



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)
ЗАЯВКА НА ЛЬГОТЫ ПРОГРАММЫ CCSP
CCSP Application

Дата: _____

РОДИТЕЛЬ ИЛИ ОПЕКУН

НОМЕР ДЕЛА

ЛИНИЯ СГИБА

Уважаемый заявитель!

Мы направляем Вам бланк этой заявки, поскольку Вы запросили о предоставлении субсидий по уходу за детьми по программе Child Care Subsidies.

Мы рассмотрим Вашу заявку и определим, имеете ли Вы право на льготы, по получении от Вас следующей информации и документов:

- Заявки на льготы программы CCSP (вам необходимо заполнить заявку об оказании услуг по уходу за ребенком, даже если вы участвуете в мероприятиях программы WorkFirst («Работа – прежде всего»)).
- Информацию о поставщике услуг по уходу за ребенком (вы должны предоставить эту информацию, чтобы мы могли утвердить оплату труда поставщика услуг по уходу за детьми).
- Подтверждение размера всех видов дохода, полученного вашей семьей за последние три месяца (например, корешки чеков зарплаты, свидетельства о выплате алиментов на содержание детей, пособий по социальному обеспечению (Social Security Income), дополнительного пособия по социальному обеспечению (Supplemental Security Income, SSI) и всех других видов дохода, полученные всеми членами вашей семьи). Приложите свой график работы. Удостоверение дохода в рамках денежных пособий из фондов штата (TANF) предоставлять не требуется.
- Если Вы устроились на работу недавно и у Вас нет корешков чеков зарплаты, мы примем заявление от вашего работодателя с указанием даты Вашего трудоустройства, размера Вашего заработка (почасовая оплата, оклад и т.д.) и Вашего будущего графика работы. Если ваш работодатель не может проверить эту информацию, мы можем запросить ваше устное или письменное подтверждающее заявление. Вы обязаны предоставить нам копии корешков ваших квитанций о получении зарплаты в течение 60 дней согласно WAC 170-290-0012
- Подтверждение обязательств по выплате алиментов на содержание детей (при наличии таковых) по распоряжению суда или административному распоряжению, и подтверждение сделанных выплат.
- **Только для пособий по программе Working Connections Child Care:** если услуги по уходу предоставляются лицом, являющимся членом семьи / другом / соседом, то это лицо должно соответствовать требованиям, указанным в части 2В Заявления. Кроме того, вы должны предоставить следующее:
 - разборчивую копию удостоверения личности поставщика услуг с фотографией, к примеру водительских прав, идентификационного удостоверения, выданного штатом, паспорта или удостоверения военнослужащего.
 - разборчивую копию карты с номером в системе социального страхования поставщика услуг.
 - подтверждение того, что поставщик услуг по уходу имеет законное право работать в США, например вид на жительство («гранкарту» – Green Card, Resident Alien Card) или разрешение на работу (Employment Authorization document, EAD).
 - форму разрешения на проведение проверки анкетных данных (Background Authorization, DSHS 09-653). Эту форму можно получить у своего сотрудника по авторизации услуг программы WCCC. **Услуги, предоставленные до получения всех результатов проверки анкетных данных для всех соответствующих лиц, не оплачиваются.**

Сообщите об изменениях

По телефону: 1-877-501-2233; по факсу: 1-888-338-7410 (укажите ваш номер клиента на каждой странице); или онлайн www.washingtonconnection.org



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

Заявка на льготы программы CCSP (CCSP Application) Часть 1. Сведения о заявителе

Неполные сведения могут привести к задержке утверждения услуг и их оплаты. Печатайте или пишите разборчиво печатными буквами.

Сезонный уход за детьми

Заявители должны:

- **Проживать в округах** Adams, Benton, Chelan, Douglas, Franklin, Grant, Kittitas, Okanogan, Skagit, Walla Walla, Whatcom или Yakima;
- **Работать на ферме**; это включает культивирование, выращивание, сбор урожая и обработку фруктовых деревьев и плодовых культур.

ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ОТЧЕСТВО ЗАЯВИТЕЛЯ		ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	ДАТА
АДРЕС ЗАЯВИТЕЛЯ		НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (ПО ЖЕЛАНИЮ)	ДАТА РОЖДЕНИЯ
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
ЭТНИЧЕСКАЯ И РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ЗАЯВИТЕЛЯ			ПОЛ ЗАЯВИТЕЛЯ <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский

ПРОЖИВАЮЩИЕ С ВАМИ ДЕТИ, ЗА КОТОРЫХ ВЫ ОТВЕЧАЕТЕ

ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ИНИЦИАЛ ОТЧЕСТВА ИЛИ В ТОРОГО ИМЕНИ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	МУЖСКО И / ЖЕНСКИЙ	ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (ПО ЖЕЛАНИЮ)	ГРАЖДАНИН США ИЛИ ЛИЦО, ЗАКОННО ПРОЖИВАЮЩЕЕ В США	КЕМ ПРИХОДИТСЯ ЗАЯВИТЕЛЮ
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

СУПРУГ ИЛИ ДРУГОЙ РОДИТЕЛЬ / ОПЕКУН РЕБЕНКА, ПРОЖИВАЮЩИЙ В СЕМЬЕ (ОБЯЗАТЕЛЬНО)

Состоите ли вы браке? Да Нет

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (ПО ЖЕЛАНИЮ)	КЕМ ПРИХОДИТСЯ ЗАЯВИТЕЛЮ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ ВЫШЕУКАЗАННЫМ ДЕТЯМ

ЗАЯВИТЕЛЬ

СУПРУГ ИЛИ ВТОРОЙ РОДИТЕЛЬ / ОПЕКУН

НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ (МЕСТО РАБОТЫ), ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST ИЛИ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ АДРЕС (МЕСТА РАБОТЫ, МЕСТА ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПРОГРАММЫ WORKFIRST ИЛИ УЧЁБЫ) НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____ ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ НА РАБОТУ ИЛИ УЧЁБУ _____ ЕСЛИ РАБОТАЕТЕ, ТО КАКОВЫ ПЕРИОДИЧНОСТЬ И РАЗМЕР ВАШЕЙ ЗАРПЛАТЫ ЗА КАЖДЫЙ ПЛАТЁЖНЫЙ ПЕРИОД? <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> Дважды в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно \$ _____	НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ (МЕСТО РАБОТЫ), ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST ИЛИ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ АДРЕС (МЕСТА РАБОТЫ, МЕСТА ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПРОГРАММЫ WORKFIRST ИЛИ УЧЁБЫ) НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____ ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ НА РАБОТУ ИЛИ УЧЁБУ _____ ЕСЛИ РАБОТАЕТЕ, ТО КАКОВЫ ПЕРИОДИЧНОСТЬ И РАЗМЕР ВАШЕЙ ЗАРПЛАТЫ ЗА КАЖДЫЙ ПЛАТЁЖНЫЙ ПЕРИОД? <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> Дважды в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно \$ _____
---	---

Выплачиваете ли Вы алименты на содержание детей по распоряжению суда? Да Нет Ежемесячная сумма: \$

Есть ли распоряжение суда о выплате Вам алиментов на содержание детей? Да Нет Ежемесячная сумма: \$

ИСТОЧНИКИ СОВОКУПНОГО МЕСЯЧНОГО АКТИВНОГО И ПАССИВНОГО ДОХОДА ДЛЯ ВСЕХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ

Приложите копии соответствующих документов (за последние три месяца):	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЬ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ
Доход от работы по найму (совокупный доход до вычета налогов, с учетом чаевых)				
Доход от индивидуальной трудовой и предпринимательской деятельности				
Временная помощь нуждающимся семьям (TANF)				
Суммы полученных алиментов на содержание детей				
Пособия по программам Управления социального обеспечения (SSI, SSA)				
Пособия для ветеранов, по инвалидности, L&I, и пособия по безработице				
Помощь пожилым лицам, людям с плохим зрением или инвалидам (помощь ABD)				
Другие источники дохода (поясните):				

CCSP APPLICATION
DSHS 14-417 RU (REV. 05/2016) Russian

Barcode label



14417

ДОСТУПНЫЕ РЕСУРСЫ

Располагаете ли вы доступными ресурсами стоимостью 1 000 000,00 долларов или более? Да Нет
 Примеры доступных ресурсов: наличные и безналичные (на банковских счетах) денежные средства, акции / облигации, инвестиционные счета, инвестиционная недвижимость.

ГРАФИК РАБОТЫ И ДРУГИХ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОДИТЕЛЯ / ОПЕКУНА

ЗАЯВИТЕЛЬ		СУПРУГ ИЛИ ВТОРОЙ РОДИТЕЛЬ / ОПЕКУН
ВИД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (РАБОТА, УЧЕБА, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST); УКАЖИТЕ ВРЕМЯ (А.М. – ДО ПОЛУДНЯ / Р.М. – ПОСЛЕ ПОЛУДНЯ)		ВИД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (РАБОТА, УЧЕБА, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST); УКАЖИТЕ ВРЕМЯ (А.М. – ДО ПОЛУДНЯ / Р.М. – ПОСЛЕ ПОЛУДНЯ)
	КАКОВ ВАШ ГРАФИК РАБОТЫ, УЧЁБЫ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST?	КАКОВ ВАШ ГРАФИК РАБОТЫ, УЧЁБЫ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST?
Понедельник		
Вторник		
Среда		
Четверг		
Пятница		
Суббота		
Воскресенье		

Дата начала предоставления услуг по уходу за ребенком:

Заявитель: Если известно, сколько времени занимает проезд от поставщика услуг до места вашей работы, учёбы и т.п.?

Другой родитель / опекун: Если известно, сколько времени занимает проезд поставщика услуг до места вашей работы, учёбы и т.п.?

ГРАФИК ЗАНЯТИЙ ДЕТЕЙ И УХОДА ЗА НИМИ. ЕСЛИ НЕХВАТАЕТ МЕСТА, ВПИШИТЕ СВЕДЕНИЯ О ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДЕТЯХ НА ОТДЕЛЬНОМ ЛИСТЕ БУМАГИ И ПРИЛОЖИТЕ ЕГО К ДАННОМУ ДОКУМЕНТУ.

ИМЕНА И ФАМИЛИИ ДЕТЕЙ	РАСПИСАНИЕ ЗАНЯТИЙ В ШКОЛЕ (С УКАЗАНИЕМ ТОЧНЫХ ДНЕЙ И ВРЕМЕНИ)	РАСПИСАНИЕ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ (С УКАЗАНИЕМ ТОЧНЫХ ДНЕЙ И ВРЕМЕНИ)

Понадобится ли вашим детям школьного возраста уход во время учебы и летних каникул? Да Нет

Есть ли у Вас ребёнок с особыми нуждами? Да Нет
 Если да, то свяжитесь, пожалуйста, с сотрудником по выдаче разрешений на услуги и попросите предоставить Вам сведения о тарифах оплаты ухода за детьми с особыми нуждами.

Регистрация для голосования на выборах

Департамент предлагает услуги по регистрации избирателей в соответствии с требованиями Национального закона о регистрации избирателей (National Voter Registration Act), 1993 г. **Регистрация в качестве избирателя или отказ от регистрации в качестве избирателя не повлияет на объем обслуживания или на ваше право на льготные условия обслуживания, обеспечиваемые данным учреждением.** Если вам нужна помощь в заполнении формы регистрации избирателя, мы поможем вам. Решение о том, обращаться ли за помощью, остаётся за вами. Вы можете заполнить форму регистрации в качестве избирателя самостоятельно в условиях конфиденциальности. Если вы полагаете, что кто-либо нарушил ваше право на регистрацию или на голосование, а также на отказ регистрироваться в качестве избирателя, ваше право на частную жизнь в части принятия решения в отношении регистрации в качестве избирателя, или оказал влияние на ваше право выбора определенной политической партии или на право следования собственным политическим предпочтениям, вы можете подать жалобу в: Избирательную комиссию штата Вашингтон (Washington State Election Office) по адресу: PO Box 40229, Olympia, WA 98504 (тел. 1-800-448-4881).

Вы хотите зарегистрироваться для голосования или обновить ваши регистрационные данные избирателя? Да Нет

Права на слушание

Если Вы не согласны с этим решением, Вы имеете право обратиться с запросом о проведении слушания, связавшись с нашим отделением или написав в Отдел административных слушаний по адресу: Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. Вы должны запросить о проведении слушания:

- не позднее даты вступления в силу соответствующего решения или не позднее 10 дней с даты отправки Вам нашего уведомления об этом решении, ЕСЛИ в настоящее время Вы получаете льготы и хотите продлить их действие, или
- в течение 90 дней с даты получения этого письма.

На слушаниях у Вас есть право представлять свои интересы лично, передать это право адвокату или любому другому лицу по своему усмотрению. У Вас может быть право на получение бесплатной юридической консультации или представление Ваших интересов, если Вы обратитесь в отделение юридических услуг.

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что, насколько мне известно, все сведения, предоставленные мной в данном заявлении, являются правдивыми, точными и полными; я осознаю, что умышленное искажение этих сведений может повлечь для меня наказание по законам штата Вашингтон. (RCW 74.08.055)

ПОДПИСЬ ПЕРВОГО РОДИТЕЛЯ / ОФИЦИАЛЬНОГО ОПЕКУНА	ДАТА	ПОДПИСЬ ВТОРОГО РОДИТЕЛЯ / ОФИЦИАЛЬНОГО ОПЕКУНА	ДАТА
---	------	---	------

В процессе реализации любых программ и мероприятий не допускается дискриминация кого бы то ни было: Не допускается дискриминация по причине расовой принадлежности, цвета кожи, религии, вероисповедания, национального происхождения, пола, возраста, семейного положения, статуса ветерана с инвалидностью или статуса ветерана войны во Вьетнаме, а также наличия недостатков и дефектов.



Transforming lives

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

Заявление только на льготы программы WCCC (WCCC Only Application)

Часть 2В. Информация о поставщике услуг, являющемся членом семьи / другом / соседом

(ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ / ОПЕКУНОМ И ПОСТАВЩИКОМ УСЛУГ)

Печатайте или пишите разборчиво печатными буквами. Неполные сведения могут привести к задержке разрешения на оплату услуг.

РАЗДЕЛ 1. ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ И ЕГО АДРЕС		ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА
Имя, фамилия и адрес поставщика услуг являются открытой информацией и могут быть сообщены всем, кто об этом попросит.		ИМЯ И ФАМИЛИЯ РОДИТЕЛЯ / ОПЕКУНА
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ДАНТИСТА ПОСТАВЩИКА УСЛУГ		НОМЕР ПОСТАВЩИКА УСЛУГ
АДРЕС ПОСТАВЩИКА УСЛУГ (ЕСЛИ УХОД ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА ПОСТАВЩИКА УСЛУГ, УКАЖИТЕ ФИЗИЧЕСКИЙ АДРЕС, НЕ ПОЧТОВЫЙ АДРЕС)		ТЕЛЕФОН ПОСТАВЩИКА УСЛУГ
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
		ОЖИДАЕМАЯ ДАТА НАЧАЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

РАЗДЕЛ 2. ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ, ПОДАЮЩИМ ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ УХОДА ЗА РЕБЕНКОМ.

- Является ли поставщик услуг вашим ребенком (биологическим, приемным, усыновленным/удочеренной или находящемся на патронатном воспитании в вашей семье) в возрасте 18 - 20 лет. Да Нет
- Является ли поставщик услуг вашим родителем (биологическим, приемным, по усыновлению/удочерению или обеспечивающий ваше патронатное воспитание). Да Нет
Если ответом на на вопрос № 2 является «Да», выберите относящийся к вам гражданский статус из приведенных ниже.
Вы: Вдовец/вдова. Разведены. В браке, проживаете отдельно или никогда не состояли в браке.
 Проживаете с супругой/супругом-инвалидом, которая(-ый) не в состоянии ухаживать за вашим ребенком, по меньшей мере в течение четырех непрерывных недель в календарный квартал.
- Варианты 1 и 2 не подходят

РАЗДЕЛ 3. ЗАПОЛНЯЕТСЯ СЕМЬЯ / ДРУЗЬЯ / СОСЕДИ ПОСТАВЩИКА

НОМЕР ПОСТАВЩИКА УСЛУГ ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ РЕБЕНКУ	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ
ПОСТАВЩИК УСЛУГ СТАРШЕ 18? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ГРАЖДАНИН ИЛИ ЖИТЕЛЬ США, ИМЕЮЩИЙ ЛЕГАЛЬНОЕ ПРАВО РАБОТАТЬ В США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Вы должны:

Обеспечивать уход только на дому у ребенка. Уход может обеспечиваться на дому у поставщика услуг, если он приходится ребенку: тете, дядей, бабушкой/дедушкой, братом/сестрой, проживающим(-ей) отдельно, внучатой тетей, внучатым дядей или прабабушкой/прадедушкой.

Вы живете с ребенком, уход за которым вы осуществляете?
 Да Нет

- Уход будет осуществляться на дому у ребенка. Перейдите к разделу 5.
 Уход будет осуществляться на дому у поставщика услуг. Заполните раздел 4.

РАЗДЕЛ 4. ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПОСТАВЩИКОМ УСЛУГ, ЕСЛИ УХОД ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА ДОМУ У ПОСТАВЩИКА УСЛУГ, ГДЕ РЕБЕНОК НЕ ПРОЖИВАЕТ

Если уход осуществляется у вас на дому, и, при этом, ребенок там не проживает, сообщите отделу фамилии и имена, даты рождения, а также информацию о привлечении к ответственности за совершение преступлений на сексуальной почве в отношении всех лиц в возрасте от 16 лет и старше, проживающих с вами:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПРИВЛЕКАЛСЯ (-ЛАСЬ) К ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА СОВЕРШЕНИЕ ПРЕСТУПЛЕНИЙ НА СЕКСУАЛЬНОЙ ПОЧВЕ	Непредоставление информации о совершении лицом, проживающим в доме поставщика услуг, на территории которого осуществляется уход, повлечет за собой пожизненную дисквалификацию поставщика услуг. WAC 170-290-0160
1.		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
2.		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
3.		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
4.		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Я заявляю, что указанные выше лица в возрасте от 16 лет и старше являются единственными лицами такого возраста, проживающими в моем доме. Я понимаю, что всем этим лицам будет предложено пройти такую же проверку биографических данных, как и мне. Я также понимаю, что в случае появления в моем доме иных жильцов в возрасте от 16 лет и старше в период, пока я являюсь официальным поставщиком услуг, утвержденным WCCC, я должен(-на) немедленно известить об этом родителя.

ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	ДАТА
--------------------------	------

РАЗДЕЛ 5. ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПОСТАВЩИКОМ УСЛУГ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ / ДРУГОМ / СОСЕДОМ

Поставщики услуг, являющиеся членами семьи / друзьями / соседями объекта ухода, могут выставять штату счета не более, чем за шестерых (6) детей одновременно.

УКАЖИТЕ ДНИ, ВРЕМЯ И ТАРИФЫ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ (ДЕТЬМИ).

ИМЯ ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ДНИ И ЧАСЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ; УКАЖИТЕ ВРЕМЯ ДО И ПОСЛЕ ЗАНЯТИЙ В ШКОЛЕ

Моя обычная почасовая ставка за одного ребенка: \$.

Я понимаю, что мне будет начислена оплата труда по наименьшему из двух (моему тарифу или тарифу штата) тарифу.

ЧТОБЫ УЗНАТЬ О ТАРИФАХ ОПЛАТЫ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ С ОСОБЫМИ НУЖДАМИ, ПОЗВОНИТЕ В ЦЕНТР ОБСЛУЖИВАНИЯ КЛИЕНТОВ.

РАЗДЕЛ 6. ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРОЧИТАН И ПОДПИСАН ПОСТАВЩИКОМ УСЛУГ**Обязанности поставщика услуг:**

- Получить допуск по результатам проверки биографических данных. Если уход за ребенком будет осуществляться в вашем доме, также получите допуски по результатам проверки биографических данных для всех лиц в возрасте от 16 лет и старше, которые проживают или планируют в ближайшее время проживать в вашем доме.
- В течение 24 часов предоставьте Департаменту любую информацию о возможных имеющихся или ожидаемым уголовных судимостях вас или любых лиц в возрасте от 16 лет и старше, проживающих в вашем доме, если уход за ребенком осуществляется у вас на дому.
- В течение 10 дней проинформируйте Департамент DSHS о намерении изменить фамилию или имя, адрес проживания или номер телефона.

Критерии допуска поставщика услуг к уходу за ребенком:

- Должен(-на) быть в возрасте не моложе 18 лет и являться гражданином(-кой) или постоянным жителем Соединенных Штатов Америки.
- Должен(-на) обеспечивать уход только на дому у ребенка. Уход может обеспечиваться на дому у поставщика услуг, только если он приходится ребенку: тетей, дядей, бабушкой/дедушкой, братом/сестрой, проживающим(-ей) отдельно, внучатой тетей, внучатым дядей или прабабушкой/прадедушкой.
- Не должен(-на) иметь криминального прошлого, являющегося основанием для дисквалификации в соответствии с WAC 170-290-0160 или WAC 170-290-0165.
- Должен(-на) быть достаточно физически и психически здоровым(-ой), чтобы обеспечить все потребности ребенка, за которым осуществляется уход. В ответ на запрос персонала родитель(-и) должны предоставить письменное подтверждение вашего физического и психического здоровья, достаточного для того, чтобы стать поставщиком услуг по уходу за ребенком.
- Должен(-на) быть в состоянии ухаживать за ребенком, не прибегая к средствам физического воздействия или психологического давления.
- Должен(-на) обеспечить уход за ребенком в безопасной домашней обстановке.
- Должен(-на) быть проинформирован(а) в отношении основных практических методов охраны здоровья, профилактики и контроля инфекционных заболеваний и иммунизационных мероприятий.
- Должен(-на) обеспечивать непрерывный уход, наблюдение и мероприятия в рамках удовлетворения потребностей на уровне развития ребенка.
- Должен(-на) незамедлительно доводить до сведения родителя информацию о любых случаях осуждения в уголовном порядке или обвинениях, находящихся на рассмотрении суда, имеющих отношение к вам или любым лицам, проживающим в вашей семье, в возрасте от 16 лет и старше, в случае, если уход за ребенком осуществляется вне дома ребенка.
- Не должен(-на) быть биологическим, приемным родителем или родителем по усыновлению/удочерению, законным опекуном, совершеннолетним лицом, замещающим родителя, а также супругой(-ом) указанных лиц.

Записи в отношении ухода:

- Записи должны:
 - Содержать даты и время осуществления вами ухода за каждым ребенком
 - Визироваться, с указанием дат, родителем/опекуном не реже одного раза в неделю
 - Храниться в течение пяти (5) лет
 - Предоставляться в течение 14 дней в ответ на соответствующий запрос Департамента DSHS или отдела DEL

Счета:

- Оплата за уход за ребенком, осуществленный до даты получения всех результатов проверки биографических данных Департаментом DSHS, не предусмотрена. Ответственность за оплату услуг по уходу за ребенком, оказанных вами до получения результатов проверки биографических данных, несет семья ребенка.
- Вы можете выставить счета Департаменту DSHS на оплату ухода за детьми, количество которых в отдельно взятый период времени не превышает шести.
- На основании данных в записях в отношении ухода за детьми, определите количество пунктов для выставления счета к оплате с учетом режима ухода и имеющихся полномочий.

РАЗДЕЛ 6. ПРОДОЛЖЕНИЕ

Местное отделение профсоюза работников сферы обслуживания 925 (SEIU 925)

Профсоюз SEIU 925 представляет интересы поставщиков услуг, являющихся членами семьи/друзьями/соседями объекта ухода. Условия и льготы, применяемые к членам профсоюза SEIU 925, обозначены в коллективном договоре. Члены профсоюза оплачивают взносы в размере 2 процентов от оплаты штата за уход за ребенком. Максимальный размер взносов не может превышать 50 долларов в месяц.

Дополнительная информация приведена в: *Пособии для поставщиков услуг, являющихся членами семьи, друзьями или соседями объекта ухода* по адресу: <http://www.del.wa.gov/requirements/info/subsidy.aspx>

Я понимаю, что заполнение настоящей формы **не гарантирует оплату**. Если я буду допущен(а) к уходу за ребенком, я соглашаюсь на получение оплаты за услуги по своему обычному тарифу или по тарифу штата, но, в любом случае, **по меньшему из двух тарифов**. Я понимаю, что имею право на получение оплаты только после даты получения департаментом всех данных в рамках проверки моей биографической информации. Я прочитал(а) и понял(а) условия Раздела 6 настоящей формы.

Под страхом обвинений в лжесвидетельстве я заявляю, что информация, предоставленная мной в настоящей декларации, является достоверной, правильной и полной насколько мне это известно, а также, что мне известно о том, что преднамеренная фальсификация мной этой информации может стать причиной применения ко мне штрафных санкций в соответствии с законодательством штата Вашингтон. (RCW 74.08.055)

ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	ДАТА	<input type="checkbox"/> Лицо, осуществляющее уход, не является родственником
		<input type="checkbox"/> Лицо, осуществляющее уход, является родственником

РАЗДЕЛ 7. ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРОЧИТАН И ПОДПИСАН РОДИТЕЛЕМ

Я, родитель/опекун ребенка, подтверждаю, что поставщик услуг, являющийся членом семьи / другом / соседом объекта опеки, соответствует указанным выше требованиям. Я понимаю, что:

- Если я не засвидетельствую приведенную информацию, оплата не будет одобрена.

Наличие в биографии данных определенного характера может привести

- к лишению права поставщика на уход. Поставщик услуг обязан незамедлительно информировать меня о любых судебных решениях или обвинениях в совершении уголовных преступлений, вынесенных или предъявленных ему или любому лицу в возрасте от 16 лет и старше, проживающему в доме поставщика, в случае, если уход за ребенком осуществляется за пределами дома, в котором проживает ребенок. Я должен(-на) незамедлительно передать эту информацию курирующему меня сотруднику WCCC.
- Оплата за уход за ребенком, осуществленный до даты получения всех результатов проверки биографических данных, не предусмотрена.
- Я должен(-на) уведомить персонал CCSP в течение пяти дней в случае прекращения оказания поставщиком услуг по оказанию ухода.
- Мой поставщик услуг не имеет права на оплату за уход более чем за шестью детьми одновременно (в одно и то же/одни и те же время/дни).
- Количество оплачиваемых WCCC поставщиков услуг, являющихся членами семьи/друзьями/соседями объекта ухода, одновременно предоставляющих услуги моему ребенку в течение моего периода допуска, не должно превышать трех. Только один из этих трех поставщиков услуг может быть резервным (альтернативным) поставщиком. Я могу использовать лицензированного/сертифицированного поставщика для резервного ухода.
- Поскольку вы выступаете работодателем поставщика услуг, являющегося членом семьи/другом/соседом объекта ухода, вы должны обеспечить заполнение поставщиком услуг формы подтверждения права работы Службы гражданства и иммиграции США I-9 (USCIS Employment Eligibility Verification Form I-9).
 - Все работодатели, находящиеся на территории США, должны заполнить и сохранить форму I-9 в отношении каждого лица, принятого ими на работу на территории Соединенных Штатов Америки.
 - Данная норма распространяется на граждан США и лиц, не являющихся гражданами США.
 - В рамках заполнения формы работодатель должен проверить право лица на работу, установить обоснованную подлинность документов, предоставляемых работником и относящихся к работнику, и указать данные документов в форме I-9.
 - Список соответствующих документов приведен на последней странице формы. *Форма и инструкции приведены по адресу:* <http://www.uscis.gov/i-9>
- В случае изменения характера отношений между вами и поставщиком услуг, незамедлительно предоставьте соответствующую информацию (изменение характера отношений может определять налоговую документацию, рассылаемую поставщикам за оказанные услуги).

Под страхом обвинений в лжесвидетельстве я заявляю, что информация, предоставленная мной в настоящей декларации, является достоверной, правильной и полной насколько мне это известно, а также, что мне известно о том, что преднамеренная фальсификация мной этой информации может стать причиной применения ко мне штрафных санкций в соответствии с законодательством штата Вашингтон. (RCW 74.08.055)

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА	ДАТА
--------------------------	------