



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:

**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)。
- 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。当您提供口头或书面声明来证明雇佣时, 必须提供 **60** 天内的工资单存根副本。
- 提交凭证, 用以证实近三个月内由任何法庭裁定或由行政颁令确定的儿童抚养费付款。

您可以了解您的婴儿或儿童的发育情况是否正常, 或者她是否需要一些额外的措施以准备好上学。为此, 您可以完成一份免费的儿童发育筛查调查问卷, 方法是拨打家庭健康热线 1-800-322-2588, 或浏览 Parent Help 123 网站:

<http://www.parenthelp123.org/child-development/help-me-grow-washington> 以详细了解。

- 儿童具有享有安全的基本人权。虐待和忽视会将儿童置于遭受身体伤害和情绪伤害, 甚至死亡的风险, 从而威胁到儿童的安全。如果您怀疑有儿童是虐待或忽视的受害人, 请拨打 DSHS 免费电话 1-866-END-HARM (1-866-363-4276)。



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

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

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	日期
申请者姓名	社会安全号码 (自愿填写)	出生日期
城市 州 邮政编码	申请人的种族或族裔	电话号码
		申请人性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

您的家人是否正无家可归?  是  否 (例子包括: 因失去房子或陷入财务困境而住在酒店、避难所、过渡房屋、汽车、公共场所或与其他人挤住在一起)

您是否是曾在过去六(6)个月内在华盛顿州中获得过儿童福利服务并曾作为您的个案计划的一部分被转介给托儿服务的家长或法定监护人?  是  否 (如果回答是, 请拨打 1-877-501-2233 了解您是否有资格获得加快申请办理。)

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 (自愿填写)	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	

鉴定您是单亲还是双亲家庭 (必须填写)

您是否与配偶或您的任何子女的另一家长/监护人同住?  是  否

如果为否, 请填写单亲声明表 DSHS 27-164 并与您的申请表一同返回。如果为是, 请填写下方信息。

配偶或其他家长的姓名	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

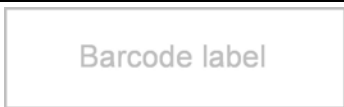
配偶或者第二位家长/监护人

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总额是多少 (税前, 包括小费)? <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总额是多少 (税前, 包括小费)? <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 \$

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				
公共援助 (TANF、ABD 等)				
所获得的儿童抚养费				
社会安全保险福利 (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)				

您是否在支付法庭裁定的儿童抚养费?  是  否 每月金额: \$



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? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
您是否有特殊需求子女? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
听证权利 WAC 110-15-0280			
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:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>于您接获此函之日起 90 天内提出听证请求。</li> </ul>			
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。			