 74.08.055)

第一位家长/法定监护人签名 日期 第二位家长/法定监护人签名 日期

禁止所有计划和活动中的歧视行为: 不得因种族、肤色、宗教、信仰、民族、性别、年龄、婚姻状况、伤残军人或越战时期退伍军人状况或身心障碍而排除任何人。



Transforming lives

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

托儿服务补贴计划 (CCSP) 申请表 (CCSP Application)

第二部分 A. 领有执照的服务提供者情况

(由家长/监护人填写)

请工整填写, 或以打字方式填写。若填写情况不完整, 则会延误服务费用付款。

日期
电话服务中心电话号码
传真号码
个案当事人识别号码
家长/监护人姓名
服务提供者号码
服务提供者电话号码
预计的托儿服务开始日期

1. 服务提供者姓名与地址

向本部提交的服务提供者姓名与地址属于公共情况资料, 并可依请求向任何人员提供。

服务提供者姓名

服务提供者地址

城市

州

邮政编码

2. 托儿服务的类别: 请勾选适当的方框, 以正确标明您提供的托儿服务类别。服务提供者请填写第 3 和第 4 栏。

<input type="checkbox"/> 领有执照的托儿中心	服务提供者者的社会安全号码或联邦税申报号码	<input type="checkbox"/> 领有执照的家庭居家托儿服务	服务提供者者的社会安全号码或联邦税申报号码
------------------------------------	-----------------------	--	-----------------------

3. 请填写您将为下列儿童提供托儿服务的日期与时间 (请在第五栏内填写您照看的其他儿童之有关情况)

姓名	出生日期	请填写提供托儿服务的预计日期与时间, 并请具体写明学前和学后的时间		

4. 领有执照的服务提供者: 请填写您的每日收费率

您向家长/监护人收取的正常费率是多少? 在批准服务费用付款之前必须提供此项内容。 如需帮助, 请拨打提供者热线 1-800-394-4571 或发送电子邮件至 providerhelp@dshs.wa.gov。	婴儿 (0 - 11 个月) \$	学步幼儿 (12 - 17 个月) \$	幼儿 (18 - 29 个月) \$	若是如此, 请填写金额: \$ _____ □ 每个儿童 □ 每个家庭 \$ _____ 每月 收费率
	学龄前儿童 (30 个月 - 5 岁, 尚未入学) \$	学龄儿童 (5 岁 - 12 岁) \$	登记费 □ 无 □ 一次付清 □ 年度收费 □ 出游活动收费	

关于有特殊需求儿童的服务费用付款率, 请向电话服务中心询问。

本人明白, 填写此表格并不保证一定会收到服务费用付款。若托儿服务获得批准, 本人同意按照我通常的收费率或州费率来收取服务费用, 两者之中以少者为淮。

服务提供者签名 <input type="checkbox"/> 主任 <input type="checkbox"/> 业主 <input type="checkbox"/> 其它	日期	电话及传真号码 (请包括地区号码)
--	----	-------------------



WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

仅适用于申请职工子女看护计划 (WCCC) (WCCC Only Application)

第二部分 B.家人/朋友/邻居服务提供者信息

(由家长/监护人填写)

请工整填写,或以打字方式填写。若填写情况不完整,则会延误服务费用付款。

日期
电话服务中心电话号码
传真号码

第 1 部分服务提供者姓名与地址 向本部提交的服务提供者姓名与地址属于公共情况资料,并可依请求向任何人员提供。 服务提供者姓名 服务提供者地址(如果提供者在自己家里提供托儿服务,请提供实际住址。而不是邮寄地址) 城市 州 邮政 编码	个案当事人识别号码
	家长/监护人姓名
	服务提供者号码
	服务提供者电话号码
	预计的托儿服务开始日期

第 2 部分由申请托儿服务的家长填写

1. 此位服务提供者是否为申请人的子女(亲生子女、继子或继女、领养子女,或者寄养子女),且年龄在 18 至 20 岁之间。 是 否
2. 服务提供者是否为您的父母(亲生父母、继父继母、领养父母或者寄养父母)。 是 否
若 #2 的答案为“是”,请在下面勾选适用于您的方框。
您是否: 孀居或鳏居。 已离婚。 已婚,分居,或者从未接过婚。
 与我的残疾配偶生活,他或她在一个季度中至少连续四周无法照顾我的孩子。
3. 不可申请 1 和 2。

服务提供者的社会安全号码	与儿童的关系	服务提供者电子邮件地址
服务提供者年龄是否超过 18 岁? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	出生日期	美国公民或可在美国合法工作的居民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

您必须:

仅在儿童家中提供托儿服务。服务提供者必须是该名儿童的下列亲属之一,才可在服务提供者家中提供托儿服务: 姑母、舅母、姨母; 叔叔、伯父、舅舅、姑父、姨父; 祖父母、外祖父母不在家中居住的兄弟姐妹; 或者曾姑母、曾舅母、曾姨母、曾姑父、曾舅父、曾姨父; 或者曾祖父母、外曾祖父母。

您是否与照看的儿童居住在一起? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 在儿童家里照看该名儿童。前往第 5 部分。 <input type="checkbox"/> 在服务提供者家里照看该名儿童。(请阅第 4 部分)
--	--

第 4 部分亲属托儿服务提供者在自己家里提供托儿服务而且该名儿童不在此居住,则亲属托儿服务提供者必须填写此栏内容。

若在自己家里提供托儿服务而且该名儿童不在此居住,请向本部提交与您一起居住的所有 16 岁或 16 岁以上者的姓名、出生日期、性犯罪情况:

姓名	出生日期	已登记的性犯罪者	若在家中提供托儿服务的提供者没有报告性犯罪者情况,那么我们将永久取消此服务提供者的服务资格。 华盛顿州行政法规 (WAC): 170-290-0160
1.		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
2.		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
3.		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
4.		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

本人证实,仅上面列名者年龄达到 16 岁或 16 岁以上,并在我家居住。本人明白,这些人必须与我一样接受同样的背景调查。本人还明白,在我获准为 WCCC 提供服务期间,若有其他的 16 岁或 16 岁以上者迁入我家,我必须立即通知有关儿童的家长。

服务提供者签名	日期
---------	----

第 5 部分 (由家人/朋友/邻居服务提供者填写)

家人/朋友/邻居托儿服务提供者向州政府收取费用时, 不得同时超过 6 名儿童的服务费用。

提供服务的日期、时间以及提供托儿服务的收费率。

儿童的名字与姓氏	出生日期	请填写提供托儿服务的预计日期与时间, 并请具体写明学前和学后的时间

本人通常按照以下小时费率收取对该名儿童的托儿费用 \$ _____。本人同意按照我的收费率或州费率来收取服务费用, 两者之中以少者为准。

关于有特殊需求儿童的服务费用付款率, 请向电话服务中心询问。

第 6 部分由服务提供者阅读并签署

服务提供者职责:

- 完成并勾选背景调查授权内容若您在家中提供托儿服务, 请您完成对 16 岁或 16 岁以上且与您一起居住或搬到您家中的居住者进行的背景调查授权, 并提交此背景调查授权。
- 若您在家中提供托儿服务, 出现任何针对您或您家中 16 岁或 16 岁以上居住者的任何犯罪刑事判罪或待决指控, 请在 24 小时内向 DSHS 报告此事。
- 若您变更了合法姓名、地址或电话号码, 请在 10 天内向 DSHS 报告。

服务提供者的资格条件:

- 18 岁或 18 岁以上的美国公民或合法居民。
- 仅在儿童家中提供托儿服务。服务提供者必须是该名儿童的下列亲属之一, 才可在服务提供者家中提供托儿服务: 姑母、舅母、姨母; 叔叔、伯父、舅舅、姑父、姨父; 祖父母、外祖父母不在家中居住的兄弟姐妹; 或者曾姑母、曾舅母、曾姨母、曾姑父、曾舅父、曾姨父; 或者曾祖父母、外曾祖父母。
- 根据华盛顿州行政法规 170-290-0160 或 170-290-0165 条规定, 没有会使您失去资格的犯罪背景。
- 看护者的身心健康状况能使其胜任并满足受照看儿童的所有需求。若工作人员要求提供证明文件, 家长必须按照要求提交书面文件, 以证实您的身心健康状况能使您安全地胜任托儿服务提供者工作。
- 能照看好儿童, 而不施以体罚或精神虐待。
- 在安全的家庭环境场所里提供儿童照看服务。
- 对基本健康常识、传染病的预防及控制以及免疫常识有所了解。
- 能依儿童的发育需求而提供不间断的照看、监护以及活动。
- 如果提供托儿服务的场所在受照看儿童住所以外的地方, 若您获悉您本人或居住在同一家庭的任何 16 岁或 16 岁以上者有任何刑事判罪或待决指控, 必须立即向家长报告此事。
- 不是该名儿童的亲生父母、继父继母、领养父母、法定监护人、代替父母地位的成年人或者上述任何人的配偶。

考勤记录:

- 该记录必须:
 - 显示您照看每位儿童的天数和时间
 - 有父母/监护人签名, 且至少每周填写一次考勤记录的日期
 - 保存时间达五 (5) 年
 - 若 DSHS 或 DEL 要求查看考勤记录, 必须在 14 天内提供。

费用:

- 对于在 DSHS 收到全部背景调查结果之日以前所提供的托儿服务, 我们将不支付其费用。若您在完成背景调查前提供托儿服务, 则需由托儿方家庭承担服务费用。
- DSHS 将不支付同一小时内同时照看超过六 (6) 名儿童的服务费用。
- 查看每日考勤记录, 并根据儿童出勤和授权情况决定付款单元数。

第 6 部分(接上)

服务业雇员国际工会本地 925 (SEIU 925)

SEIU 925 代表家人/朋友/邻居服务提供者。集体谈判协议提及了 SEIU 925 成员的条件和服务。成员需支付 2% 的托儿服务会费（由国家出资）。每月会费最高为 50 美元。

登录网址 <http://www.del.wa.gov/requirements/info/subsidy.aspx> 阅读《家人、朋友和邻居托儿服务提供者指南》，即可了解其他详细内容。

本人明白，填写此表格并不保证一定会收到服务费用付款。若托儿服务获得批准，本人同意按照我通常的收费率或州政府费率来收取服务费用，两者之中以少者为准。本人明白，本部收到全部背景调查结果之日以前所提供的托儿服务，将不予支付我费用。本人已经阅读并理解此表格中的第 6 部分内容。

本人特此郑重声明：据我所知，我在此声明书中所提供的情况属实、正确且完整，否则愿受伪证罪处罚；并且清楚，若蓄意伪造此情况，本人将会受到华盛顿州法律规定的处罚。（华盛顿州修订法规 74.08.055）

服务提供者签名

日期

非亲属看护者

亲属看护者

第 7 部分由服务提供者阅读并签署

本人以家长/监护人的身份证明，我的家人/朋友/邻居服务提供者符合上述条件要求。本人明白：

- 如果本人无法做出如上保证，州政府将不会批准支付服务费用。
- 某些特定的背景调查情况会使我的服务提供者失去资格。如果提供托儿服务的场所在受照看儿童住所以外的地方，若我的服务提供者或者服务提供者家中任何 16 岁或 16 岁以上者受到任何刑事指控或刑事判罪，该位服务提供者有责任立即通知本人。本人须立即随后向我的 WCCC 托儿服务审批人员报告。
- 对于在本部收到全部背景调查结果之日以前所提供的托儿服务，我们将不支付其费用。
- 如果此位服务提供者停止提供托儿服务，本人必须于 5 天之内通知 CCSP 工作人员。
- 如果我的服务提供者同时（同日同时）照看 6 名以上儿童，该位服务提供者将得不到服务费用付款。
- 在我有资格享受福利期间，获准由 WCCC 支付费用，为我服务的家人/朋友/邻居托儿服务提供者不得同时超过三位。这三位托儿服务提供者其中仅可有一位是备用（替代）托儿服务提供者。我可以请一位领有执照/合格证书的服务提供者作为备用托儿服务提供者。
- 作为家人/朋友/邻居托儿服务提供者的雇主，您有责任要求您的服务提供者完成 USCIS 雇员资格核实表 I-9。
 - 所有美国雇主必须完成并保留其在美国雇佣每位雇员时填写的表 I-9。
 - 包括公民和非公民。
 - 在表格中，雇主必须检查雇员出示的工作资格和身份文件，以决定文件是否真实可靠且与个人相关，另需在表 I-9 上记录文件信息。
 - 可用文件的清单位于表格最后一页。可通过以下网址查看 <http://www.uscis.gov/i-9>
- 若您与服务提供者的居住状况发生变化，请立即将此情况报告本处（此类变化可能会影响向服务提供者寄送的服务收入报税文件）。

本人特此郑重声明：据我所知，我在此声明书中所提供的情况属实、正确且完整，否则愿受伪证罪处罚；并且清楚，若蓄意伪造此情况，本人将会受到华盛顿州法律规定的处罚。（华盛顿州修订法规 74.08.055）

家长/监护人签名

日期