

 Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES	高中或职业教育声明 Statement from High School or Vocational Education	日期:
		个案当事人身份识别号码:

第1部分：由个案当事人/学生填写。

本人授权我的雇主将相关信息透露给儿童、青少年和家庭服务部。

学员签名	日期
------	----

第2部分：由学校官员/雇员填写。

学生姓名	学校名称
------	------

学校地址（街道，城市，州，邮政编码）

该学生是全日制还是非全日制？ <input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 非全日制	学生的入学日期	预计结业日期
--	---------	--------

学校类型（标记所有适用项）： <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 职业教育 <input type="checkbox"/> 成人基础教育 <input type="checkbox"/> 英语作为第二语言 <input type="checkbox"/> 其他：_____	学位或证书类型： <input type="checkbox"/> 两年制 <input type="checkbox"/> 证书 <input type="checkbox"/> 其他：_____
注：如果您正在参加注册学徒制，请填写就业情况核实表格 (14-252)。	

该学生是否参加勤工俭学？ 是 否
 如果是，每周工作多少小时？

学校时间安排（若可能的话，请包括准确时间）：

周一	周二	周三	周四	周五	周六	周日
----	----	----	----	----	----	----

该学生是否参加带薪实习？ 是 否
 如果是，请填写DCYF表格14-252就业情况核实

学校雇员签名	日期
学校雇员姓名与职称（请工整填写）	电话号码

请将填好的表格寄回：

传真：1-877-309-9747 Child Care Subsidy Contact Center
 Department of Children, Youth, and Families
 P.O. Box 11346
 Tacoma WA 98411-9903