

التاريخ:	بيان من المدرسة الثانوية أو التعليم المهني Statement from High School or Vocational Education	 Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES
رقم تعريف العميل:		

القسم 1: يتم إكماله من قِبَل العميل/الطالب.			
أفوض جهة عملي بالإفصاح عن معلومات إلى إدارة الأطفال، والشباب، والعائلات.			
التاريخ	توقيع الطالب		
القسم 2: يتم إكماله من قِبَل موظف/مسؤول المدرسة.			
اسم الطالب	اسم المدرسة		
عنوان المدرسة (الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)			
هل هذا الطالب بدوام كامل أم جزئي؟	تاريخ بدء الدراسة للطالب	تاريخ الانتهاء المتوقع	
كامل <input type="checkbox"/> جزئي <input type="checkbox"/>			
نوع المدرسة (ضع علامة على جميع ما ينطبق):		نوع الدرجة أو الشهادة:	
<input type="checkbox"/> مدرسة ثانوية <input type="checkbox"/> تعليم مهني <input type="checkbox"/> تعليم أساسي للكبار <input type="checkbox"/> الإنجليزية كلغة ثانية <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____		<input type="checkbox"/> سنتان <input type="checkbox"/> شهادة <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	
ملاحظة: إذا كنت مشاركاً في تدريب مهني مسجل، فيرجى إكمال نموذج التحقق من التوظيف (14-252) بدلاً من ذلك.			
هل يشارك هذا الطالب في دراسة عملية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا كانت الإجابة نعم، فكم عدد الساعات في الأسبوع؟			
جدول المدرسة (يرجى تضمين الأوقات الدقيقة إن أمكن):			
الأثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس
الأحد	السبت	الجمعة	
هل يشارك هذا الطالب في تدريب مدفوع؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى إكمال نموذج DCYF 14-252 "التحقق من التوظيف"			
التاريخ	توقيع موظف المدرسة		
رقم الهاتف	اسم موظف المدرسة والمسمى الوظيفي يُكتب بأحرف واضحة		

يُرجى إعادة النموذج المكتمل إلى:

Child Care Subsidy Contact Center
Department of Children, Youth, and Families
P.O. Box 11346
Tacoma WA 98411-9903

الفاكس: 1-877-309-9747