



Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

**Lise veya Mesleki Eğitim
Kurumundan Alınan Resmi Yazı
Statement from High School or Vocational
Education**

Tarih:

Müşteri Kimlik Numarası:

Kısım 1: Müşteri/öğrenci tarafından doldurulacaktır.

İşverenimin Çocuk, Genç ve Aileler Departmanına bilgi vermesini onaylıyorum.

ÖĞRENCİNİN İMZASI

TARİH

Kısım 2: Okul yetkilisi/çalışan tarafından doldurulacaktır.

ÖĞRENCİNİN ADI

OKULUN ADI

OKULUN ADRESİ (Cadde, Şehir, Eyalet, Posta Kodu)

Bu öğrenci tam zamanlı mı yoksa
yarı zamanlı mı?

Tam Zamanlı Yarı Zamanlı

ÖĞRENCİNİN BAŞLAMA TARİHİ

BEKLENEN TAMAMLAMA TARİHİ

OKUL TÜRÜ (Uygun tüm seçenekleri işaretleyiniz):

Yüksek Okul Mesleki Eğitim Yetişkin Temel Eğitimi
 İkinci Dil Olarak İngilizce Diğer: _____

DERECE YA DA SERTİFİKA TÜRÜ:

İki Yıl
 Sertifika
 Diğer: _____

*Not: Eğer kayıtlı bir çıraklık programına katılıyorsanız lütfen bunun yerine bir
İstihdam Doğrulama formu (14-252) doldurun.*

Bu öğrenci Eğitimle Bağlantılı bir Çalışmaya katılıyor mu? Evet Hayır

Evet ise haftada kaç saat?

Okul Programı (mümkünse tam saatleri yazın):

PAZARTESİ | SALI | ÇARŞAMBA | PERŞEMBE | CUMA | CUMARTESİ | PAZAR

Bu öğrenci ücretli bir Staj programına katılıyor mu? Evet Hayır

EVET ise, lütfen DCYF Formu 14-252 İstihdam Doğrulama Formunu doldurun

OKUL ÇALIŞANININ İMZASI

TARİH

OKUL ÇALIŞANININ BASKI HARFLERLE ADI ÜNVANI

TELEFON NUMARASI

Doldurulan formun lütfen şuraya iade edin:

Faks: 1-877-309-9747

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