

تاریخ:	بیانیه از دبیرستان یا آموزشگاه فنی و حرفه‌ای Statement from High School or Vocational Education	 Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES
شماره شناسه دریافت‌کننده خدمات:		

بخش 1: توسط مشتری/دانش‌آموز پر شود.					
به کارفرمای خود اجازه می‌دهم اطلاعات را در اختیار وزارت کودکان، جوانان و خانواده‌ها قرار دهد.					
امضای دانش‌آموز					تاریخ
بخش 2: توسط مدرسه/کارمند پر شود.					
نام دانش‌آموز			نام مدرسه		
نشانی مدرسه (خیابان، شهر، ایالت، زیپ‌کد)					
تاریخ شروع تحصیل دانش‌آموز		تاریخ پیش‌بینی شده برای اتمام تحصیل		دانش‌آموز تمام وقت است یا پاره وقت؟ <input type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> پاره وقت	
نوع مدرسه (تمام مواردی را که شامل می‌شود، علامت بزنید): <input type="checkbox"/> مدرسه متوسطه <input type="checkbox"/> فنی و حرفه‌ای <input type="checkbox"/> آموزش پایه بزرگسالان <input type="checkbox"/> زبان انگلیسی به‌عنوان زبان دوم <input type="checkbox"/> سایر: _____ توجه: در صورتی که در یک دوره کارآموزی ثبت‌شده شرکت می‌کنید، لطفاً به‌جای این فرم، فرم تأیید اشتغال (14-252) را تکمیل کنید.		نوع مدرک یا گواهینامه: <input type="checkbox"/> دو ساله <input type="checkbox"/> گواهینامه <input type="checkbox"/> سایر: _____			
این دانش‌آموز در برنامه کار و تحصیل شرکت می‌کند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر پاسخ بله است، چند ساعات در هفته؟					
زمان بندی کاری (هر جا که ممکن است به زمان دقیق اشاره کنید):					
دوشنبه	سه‌شنبه	چهارشنبه	پنج‌شنبه	جمعه	شنبه
					یکشنبه
این دانش‌آموز در دوره کارآموزی با حقوق شرکت می‌کند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر پاسخ بله است، لطفاً فرم تأیید اشتغال DCYF شماره 14-252 را تکمیل کنید					
امضای کارمند مدرسه					تاریخ
نام و عنوان کارمند مدرسه با حروف بزرگ					شماره تلفن

لطفاً فرم تکمیل‌شده را به این نشانی ارسال کنید:

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

فکس: 1-877-309-9747