STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

درخواست CCSP

CCSP Application

تاریخ: _____

_____

ولی/سرپرست

_____

شماره پرونده

_____

پوشه

متقاضی گرامی

ما این درخواست را به این دلیل برای شما می‌فرستیم که شما درخواست یارانه مراقبت از کودک نموده‌اید.

ما پس از ارائه اطلاعات زیر، درخواست شما را بررسی می‌کنیم و در مورد واجد شرایط بودن شما تصمیم‌گیری می‌نماییم.

- درخواست CCSP/اطلاعات ارائه‌دهنده (شما باید این بخش را **تکمیل کنید** حتی اگر به فعالیت WorkFirst مشغول هستید)؛
- مدرک مربوط به درآمد خانوار در سه ماه گذشته (مانند کپی فیش حقوقی، حضانت کودک، درآمد تأمین اجتماعی، درآمد تأمین تکمیلی (SSI) و هرگونه درآمد دیگری که فردی در خانواده شما دریافت می‌کند) را ارائه دهید. برنامه کاری اشتغال خود را ضمیمه کنید. نیازی نیست مدرک اثبات درآمد مربوط به کمک نقدی ایالت (TANF) را ارائه کنید.
- اگر به‌تازگی استخدام شده‌اید و فیش حقوقی ندارید، ما اطلاعیه کارفرمای شما را می‌پذیریم که در آن تاریخ استخدام، میزان درآمد شما (بر حسب ساعت، حقوق و دستمزد، و غیره) و برنامه کاری شما ذکر شده باشد. باید یک کپی از فیش حقوق خود را ظرف مدت 30 روز ارائه کنید WAC 170-290-0012.
- حکم دادگاه یا حکم اداری جهت پرداخت مربوط به حضانت کودک (در صورت وجود) و تأییدیه پرداخت‌های انجام شده.
- **تنها** ارتباطات کاری مراقبت از کودک: اگر مراقبت توسط یک ارائه‌دهنده مراقبت عضو خانواده/دوستان/همسایگان ارائه می‌شود، ارائه‌دهنده باید الزامات ذکر شده در بخش 2B را برآورده کرده و شما باید موارد زیر را ارسال کنید:
  - کپی خوانا از کارت شناسایی عکسدار ارائه‌دهنده، مانند گواهی‌نامه رانندگی، کارت شناسایی ایالت، پاسپورت، یا کارت شناسایی نظامی.
  - کپی خوانا از کارت معتبر تأمین اجتماعی ارائه‌دهنده مراقبت؛
  - مدرکی که نشان دهد ارائه‌دهنده خدمات مجاز به کار در ایالات متحده است، از جمله گرین کارت، کارت اقامت اتباع بیگانه، یا سند مجوز استخدام (EAD).
  - فرم مجوز پیشینه، DSHS 09-653. شما می‌توانید این فرم را از مددکار مجاز WCCC خود دریافت کنید. **پرداختی به‌ازای خدمات ارائه شده قبل از تاریخی که تمام نتایج بررسی پیشینه دریافت گردد، صورت نخواهد گرفت.**

اگر هرگونه سؤالی دارید لطفا با شما زیر تماس بگیرید.

شماره تلفن مرکز تماس: _____ شماره فکس: _____

Washington State Department of Social & Health Services

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

درخواست CCSP

CCSP Application

بخش 1. اطلاعات درخواست

ممکن است اطلاعات ناقص باعث تأخیر در تأیید خدمات و پرداخت گردد. تایپ کنید یا به‌طور خوانا بنویسید.

☐ مراقبت فصلی از کودک

متقاضیان باید:

- در بخش‌های Adams، Benton، Chelan، Douglas، Franklin، Grant، Kittitas، Okanogan، Skagit، Walla Walla، Whatcom یا Yakima Counties **زندگی کنند**؛
- در کارهای مربوط به مزرعه شامل کشت، تولید، برداشت یا فرآوری میوه‌های درختی یا غلات **مشغول به‌کار باشند**.

			تاریخ
نام متقاضی		شماره شناسایی مشتری	تاریخ تولد
آدرس متقاضی		SSN (اختیاری)	شماره تلفن
شهر	ایالت / کد پستی	قومیت متقاضی	جنسیت متقاضی ☐ مرد ☐ زن

کودکانی که شما مسئول آنها هستید و در خانوار زندگی می‌کنند

نام (نام خانوادگی، نام کوچک، حروف اول نام میانی)	تاریخ تولد	مرد/زن	قومیت	SSN (اختیاری)	شهروند ایالات متحده یا مقیم قانونی	نسبت با متقاضی
					☐ بله ☐ خیر	
					☐ بله ☐ خیر	
					☐ بله ☐ خیر	
					☐ بله ☐ خیر	
					☐ بله ☐ خیر	
					☐ بله ☐ خیر	

همسر یا والدین/سرپرستان دیگر کودک که در خانوار زندگی می‌کنند (الزامی)

آیا ازدواج کرده‌اید؟ ☐ بله ☐ خیر

نام	تاریخ تولد	SSN (اختیاری)	نسبت با متقاضی	نسبت با کودکان فوق

متقاضی	**همسر یا ولی/سرپرست دوم**
نام کارفرما، فعالیت WORKFIRST، یا مدرسه	نام کارفرما، فعالیت WORKFIRST، یا مدرسه
آدرس (اشتغال، فعالیت WORKFIRST، یا مدرسه)	آدرس (اشتغال، فعالیت WORKFIRST، یا مدرسه)
شماره تلفن / تاریخ شروع	شماره تلفن / تاریخ شروع
اگر مشغول به کار هستید، هر چند وقت‌یکبار به شما پرداخت صورت می‌گیرد و دستمزد شما به ازای هر دوره؟ ☐ هفتگی ☐ هر دو هفته یکبار ☐ دوبار در ماه ☐ ماهیانه دلار	اگر مشغول به کار هستید، هر چند وقت‌یکبار به شما پرداخت صورت می‌گیرد و دستمزد شما به ازای هر دوره؟ ☐ هفتگی ☐ هر دو هفته یکبار ☐ دوبار در ماه ☐ ماهیانه دلار

آیا هزینه‌های حضانت را بنا به حکم دادگاه می‌پردازید؟ ☐ بله ☐ خیر مبلغ ماهیانه: دلار

آیا برای دریافت حق حضانت حکم دادگاه دارید؟ ☐ بله ☐ خیر مبلغ ماهیانه: دلار

منابع درآمد دریافتی/غیردریافتی ماهیانه مربوط به تمام اعضای خانواده

کپی آنها را ضمیمه کنید (مربوط به سه ماه گذشته):	نام **خود شخص**	نام	نام	نام
اشتغال (ناخالص، قبل از کسر مالیات، شامل انعام)				
خوداشتغال				
کمک موقت به خانواده‌های نیازمند (TANF)				
حق حضانت دریافتی برای کودک				
تأمین اجتماعی (SSI، SSA)				
VA، از کار افتادگی، L&I یا مزایای بیکاری				
سایر (مشخص نمایید):				

Barcode label

14417

برنامه فعالیت ولی/سرپرست		
	متقاضی	همسر یا ولی/سرپرست دوم
	فعالیت (اشتغال، مدرسه، فعالیت WORFIRST) زمان را بر حسب صبح/بعدازظهر مشخص کنید	فعالیت (اشتغال، مدرسه، فعالیت WORFIRST) زمان را بر حسب صبح/بعدازظهر مشخص کنید
	برنامه شما برای اشتغال مدرسه، فعالیت WORKFIRST چیست؟	برنامه شما برای اشتغال مدرسه، فعالیت WORKFIRST چیست؟
دوشنبه		
سه‌شنبه		
چهارشنبه		
پنج‌شنبه		
جمعه		
شنبه		
یک‌شنبه		

مراقبت از کودک در چه تاریخی آغاز خواهد شد:
متقاضی: چه مدت طول می‌کشد تا از محل مراقبت از کودک به محل فعالیت خود (محل کار، مدرسه و غیره) برسید (یک طرف مسیر)؟

ولی/سرپرست دیگر: چه مدت طول می‌کشد تا از محل مراقبت از کودک به محل فعالیت خود (محل کار، مدرسه و غیره) برسید (یک طرف مسیر)؟

برنامه فعالیت کودکان. برای سایر کودکان برگه جداگانه‌ای به همراه اطلاعات آنها ضمیمه کنید.

اسامی کودکان	برنامه مدرسه (روزها و ساعات دقیق)	برنامه مراقبت از کودک (روزها و ساعات دقیق)

آیا کودکی دارید که نیازهای خاصی دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ مثبت است، لطفا برای کسب اطلاعات در مورد نرخ پرداخت مربوط به نیازهای خاص با مددکار مجاز تماس بگیرید.

حقوق دادرسی

اگر با این تصمیم مخالف هستید، می‌توانید درخواست دادرسی بدهید و این کار را با تماس با این دفتر یا ارسال نامه به دفتر دادرسی‌های اداری به نشانی زیر انجام دهید: P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. شما باید درخواست دادرسی را به شرح زیر انجام دهید:

- در تاریخ تنفیذ این اقدام، قبل از آن یا حداکثر 10 روز بعد از اینکه ما اطلاعیه اقدام را برای شما ارسال کردیم، در صورتی که هم‌اکنون مزایایی را دریافت می‌کنید و می‌خواهید این مسئله ادامه پیدا کند
- ظرف مدت 90 روز از تاریخ دریافت این نامه.

در جلسه دادرسی، حق دارید خودتان از خودتان دفاع کنید، یا یک وکیل یا هر فرد دیگری که انتخاب می‌کنید به نمایندگی از شما حضور پیدا کند. ممکن است بتوانید از طریق تماس با دفتر خدمات حقوقی، مشاوره حقوقی یا وکالت رایگان دریافت کنید.

من شهادت می‌دهم که اطلاعاتی که در این اظهاریه ارائه کرده‌ام تا حد دانش من درست و کامل است و متوجه هستم که تحریف عمدی این اطلاعات توسط من ممکن است باعث شود در معرض مجازات‌های مربوطه در قانون ایالتی واشنگتن قرار بگیرم. (RCW 74.08.055)

امضای ولی/سرپرست قانونی اول	تاریخ	امضای ولی/سرپرست قانونی دوم	تاریخ

Washington State Department of Social & Health Services

برنامه‌های یارانه مراقبت از کودک (CCSP)

درخواست CCSP

CCSP APPLICATION

بخش 2A. اطلاعات ارائه‌دهنده مراقبت مجاز

(باید توسط ولی/سرپرست و ارائه‌دهنده مراقبت تکمیل شود)

تایپ کنید یا به‌طور خوانا بنویسید. ممکن است اطلاعات ناقص باعث تأخیر در تأیید جهت پرداخت گردد.

تاریخ	
شماره تلفن مرکز تماس	
شماره فاکس	
شماره شناسایی مشتری	**1. نام و آدرس ارائه‌دهنده مراقبت** نام و آدرس ارائه‌دهنده مراقبت که در اختیار ما قرار می‌گیرد جزء اطلاعات عمومی است و به هر کسی که بخواهد ارائه می‌شود.
نام ولی/سرپرست	
شماره ارائه‌دهنده	نام ارائه‌دهنده
شماره تلفن ارائه‌دهنده	آدرس ارائه‌دهنده
تاریخ مورد انتظار برای شروع مراقبت	شهر ایالت کد پستی

2. نوع مراقبت: کادر مناسب مربوط به مراقبتی را که ارائه می‌دهید، علامت بزنید. ارائه‌دهنده بخش 3 و 4 را تکمیل می‌کند.

☐ مرکز مراقبت از کودک دارای مجوز	شماره SSN یا شماره شناسایی مالیات فدرال ارائه‌دهنده	☐ مرکز مراقبت از کودک در منزل دارای مجوز	شماره SSN یا شماره شناسایی مالیات فدرال ارائه‌دهنده

3. روزها و ساعاتی که از کودکان زیر مراقبت خواهید کرد را ذکر نمایید
(لطفا از بخش پنج برای کودکان دیگری که از آنها مراقبت می‌کنید، استفاده نمایید)

اسامی	تاریخ تولد	روزها و ساعاتی که مراقبت انجام خواهد شد، زمان قبل و بعد از مدرسه را مشخص کنید

4. ارائه‌دهنده دارای مجوز: نرخ روزانه خود را وارد کنید

نرخ معمولی که از والدین/سرپرستان می‌گیرد چقدر است؟ این اطلاعات باید قبل از تأیید پرداخت، ارائه شود.	نوزاد (0 - 11 ماهه) دلار	کودک نوپا (12 - 17 ماهه) دلار	نوپا (18 - 29 ماهه) دلار	اگر بله، مبلغ: _____ دلار_____
	پیش‌دبستانی (30 ماهه - پنج ساله که به مدرسه نمی‌رود) دلار	سن مدرسه (پنج - 12 ساله) دلار	هزینه ثبت‌نام ☐ خیر ☐ یک‌بار ☐ سالیانه ☐ هزینه ایاب و ذهاب	☐ به ازای هر کودک ☐ به ازای هر خانواده _____ دلار_____ در ماه نرخ

برای کسب اطلاعات در مورد نرخ پرداخت مربوط به کودکان دارای نیازهای خاص با مرکز تماس، تماس بگیرید.

من متوجه هستم که تکمیل کردن این فرم تضمینی برای پرداخت نیست. اگر مراقبت از کودک مورد تأیید قرار گیرد، با پرداخت مراقبت از کودک طبق نرخ معمول خود یا نرخ DEL (هرکدام که کمتر باشد) موافقم.

امضای ارائه‌دهنده ☐ مدیر ☐ مالک ☐ سایر	تاریخ	شماره تلفن و فکس (شامل کد منطقه)

Washington State Department of Social & Health Services

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

تنها درخواست WCCC

WCCC Only Application

بخش 2B. اطلاعات ارائه‌دهنده عضو خانواده / دوستان / همسایگان

(باید توسط ولی/سرپرست و ارائه‌دهنده مراقبت تکمیل شود)

تایپ کنید یا به‌طور خوانا بنویسید. ممکن است اطلاعات ناقص باعث تأخیر در تأیید جهت پرداخت گردد.

تاریخ	
شماره تلفن مرکز تماس	
شماره فاکس	
بخش 1. نام و آدرس ارائه‌دهنده مراقبت نام و آدرس ارائه‌دهنده مراقبت که در اختیار ما قرار می‌گیرد جزء اطلاعات عمومی است و به هر کسی که بخواهد ارائه می‌شود.	شماره شناسایی مشتری
	نام ولی/سرپرست
نام ارائه‌دهنده	شماره ارائه‌دهنده
آدرس ارائه‌دهنده	شماره تلفن ارائه‌دهنده
شهر ایالت کد پستی	تاریخ مورد انتظار برای شروع مراقبت

بخش 2. توسط والدینی که درخواست مراقبت از کودک را دارند تکمیل شود

1. آیا ارائه‌دهنده خدمات مراقبت کودک (خونی، سببی، فرزندخوانده یا به سرپرستی گرفته شده) شما 18 تا 20 سال سن دارد. ☐ بله ☐ خیر
2. آیا ارائه‌دهنده یکی از والدین (خونی، سببی، فرزندخوانده یا سرپرست) شما است. ☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ سؤال شماره 2 مثبت است، لطفا کادری را در زیر که به شما مربوط می‌شود، علامت بزنید.

آیا شما: ☐ بیوه هستید. ☐ طلاق گرفته‌اید. ☐ متأهل هستید، جدا شده‌اید، یا هرگز ازدواج نکرده‌اید.

☐ با همسر معلول خود زندگی می‌کنید که حداقل به مدت چهار هفته متوالی در یک فصل تقویمی قادر به مراقبت از کودک نیست.

3. ☐ شماره 1 و 2 هیچ‌کدام صدق نمی‌کند.

بخش 3. باید توسط ارائه‌دهنده مراقبت عضو خانواده/دوستان/همسایگان تکمیل شود

SSN ارائه‌دهنده	نسبت با کودک	آدرس ایمیل ارائه‌دهنده
سن ارائه‌دهنده بیش از 18 سال است؟ ☐ بله ☐ خیر	تاریخ تولد	شهروند ایالات متحده یا دارای اقامت و مجاز به کار در ایالات متحده هستید؟ ☐ بله ☐ خیر

شما باید:

مراقبت را تنها در خانه کودکان ارائه دهید. اگر ارائه‌دهنده یکی از بستگان زیر کودک باشد، مراقبت می‌تواند در خانه خود وی صورت بگیرد: عمه، خاله، عمو، دایی، پدربزرگ و مادر بزرگ، خواهر و برادری که در بیرون از خانه زندگی می‌کند، پدر و مادر عمو و دایی یا پدر و مادر عمه و خاله یا پدر یا مادر پدربزرگ و مادربزرگ.

آیا با کودکی زندگی می‌کنید که از وی مراقبت می‌نمایید؟ ☐ بله ☐ خیر	☐ مراقبت در خانه کودکان انجام خواهد شد. بروید به بخش 5. ☐ مراقبت در خانه ارائه‌دهنده انجام خواهد شد. بخش 4 را تکمیل کنید.

بخش 4. اگر مراقبت از کودک در خانه شما رخ می‌دهد و کودک در آنجا زندگی نمی‌کند، این بخش باید توسط ارائه‌دهنده مراقبت تکمیل شود

هنگامی که مراقبت در منزل شما صورت می‌گیرد و کودک در آنجا زندگی نمی‌کند، اسامی، تاریخ‌های تولد و وضعیت جرایم جنسی همه افراد 16 سال یا بالاتر که با شما زندگی می‌کنند را به اداره گزارش دهید:

	نام	تاریخ تولد	مجرم جنسی ثبت شده	
1.			☐ بله ☐ خیر	**عدم گزارش وجود مجرم جنسی در خانه ارائه‌دهنده که مراقبت در آنجا ارائه می‌شود موجب رد صلاحیت دائم ارائه‌دهنده می‌گردد.** **WAC 170-290-0160**
2.			☐ بله ☐ خیر	
3.			☐ بله ☐ خیر	
4.			☐ بله ☐ خیر	

تأیید می‌کنم که افراد ذکر شده در بالا تنها افراد 16 سال به بالایی هستند که با من زندگی می‌کنند. من متوجه هستم که فرآیند استعلام پیشینه در مورد این افراد درست مثل خود من انجام خواهد شد. همچنین متوجه هستم که اگر شخص دیگری (که 16 سال یا بیشتر سن داشته باشد) و به خانه من نقل مکان کند در حالی که من ارائه‌دهنده مراقبت مجاز WCCC هستم، باید بلافاصله به والدین اطلاع دهم.

امضای ارائه‌دهنده	تاریخ

بخش 5. باید توسط ارائه‌دهنده مراقبت عضو خانواده/دوستان/همسایگان تکمیل شود

ارائه‌دهندگان عضو خانواده / دوستان / همسایگان می‌توانند همزمان تنها جهت شش (6) کودک برای ایالت صورت‌حساب صادر کنند.
روزها و ساعات و نرخی که با آن مراقبت از کودکان را انجام خواهید داد را مشخص کنید.

نام و نام خانوادگی کودک	تاریخ تولد	روزها و ساعاتی که مراقبت انجام خواهد شد، زمان قبل و بعد از مدرسه را مشخص کنید	نرخ معمول مراقبت که برای مراقبت از کودک می‌گیرم، عبارت است از:	یکی از دو کادر زیر را برای هر کودک علامت بزنید.	
				نرخ من بیش از نرخ ایالت برای این کودک است. من حداکثر نرخ ایالت را می‌خواهم.	من برای این کودک نرخ ساعتی کمتری می‌خواهم.
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐

برای کسب اطلاعات در مورد نرخ پرداخت مربوط به کودکان دارای نیازهای خاص با مرکز تماس، تماس بگیرید.

بخش 6. توسط ارائه‌دهنده خوانده و امضا شود

مسئولیت‌های ارائه‌دهنده:

- فرآیند مجوز بررسی پیشینه خود را کامل کنید. اگر از کودک در خانه خود مراقبت می‌کنید، باید مجوز بررسی پیشینه هر کسی که 16 سال یا بیشتر سن دارد و با شما زندگی می‌کند یا به خانه شما نقل مکان می‌کند را نیز ارسال کنید.
- هنگامی که مراقبت در خانه شما رخ می‌دهد، هرگونه اخطار محکومیت جزایی یا اتهامات علیه خود یا هرکسی که در خانواده بوده و 16 سال یا بیشتر سن دارد را بلافاصله به DSHS گزارش دهید.
- اگر نام، آدرس یا شماره تلفن خود را تغییر دادید، باید ظرف 10 روز موضوع را به DSHS اطلاع دهید.

واجد شرایط بودن ارائه‌دهنده:

- 18 ساله به بالا بوده و شهروند یا فرد دارای اقامت قانونی ایالات متحده باشد.
- مراقبت را تنها در خانه کودکان ارائه دهید. تنها اگر ارائه‌دهنده یکی از بستگان زیر کودک باشد، مراقبت می‌تواند در خانه خود وی صورت بگیرد: عمه، خاله، عمو، دایی، پدربزرگ و مادر بزرگ، خواهر و برادری که در بیرون از خانه زندگی می‌کند، پدر و مادر عمو و دایی یا پدر و مادر عمه و خاله یا پدر یا مادر پدربزرگ و مادربزرگ.
- پیشینه جنایی موجب عدم صلاحیت بر اساس WAC 170-290-0160 یا WAC 170-290-0165 نداشته باشد.
- از نظر فیزیکی و روانی سلامت کافی را برای برآورده کردن تمام نیازهای کودک تحت مراقبت داشته باشد. در صورت درخواست کارکنان، والدین باید مدارک مکتوبی در این زمینه ارائه دهند که ارائه‌دهنده مراقبت از نظر جسمی و ذهنی سلامت کافی را برای ارائه مراقبت از کودک دارا می‌باشد.
- بدون استفاده از تنبیه بدنی یا بدرفتاری قادر به مراقبت از کودکان باشد.
- مراقبت از کودک را در خانه‌ای امن انجام دهد.
- از اصول پایه سلامتی، پیشگیری و کنترل بیماری‌های عفونی و واکسیناسیون وی اطلاع داشته باشید.
- مراقبت، نظارت و فعالیت‌های مداومی را براساس نیازهای رشد کودک ارائه کنید.
- هنگامی که مراقبت در خارج از خانه کودک رخ می‌دهد، هرگونه اخطار محکومیت جزایی یا اتهامات علیه خودتان یا هرکسی که در خانواده شما بوده و 16 سال یا بیشتر سن دارد را بلافاصله به والدین گزارش دهید.
- جزء والدین بیولوژیکی، سببی، یا پدر و مادر خوانده، سرپرست قانونی، والدین نیابی کودک یا همسر یکی از این افراد نباشد.

سوابق انجام مراقبت:

- سوابق باید:
  - روزها و ساعات انجام مراقبت برای هر کودک را نشان دهد
  - از والدین/سرپرست بخواهید دست‌کم هفته‌ای یکبار سوابق انجام مراقبت را امضا کنند
  - باید به مدت پنج (5) سال نگهداری شود
  - در صورت درخواست DSHS یا DEL ظرف 14 روز ارائه شود

صورت‌حساب:

- به‌ازای مراقبت انجام شده قبل از تاریخی که تمام نتایج بررسی پیشینه توسط DSHS تأیید نشود، پرداختی به شما صورت نخواهد گرفت. اگر مراقبت را انجام دهید و سوء پیشینه نداشته باشید، خانواده مسئول پرداخت هزینه خواهد بود.
- شما می‌توانید حداکثر برای شش (6) کودک و در ساعات مراقبت یکسان جهت DSHS صورتحساب صادر کنید.
- سوابق انجام مراقبت روزانه را بررسی کنید تا صورتحساب را بر اساس حضور کودکان و مجوز مربوطه تهیه نمایید.

بخش 6. ادامه

اتحادیه بین‌المللی کارکنان بخش خدمات محلی 925 (SEIU 925)

SEIU 925 سندیکای ارائه‌دهندگان عضو خانواده/ دوستان/همسایگان است. موافقت‌نامه تخفیف دسته‌جمعی به تشریح مفاد و مزایای مربوط به اعضای SEIU 925 می‌پردازد. اعضا باید 2 درصد از حق خدمات کودک پرداخت شده توسط ایالت را به‌عنوان حق عضویت بپردازند. حق عضویت در ماه حداکثر 50 دلار است.

برای مشاهده اطلاعات بیشتر، رجوع کنید به: راهنمای ارائه‌دهندگان مراقبت از کودک عضو خانواده، دوستان و همسایگان به نشانی:
http://www.del.wa.gov/requirements/info/subsidy.aspx

من متوجه هستم که تکمیل کردن این فرم **تضمینی برای پرداخت نیست**. اگر مراقبت از کودک مورد تأیید قرار گیرد، با پرداخت مراقبت از کودک طبق نرخ معمول خود یا نرخ ایالت (**هرکدام که کمتر باشد**) موافقم. من متوجه هستم که تا زمانی که اداره تمام نتایج بررسی پیشینه را دریافت نکند، پرداختی صورت نخواهد گرفت. من بخش 6 این فرم را مطالعه کرده و متوجه شده‌ام.

من شهادت می‌دهم که اطلاعاتی که در این اظهاریه ارائه کرده‌ام تا حد دانش من درست و کامل است و متوجه هستم که تحریف عمدی این اطلاعات توسط من ممکن است باعث شود در معرض مجازات‌های مربوطه در قانون ایالتی واشنگتن قرار بگیرم. (RCW 74.08.055)

امضای ارائه‌دهنده	تاریخ	☐ مراقب غیرخویشاوند ☐ مراقب خویشاوند

بخش 7. توسط والدین خوانده و امضا شود

من، به‌عنوان ولی/سرپرست گواهی می‌دهم که ارائه‌دهنده عضو خانواده / دوستان / همسایگان من الزامات ذکر شده در بالا را برآورده می‌کند. من متوجه هستم که:

- اگر این اطمینان را ندهم، پرداخت صورت نخواهد گرفت.
- ممکن است برخی از اطلاعات مربوط به پیشینه باعث رد صلاحیت ارائه‌دهنده من شود. ارائه‌دهنده مسئولیت دارد در صورتی که خودش یا هر شخص دیگری که 16 ساله یا بزرگتر بوده و همراه با ارائه‌دهنده زندگی می‌کند به جرمی متهم شده یا گناهکار شناخته شود - چنانچه مراقبت در خارج از خانه کودک صورت بگیرد - موضوع را بلافاصله به من اطلاع دهد. سپس مسئول خواهم بود بلافاصله موضوع را به مددکار مجاز WCCC خود اطلاع دهم.
- پرداختی به‌ازای خدمات ارائه شده قبل از تاریخی که تمام نتایج بررسی پیشینه دریافت گردد، صورت نخواهد گرفت.
- اگر ارائه‌دهنده ارائه مراقبت از کودک را متوقف کرد باید ظرف پنج روز موضوع را به کارکنان CCSP اطلاع دهم.
- پرداخت به ارائه‌دهنده من برای مراقبت بیش از شش کودک به‌طور همزمان (در ساعات و روزهای یکسان) انجام نمی‌شود.
- من در طول دوره واجد شرایط بودن خود نمی‌توانم همزمان بیش از سه ارائه‌دهنده خدمات عضو خانواده/ خویشاوند مجاز برای پرداخت داشته باشم. تنها یکی از این سه از ارائه‌دهنده خدمات مراقبت می‌تواند نقش پشتیبان (جایگزین) را داشته باشد. من می‌توانم از یک ارائه‌دهنده مجاز/دارای گواهی به‌عنوان ارائه‌دهنده مراقبت پشتیبان استفاده کنم.
- به‌عنوان کارفرمای ارائه‌دهنده عضو خانواده / دوستان / همسایگان، مسئولیت دارید از ارائه‌دهنده خود بخواهید فرم I-9 تأیید واجد شرایط بودن اشتغال USCIS را تکمیل کند.
  - تمام کارفرمایان ایالات متحده باید فرم I-9 را برای هر فردی که جهت اشتغال در ایالات متحده استخدام می‌کنند، تکمیل کرده و نگهدارند.
  - این امر شامل شهروندان و غیرشهروندان می‌شود.
  - کارفرما باید در این فرم، واجد شرایط اشتغال بودن کارمند و مدارک هویتی که وی ارائه می کند را بررسی نماید تا مشخص شود که این مدارک جعلی نبوده و به خود فرد مربوط باشد و باید اطلاعات این مدارک را در فرم I-9 درج نماید.
  - فهرست مدارک قابل قبول را می‌توان در صفحه آخر این فرم مشاهده نمود. فرم‌ها و دستورالعمل‌ها را می‌توان در نشانی زیر مشاهده کرد: ***http://www.uscis.gov/i-9***
- اگر شرایط زندگی بین شما و ارائه‌دهنده شما تغییر پیدا کرد، لطفا بلافاصله موضوع را گزارش دهید (این نوع تغییر می‌تواند بر اسناد مالیاتی که برای ارائه‌دهندگان جهت خدمات‌شان ارسال می‌شود، تأثیر بگذارد).

من شهادت می‌دهم که اطلاعاتی که در این اظهاریه ارائه کرده‌ام تا حد دانش من درست و کامل است و متوجه هستم که تحریف عمدی این اطلاعات توسط من ممکن است باعث شود در معرض مجازات‌های مربوطه در قانون ایالتی واشنگتن قرار بگیرم. (RCW 74.08.055)

امضای ولی/سرپرست	تاریخ