

 Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES	<b>Справка из старшей школы или учреждения профессионального образования</b> <b>Statement from High School or Vocational Education</b>	Дата:
		Идентификационный номер клиента:

<b>Раздел 1: Заполняется клиентом/учащимся (учащейся).</b>						
Я разрешаю своему работодателю раскрыть информацию Департаменту по делам детей, молодежи и семей.						
ПОДПИСЬ УЧАЩЕГОСЯ					ДАТА	
<b>Раздел 2: Заполняется представителем/работником учебного учреждения</b>						
ИМЯ И ФАМИЛИЯ УЧАЩЕГОСЯ (-ЕЙСЯ)			НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ			
АДРЕС ШКОЛЫ (номер дома, улица, город, штат, почтовый индекс)						
Учебный день этого учащегося / этой учащейся — полный или неполный? <input type="checkbox"/> Полный <input type="checkbox"/> Неполный		ДАТА НАЧАЛА ОБУЧЕНИЯ		ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА ЗАВЕРШЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ		
ТИП УЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ( <i>отметьте все, что применимо в данном случае</i> ): <input type="checkbox"/> Старшая школа <input type="checkbox"/> Профессиональное образование <input type="checkbox"/> Программа базового образования для взрослых <input type="checkbox"/> Английский в качестве второго языка <input type="checkbox"/> Другое: _____ <i>Примечание: Если вы принимаете участие в зарегистрированном ученичестве (registered apprenticeship), вместо этого вы должны заполнить форму Подтверждения трудоустройства (Employment Verification form) (14-252).</i>				ТИП СТЕПЕНИ ИЛИ СЕРТИФИКАТА: <input type="checkbox"/> Двухгодичное обучение <input type="checkbox"/> Сертификат <input type="checkbox"/> Другое: _____		
Участвует ли этот учащийся / эта учащаяся в программе Work Study? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет						
Если да, то сколько часов в неделю?						
Расписание занятий ( <i>указывайте точное время, если это возможно</i> ):						
ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
Участвует ли этот учащийся / эта учащаяся в программе оплачиваемой стажировки? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет						
Если ДА, заполните форму DCYF 14-252 Подтверждение трудоустройства (Employment verification)						
ПОДПИСЬ ШКОЛЬНОГО РАБОТНИКА				ДАТА		
ФАМИЛИЯ, ИМЯ И ДОЛЖНОСТЬ ШКОЛЬНОГО РАБОТНИКА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ				НОМЕР ТЕЛЕФОНА		

Отправьте заполненную форму по следующему адресу:

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