



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

Date: _____

PARENT/TUTEUR

NUMÉRO DE DOSSIER

VOLET

Cher demandeur :

Nous vous adressons cette demande parce que vous avez souhaité recevoir des allocations de garde d'enfant.

Nous traiterons votre demande et établirons votre admissibilité une fois que vous aurez fourni les informations suivantes.

- Demande CCSP (vous devez compléter une demande de garde d'enfant même si vous êtes en activité WorkFirst) ;
- Informations sur le prestataire de garde d'enfant (vous devez fournir ces informations pour nous autoriser à effectuer les paiements à votre prestataire de garde d'enfant)
- Justificatifs des trois derniers mois de revenus du foyer (comme les copies de talons de paie, pension alimentaire, indemnités de sécurité sociale, allocation supplémentaire de revenu de sécurité (SSI), et tout autre revenu perçu par les membres de votre famille. Inclure vos horaires travaillés. Vous n'avez pas besoin de fournir le justificatif de revenus issus d'une assistance financière de l'Etat (TANF – Temporary Assistance for Needy Families).
- Si vous êtes nouvellement employé et n'avez pas de talon de paie, nous accepterons une déclaration de votre employeur avec la date d'embauche, la manière dont vous êtes rémunéré (à l'heure, salaire, etc.) et quels sont vos horaires de travail. Si votre employeur ne peut pas fournir ces informations, nous pouvons prendre votre déclaration orale ou écrite. Vous devez fournir une copie de vos talons de paie dans les 60 jours selon WAC 170-290-0012.
- Une preuve d'ordonnance judiciaire ou administrative pour le paiement de pension alimentaire (le cas échéant) et la vérification des paiements effectués.
- Garde d'enfant pour raisons professionnelles **Seulement** : Si la garde est assurée par un prestataire de la famille/des amis/des voisins, le prestataire doit satisfaire aux qualifications listées en Partie 2B de la demande et vous devez soumettre :
 - Une copie lisible de l'identification du prestataire avec sa photo, comme un permis de conduire, une carte d'identification de l'Etat, un passeport ou une identification militaire ;
 - Une copie lisible de la carte de sécurité sociale valide du prestataire ;
 - Une preuve que le prestataire est légalement apte à travailler aux Etats-Unis, telle qu'une carte verte, une carte de résident étranger, ou une carte de travail (Employment Authorization Document) (EAD) ;
 - Un formulaire d'autorisation de vérification des antécédents, DSHS 09-653. Vous pouvez obtenir ce formulaire auprès de l'agent autorisateur WCCC. **Aucun règlement ne sera effectué pour une garde assurée avant la date de réception de tous les résultats de vérification des antécédents de toutes les personnes concernées.**

Signalement de changements

Appeler le 1-877-501-2233 ; Fax : 1-888-338-7410 (avec l'identifiant Client sur chaque page) ; ou
www.washingtonconnection.org

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

Demande CCSP (CCSP Application)

Partie 1. Informations concernant la demande

Des informations incomplètes peuvent retarder l'approbation pour les services et le paiement. Saisissez ou écrivez lisiblement.

Garde d'enfant périodique

Les demandeurs doivent :

- **Vivre** dans les Comtés d'Adams, de Benton, de Chelan, de Douglas, de Franklin, de Grant, de Kittitas, d'Okanogan, de Skagit, de Walla Walla, de Whatcom ou de Yakima ;
- **Occuper un emploi** agricole comprenant la culture, la production, la récolte ou le traitement des arbres fruitiers ou des cultures.

NOM DU DEMANDEUR		NUMÉRO D'IDENTIFIANT CLIENT	DATE
ADRESSE DU DEMANDEUR		N° DE SS (FACULTATIF)	DATE DE NAISSANCE
VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
RACE ET ORIGINE ETHNIQUE DU DEMANDEUR			SEXE DU DEMANDEUR <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin

LES ENFANTS DONT VOUS ÊTES RESPONSABLE ET QUI VIVENT DANS VOTRE FOYER

NOM (DE FAMILLE, PRÉNOM, INITIALE 2ÈME PRÉNOM)	DATE DE NAISSANCE	MASCULIN/FÉMININ	ORIGINE ETHNIQUE	N° DE SS (FACULTATIF)	CITOYEN AMÉRICAIN OU RÉSIDENT PERMANENT	LIEN DE PARENTÉ AVEC LE DEMANDEUR
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

CONJOINT OU AUTRE PARENT OU TUTEUR DE L'ENFANT VIVANT DANS LE FOYER (OBLIGATOIRE)

Êtes-vous marié(e) ? Oui Non

NOM	DATE DE NAISSANCE	N° DE SS (FACULTATIF)	RELATION AVEC LE DEMANDEUR	LIEN DE PARENTÉ AVEC LES ENFANTS CITES CI-DESSUS

DEMANDEUR

CONJOINT OU SECOND PARENT OU TUTEUR DE L'ENFANT

NOM DE L'EMPLOYEUR, ACTIVITÉ WORKFIRST OU ÉCOLE	NOM DE L'EMPLOYEUR, ACTIVITÉ WORKFIRST OU ÉCOLE
ADRESSE (EMPLOI, ACTIVITÉ WORKFIRST OU ÉCOLE)	ADRESSE (EMPLOI, ACTIVITÉ WORKFIRST OU ÉCOLE)
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
DATE DE DÉBUT	DATE DE DÉBUT
SI VOUS ÊTES EMPLOYÉ, QUELLE EST LA FRÉQUENCE DE VOS PAIEMENTS ET QUEL EST VOTRE SALAIRE PAR PÉRIODE DE PAIE ? <input type="checkbox"/> Par semaine <input type="checkbox"/> Toutes les deux semaines <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Par mois \$	SI VOUS ÊTES EMPLOYÉ, QUELLE EST LA FRÉQUENCE DE VOS PAIEMENTS ET QUEL EST VOTRE SALAIRE PAR PÉRIODE DE PAIE ? <input type="checkbox"/> Par semaine <input type="checkbox"/> Toutes les deux semaines <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Par mois \$

Payez-vous une pension alimentaire sur ordonnance d'un tribunal ? Oui Non Montant mensuel : \$

Avez-vous une ordonnance de tribunal pour recevoir une pension alimentaire ? Oui Non Montant mensuel : \$

SOURCES MENSUELLES DES REVENUS SALARIAUX ET NON SALARIAUX DE TOUS LES MEMBRES DE LA FAMILLE

Joignez les <u>copies</u> (des trois derniers mois) :	NOM VOUS-MÊME	NOM	NOM	NOM
Emploi (brut, avant impôts, avec les pourboires)				
Indépendant				
Assistance provisoire aux familles nécessiteuses (TANF)				
Pension alimentaire perçue				
Sécurité sociale (SSI, SSA)				
Autres indemnités : VA, Invalidité, L&I ou allocations chômage				
Prestations vieillesse, aveugles ou handicapés (prestations ABD)				
Autre (veuillez spécifier) :				



RESSOURCES DISPONIBLES

Avez-vous des ressources disponibles d'une valeur de 1 000 000 \$ ou plus ? Oui Non
 Des exemples de ressources disponibles sont : les espèces, les comptes bancaires, les actions/obligations, les comptes d'investissement, l'immobilier

HORAIRES DE L'ACTIVITE DU PARENT OU DU TUTEUR

DEMANDEUR		CONJOINT OU SECOND PARENT OU TUTEUR DE L'ENFANT
ACTIVITÉ (EMPLOI, ÉCOLE, ACTIVITÉ WORKFIRST) INDIQUER LES HEURES		ACTIVITÉ (EMPLOI, ÉCOLE, ACTIVITÉ WORKFIRST) INDIQUER LES HEURES
	QUEL SONT VOS HORAIRES POUR EMPLOI, ÉCOLE, ACTIVITE WORKFIRST ?	QUEL SONT VOS HORAIRES POUR EMPLOI, ÉCOLE, ACTIVITE WORKFIRST ?
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		
Samedi		
Dimanche		

À quelle date la garde d'enfant commencera-t-elle :
 Demandeur : Si vous le savez, combien de temps mettez-vous pour vous rendre de votre prestataire à votre activité (travail, école, etc.) ?

Autre parent/tuteur : Si vous le savez, combien de temps mettez-vous pour vous rendre de votre prestataire à votre activité (travail, école, etc.) ?

CALENDRIER DES ACTIVITÉS DES ENFANTS POUR LES ENFANTS SUPPLÉMENTAIRES, JOINDRE UN FEUILLET SÉPARÉ AVEC LEURS INFORMATIONS.

NOM DES ENFANTS	EMPLOI DU TEMPS SCOLAIRE (JOURS ET HEURES EXACTS)	CALENDRIER DE LA GARDERIE (JOURS ET HEURES EXACTS)

Vos enfants en âge scolaire auront-ils besoin d'être gardés pendant les vacances scolaires et d'été ? Oui Non

Avez-vous un enfant ayant des besoins spéciaux ? Oui Non
 Si oui, veuillez contacter l'Agent autorisateur pour les informations relatives aux tarifs des services liés aux besoins spéciaux.

Inscriptions sur les listes électorales

Le Département offre des services d'inscription sur les listes électorales comme requis par la Loi nationale relative aux inscriptions sur les listes électorales de 1993. **Effectuer une demande d'inscription ou refuser de s'inscrire pour voter n'affectera pas les services ou le montant des prestations que vous pouvez obtenir par cette agence.** Si vous souhaitez une aide pour remplir le formulaire de demande d'inscription sur les listes électorales, nous vous aiderons. La décision de rechercher ou accepter une aide est la vôtre. Vous pouvez remplir le formulaire de demande d'inscription sur les listes électorales en privé. Si vous pensez que quelqu'un a interféré avec votre droit de vous inscrire pour voter, de refuser de vous inscrire, votre droit à la confidentialité de décider si ou non vous souhaitez vous inscrire, ou votre droit de choisir votre propre parti politique ou autre préférence politique, vous pouvez porter plainte auprès de : Washington State Elections Office, PO Box 40229, Olympia WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

Souhaitez-vous vous inscrire pour voter ou mettre à jour votre inscription sur les listes électorales Oui Non

Droits d'audience

Si vous contestez cette décision, vous êtes autorisé(e) à solliciter une audience, en contactant notre bureau ou en écrivant à l'Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. Vous devez faire une demande d'audience :

- au plus tard au jour de prise d'effet de l'action ou au plus tard 10 jours après que vous avez reçu notification de ladite action, Si vous bénéficiez actuellement de prestations et que vous souhaitez les maintenir ou
- dans un délai de 90 jours suivant la date de réception de cette lettre.

Lors de l'audience, vous avez le droit d'assurer votre propre représentation, de vous faire représenter par un avocat ou par toute autre personne de votre choix. Vous pouvez recevoir gratuitement des conseils juridiques ou avoir accès à une représentation légale en contactant un cabinet juridique.

Je déclare sous peine de parjure que les informations que j'ai fournies dans la présente déclaration sont à ma connaissance vraies, correctes et complètes et je suis avisé(e) que la falsification volontaire de ces informations à mon initiative peut m'exposer à des sanctions légales conformément aux lois de l'État de Washington. (RCW 74.08.055)

SIGNATURE DU PREMIER PARENT/TUTEUR	DATE	SIGNATURE DU SECOND PARENT/TUTEUR	DATE
------------------------------------	------	-----------------------------------	------

Toute discrimination est interdite dans tous les programmes et activités : Aucune personne ne doit être exclue sur la base de la race, la couleur, la religion, la croyance, l'origine ethnique, le sexe, l'âge, le statut marital, du statut d'ancien combattant handicapé ou d'ancien combattant de l'ère du Vietnam, ou le handicap.

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

Demande WCCC Seulement (WCCC Only Application)
Partie 2B. Informations relatives au prestataire Famille / Amis / Voisins
 (À REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR ET LE PRESTATAIRE)

Saisissez ou écrivez lisiblement Des informations incomplètes peuvent retarder l'approbation du paiement.

SECTION 1. NOM ET ADRESSE DU PRESTATAIRE			DATE
Le nom et l'adresse du prestataire que vous nous fournissez sont des informations publiques et peuvent être communiquées à toute personne qui en fait la demande.			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU CENTRE D'APPEL
NOM DU PRESTATAIRE			NUMÉRO DE FAX :
ADRESSE DU PRESTATAIRE (SI LA GARDE EST EFFECTUEE AU DOMICILE DU PRESTATAIRE, FOURNIR L'ADRESSE PHYSIQUE, NON L'ADRESSE POSTALE)			NUMÉRO D'IDENTIFICATION CLIENT
VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL	NOM DU PARENT/TUTEUR
			NUMÉRO DU PRESTATAIRE
			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU PRESTATAIRE
			DATE PRÉVUE DU DÉBUT DE LA GARDE

SECTION 2. À REMPLIR PAR LE PARENT DEMANDANT LA GARDE D'ENFANT

1. Votre prestataire est-il votre enfant (naturel, beau-fils ou belle-fille, adopté, ou accueilli) âgé de 18 à 20 ans ? Oui Non
2. Votre prestataire est-il votre parent (naturel, beau-père ou belle-mère, adopté, ou accueilli). Oui Non
 Si oui à la question n°2, veuillez cocher la case ci-dessous qui s'applique à votre situation.
 Êtes-vous : Veuf(ve). Divorcé(e). Marié(e), séparé(e), ou jamais marié(e).
 Je vis avec mon époux/épouse qui est handicapé/e et qui est incapable de prendre soin de mon enfant pendant au moins quatre semaines consécutives dans un trimestre civil.
3. Les questions 1 ou 2 ne s'appliquent pas.

SECTION 3. A REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE DE LA FAMILLE/ DES AMIS/DES VOISINS

N° SS DU PRESTATAIRE	RELATION À L'ENFANT	E-MAIL DU PRESTATAIRE
LE PRESTATAIRE A-T-IL PLUS DE 18 ANS ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	DATE DE NAISSANCE	CITOYEN AMERICAIN OU RESIDENT PERMANENT AUTORISE A TRAVAILLER AUX ETATS-UNIS ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Vous devez :

Fournir seulement des services de garde d'enfant au domicile de l'enfant. La garde peut avoir lieu au domicile du prestataire si il/elle est l'un(e) des membres de l'entourage de l'enfant : tante, oncle, grand-parent, sœur ou frère vivant hors du foyer, grand-oncle, grand-tante, ou arrière-grand-parent.

Vivez-vous avec l'enfant dont vous assurez la garde ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> La garde sera assurée au domicile de l'enfant. Aller à la Section 5. <input type="checkbox"/> La garde sera assurée au domicile du prestataire. Remplir la Section 4.
--	---

SECTION 4. A REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE SI LA GARDE D'ENFANT A LIEU A VOTRE DOMICILE ET SI L'ENFANT N'Y VIT PAS

Lorsque la garde a lieu a votre domicile et que l'enfant n'y vit pas, fournir au département les noms, dates de naissance, et statut de délinquant sexuel de toutes les personnes, âgées de 16 ans ou plus, qui vivent avec vous :

NOM	DATE DE NAISSANCE	DELINQUANT SEXUEL INSCRIT	Le manquement à signaler un délinquant sexuel au domicile du prestataire où a lieu la garde engendrera la disqualification permanente du prestataire. WAC 170-290-0160
1.		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2.		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
3.		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
4.		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Je certifie que les personnes mentionnées ci-dessus sont les seules personnes de 16 ans ou plus qui vivent à mon domicile. Je comprends que ces personnes seront assujetties à la même vérification des antécédents que moi. Je comprends aussi que si une autre personne ayant 16 ans ou plus s'installe à mon domicile alors que j'ai la qualité de prestataire autorisé pour WCCC, je dois immédiatement en informer le parent.

SIGNATURE DU PRESTATAIRE	DATE
--------------------------	------

SECTION 5. A REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE DE LA FAMILLE / DES AMIS / DES VOISINS

Les prestataires de la Famille / des Amis / des Voisins peuvent facturer l'Etat pour un maximum de six (6) enfants en même temps.
SAISIR LES JOURS, HEURES, ET TARIFS AUXQUELS VOUS ASSUREZ LA GARDE DE L'ENFANT OU DES ENFANTS.

PRÉNOM ET NOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE	JOURS ET HEURES PENDANT LESQUELS LA GARDE SERA ASSURÉE. VEUILLEZ PRÉCISER LES HEURES AVANT ET APRÈS L'ÉCOLE

Mon tarif horaire par enfant est : \$. Je comprends que je serai payé à mon tarif ou le tarif de l'Etat, le moins élevé prévalant.

CONTACTEZ LE CENTRE D'APPELS POUR LES TARIFS CONCERNANT LES ENFANTS AYANT DES BESOINS SPÉCIAUX

SECTION 6. A LIRE ET A SIGNER PAR LE PRESTATAIRE**Responsabilités du prestataire :**

- Effectuer une autorisation de vérification d'antécédents. Si vous assurez la garde d'un enfant à votre domicile, il vous faut soumettre également une autorisation de vérification d'antécédents pour toutes les personnes âgées de 16 ans ou plus qui vivent avec vous ou qui s'installent à votre domicile.
- Signaler à la DSHS dans les 24 heures toutes les condamnations pénales ou inculpations en suspens contre vous-même ou toute personne âgée de 16 ans ou plus à votre domicile si la garde est assurée à votre domicile.
- Signaler à la DSHS dans les 10 jours si vous changez de nom, d'adresse ou de numéro de téléphone.

Admissibilité du prestataire :

- Être âgé de 18 ans ou plus et être citoyen ou résident permanent des Etats-Unis.
- Assurer la garde seulement au domicile de l'enfant. Les enfants peuvent être gardés au domicile du prestataire seulement s'il ou elle est lié(e) aux enfants d'une des manières suivantes : tante, oncle, grand-parent, sœur ou frère vivant hors du foyer ou grand-tante, grand-oncle ou arrière-grand-parent.
- Ne pas avoir d'antécédents criminels impliquant l'exclusion aux termes de WAC 170-290-0165 ou WAC 170-290-0165.
- Être suffisamment en bonne santé physique et mentale pour répondre à tous les besoins de l'enfant à garder. Si le personnel le demande, le(les) parent(s) doit (vent) fournir un certificat écrit attestant que vous êtes suffisamment en bonne santé physique et mentale pour assurer des services de garde d'enfant en toute sécurité.
- Être apte à assurer la garde de l'enfant sans avoir recours à des punitions physiques ou des violences mentales.
- Assurer la garde de l'enfant au sein d'un environnement sûr.
- Être informé sur les pratiques sanitaires de base, la prévention et le contrôle des maladies infectieuses, et les vaccinations.
- Assurer une garde constante, une supervision, et des activités basées sur les besoins de développement de l'enfant.
- Signaler immédiatement, au parent, tout avis de condamnation pénale ou inculpations en suspens contre vous-même ou une personne du foyer, âgée de 16 ans ou plus, si la garde a lieu hors du domicile de l'enfant.
- Ne pas être un parent biologique de l'enfant, un beau-parent ou un parent adoptif, un tuteur légal, un adulte agissant à la place d'un parent, ou le conjoint d'une de ces personnes.

Dossiers d'assiduité :

- Les dossiers doivent :
 - Indiquer les jours et les heures pendant lesquels vous assurez la garde de chaque enfant.
 - Demander au parent/tuteur de signer et dater les dossiers d'assiduité au moins chaque semaine.
 - Les conserver pendant cinq (5) ans.
 - Les fournir dans les 14 jours si la DSHS ou le DEL demande à les voir.

Facturation :

- Vous ne serez pas payé pour la garde d'enfant avant la date à laquelle les résultats des vérifications d'antécédents par la DSHS se révéleront positifs. Si vous fournissez des services de garde d'enfant avant que les vérifications d'antécédents ne soient réalisées, il incombe à la famille la responsabilité de vous payer.
- Vous pouvez facturer la DSHS pour un maximum de six (6) enfants pendant les mêmes heures de garde.
- Réviser les dossiers d'assiduité quotidiennement afin de déterminer le nombre d'unités à facturer sur la base de l'assiduité de l'enfant et de l'autorisation.

SECTION 6. SUITE

Syndicat international des employés de service Local 925 (SEIU 925)

SEIU 925 représente les prestataires de la Famille / des Amis / des Voisins. La convention collective définit les dispositions et les avantages pour les membres de SEIU 925. Les membres paient des cotisations de 2 pour cent des services à l'enfance payés par l'Etat. Les cotisations sont plafonnées à un maximum de 50 \$ par mois.

D'autres informations sont disponibles à : *A Guide for Family, Friends and Neighbors Child Care Providers* : <http://www.del.wa.gov/requirements/info/subsidy.aspx>

Je comprends que le fait d'avoir rempli ce formulaire **ne garantit pas le paiement**. Si la garde d'enfant est autorisée, j'accepte le paiement des tarifs habituels ou le tarif de l'État, **le moins élevé des deux prévalant**. Je comprends que le paiement ne peut survenir avant la date de réception par le département de tous les résultats de vérification des antécédents. J'ai lu et je comprends la Section 6 de ce formulaire.

Je déclare sous peine de parjure que les informations que j'ai fournies dans la présente déclaration sont à ma connaissance vraies, correctes et complètes et je suis avisé(e) que la falsification volontaire de ces informations à mon initiative peut m'exposer à des sanctions légales conformément aux Lois de l'État de Washington. (RCW 74.08.055)

SIGNATURE DU PRESTATAIRE

DATE

- Prestataire de la garde non parent
 Prestataire de la garde parent

SECTION 7. A LIRE ET A SIGNER PAR LE PARENT

Je soussigné(e), parent/tuteur, certifie que mon prestataire de la Famille / des Amis / des Voisins satisfait aux exigences listées ci-dessus. Je comprends que :

- Si je ne peux pas justifier de ces garanties, le paiement ne sera pas autorisé.
- Certaines informations d'antécédents peuvent disqualifier mon prestataire. Il incombe au prestataire de me dire immédiatement si ce dernier ou toute autre personne âgée de 16 ans ou plus, vivant avec le prestataire, au moment de la garde hors du domicile de l'enfant, est accusée ou condamnée d'un crime. Je suis responsable d'en informer immédiatement l'agent autorisateur du WCCC.
- Aucun règlement ne sera effectué pour une garde assurée avant la date de réception de tous les résultats de vérification des antécédents.
- Je dois notifier au personnel de CCSP, dans les cinq jours, si ce prestataire met fin à la garde de l'enfant.
- Mon prestataire ne sera pas payé pour la garde de plus de six enfants en même temps (mêmes heures et jours).
- Je ne peux pas avoir plus de trois prestataires de la Famille / des Amis / des Voisins autorisés pour un paiement de WCCC au même moment durant ma période d'éligibilité. Seul l'un de ces trois prestataires peut servir de garde auxiliaire (remplacement). Je peux utiliser un prestataire agréé ou certifié en tant que garde auxiliaire.
- En tant qu'employeur de votre prestataire de la Famille / des Amis / des Voisins, il vous incombe de faire remplir par votre prestataire le formulaire I-9 de vérification d'employabilité de l'USCIS (USCIS Employment Eligibility Verification Form I-9).
 - Tous les employeurs des Etats-Unis doivent compléter et conserver un formulaire I-9 pour chaque personne qu'ils recrutent pour un emploi aux Etats-Unis.
 - Cela comprend les citoyens et les non citoyens.
 - Sur le formulaire, l'employeur doit examiner le(s) document(s) d'employabilité et d'identité que présente un employé pour déterminer si le(s) document(s) apparaît(ssent) raisonnablement authentique(s) et concerne(nt) la personne et enregistrer les informations des documents sur le formulaire I-9.
 - La liste des documents acceptables peut être consultée sur la dernière page du formulaire. *Le formulaire et les instructions sont disponibles à : <http://www.uscis.gov/i-9>*
- Si les conditions de vie changent entre vous et le prestataire, veuillez signaler ce changement immédiatement (ce type de changement peut affecter le type de documents fiscaux qui seront envoyés aux prestataires pour leur service).

Je déclare sous peine de parjure que les informations que j'ai fournies dans la présente déclaration sont à ma connaissance vraies, correctes et complètes et je suis avisé(e) que la falsification volontaire de ces informations à mon initiative peut m'exposer à des sanctions légales conformément aux Lois de l'État de Washington. (RCW 74.08.055)

SIGNATURE DU PARENT OU DU TUTEUR

DATE