



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES
CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

CCSP 申請書
CCSP Application

日付 : _____

親・保護者

事例番号

折り目

申請者の方へ :

児童手当プログラムへの申請を処理し以下の情報が提供された後、適格性を決定します :

- CCSP 申請書 (ワークファースト活動に参加している場合、児童手当に申請しなければなりません)。
- 過去 3 ヶ月の世帯収入の証明書 (給与明細、児童手当、社会保障給付、補足的保障所得 (SSI) および家族の誰かが受領したその他の収入)。あなたの雇用スケジュールを添付してください。州からの現金支援の所得証明書 (TANF) を提出する必要はありません。
- 新入社員で給与明細がない場合は、雇用日、給与 (時給、年俸など) および雇用スケジュールを記載した、あなたの雇用者からの文書も受け付けます。雇用者が本情報を確認できない場合、あなたの口述または文書を受け付けます。雇用を確認するために口述または文書を提供した場合、60 日の期間内に給与明細のコピーを提供しなければなりません。
- 過去 3 ヶ月以内に法廷または行政により命じられた、支払われた児童手当の証明書。

あなたの赤ちゃんまたはお子様の発育が予定通りであるか確認することができます。そのためには、1-800-322-2588 からファミリーヘルス・ホットラインに電話して無料の子供の発育に関するスクリーニング質問票に回答するか、詳細については Parent Help 123 ウェブサイト、<http://www.parenthelp123.org/child-development/help-me-grow-washington> をご覧ください。

子供には安全であるという基本人権を持っています。子供の虐待や放棄は、子供に身体的および精神的な傷害や死へつながる恐れがあります。子供が虐待や放棄されている疑いがある場合、1-866-END-HARM (1-866-363-4276)を通して DCYF まで報告してください。



Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

CCSP 申請書
CCSP Application

内容に不備があると、サービスや支払の承認に遅延が生じる場合があります。タイプまたは活字体で記入してください。

季節的児童手当

申請者は、以下の要件を満たしていなければなりません。

- アダムス、バントン、チェラン、ダグラス、フランクリン、グラント、キッティタス、オカノガン、スカギット、ワラワラ、ワトコムまたはヤキマ郡内に居住。
- 果樹や農作物の栽培、生産、収穫または加工を含む農業を基盤とした雇用先で勤務。

申請者の氏名		受給者 ID 番号	日付
申請者の住所		ソーシャルセキュリティ番号(任意)	生年月日
市	州	郵便番号	電話番号
申請者の人種			申請者の性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性

あなたの世帯は現在ホームレスですか？ はい いいえ (例えば：モーテル、シェルター、移行期住宅、車、パブリックスペースで暮らしているか、住宅からの退去により他の家族と暮らしている状況を含む。)
あなたは過去六ヶ月(6)以内にワシントン州の児童福祉サービスを受給した子供の親または保護者であり、あなたのケースプランの一部としてチャイルドケア手当への推薦を受けましたか？ はい いいえ (はいと答えた場合、優先処理の資格を持つ可能性があるため 1-844-626-8687 までお問い合わせください。)

世帯に住み、あなたに責任のある子ども

氏名 (姓、名、ミドルイニシャル)	生年月日	男性/ 女性	民族 (任意)	ソーシャルセキュリティ 番号(任意)	米国市民または 永住者	申請者との関係
					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

あなたが一人親または二人親世帯か判断 - 必須

配偶者またはいずれかの子供の親・保護者と共同生活を送っていますか？ はい いいえ
「いいえ」と答えた場合はシングルペアレント申告用紙、DCYF 27-164 に記入し、申請書と一緒に返却してください。
「はい」と答えた場合、以下の情報をご記入ください。

配偶者またはその他の親の 氏名	生年月日	ソーシャルセキュリティ 番号(任意)	申請者との関係	上記の子供との 関係

申請者

配偶者またはもう一人の親・保護者

雇用者名、ワークファースト活動名、または学校名	雇用者名、ワークファースト活動名、または学校名
住所 (雇用者、ワークファースト活動または学校の)	住所 (雇用者、ワークファースト活動または学校の)
電話番号	電話番号
開始日	開始日
あなたが雇用されている場合、どの程度の頻度で支払われ、 そして 給与期間総賃金支払額はいくらですか (税引き前、チップを含む) ? <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 2週間毎 <input type="checkbox"/> 1ヶ月に2度 <input type="checkbox"/> 1ヶ月に1度 \$	あなたが雇用されている場合、どの程度の頻度で支払われ、 そして 給与期間総賃金支払額はいくらですか (税引き前、チップを含む) ? <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 2週間毎 <input type="checkbox"/> 1ヶ月に2度 <input type="checkbox"/> 1ヶ月に1度 \$

毎月の家族全員の不労所得/勤労所得源

コピーを添付してください (最近3ヶ月分) :	氏名	氏名	氏名	氏名
雇用 (チップを含む税込の総所得)	本人			
自営業				
公的扶助(TANF、ABD など)				
受け取った養育費				
社会補償 (SSI、SSA)				
退役軍人、障害者、労働産業、または失業保険				
高齢、盲目または障害(ABD)補償				
裁判所の命令による養育費を支払っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	月額：\$		

DCYF 14-417 JA (REV.09/2019) Japanese

Barcode label



14417

利用可能な資産

\$1,000,000.00以上の価値を持つ利用可能な資産をお持ちですか？ はい いいえ

利用可能な資源の例：現金、銀行口座、株式/債券、投資勘定、不動産投資。

親・保護者の活動スケジュール

申請者		配偶者またはもう一人の親・保護者
活動（仕事、学校、ワークファースト活動）をA.M./P.Mを付けて記載		活動（仕事、学校、ワークファースト活動）をA.M./P.Mを付けて記載
月曜日	雇用、学校、ワークファースト活動のスケジュールを教えてください。	雇用、学校、ワークファースト活動のスケジュールを教えてください。
火曜日		
水曜日		
木曜日		
金曜日		
土曜日		
日曜日		

保育ケアが開始する日：

申請者：分かっている場合、提供者から活動まで（仕事、学校など）移動にどれだけ時間がかかりますか？

もう一人の親/保護者：分かっている場合、提供者から活動まで（仕事、学校など）移動にどれだけ時間がかかりますか？

子どもの活動スケジュール二人目以上の子供については、別紙にその子供の内容を記入し、添付してください。

子どもの氏名:	学校のスケジュール (正確な曜日と時間)	保育スケジュール (正確な曜日と時間)

あなたの登校年齢の子供は学期時および夏休み中に保育を必要としますか？ はい いいえ

障害のあるお子様はいらっしゃいますか？ はい いいえ

「はい」の場合、障害者向け支払額の詳細について担当者までご連絡ください。

公聴会の権利 WAC 110-15-0280

あなたがこの決定に同意しない場合、当事務所に連絡をするか、あるいは行政審判事務課宛に書面にて公聴会の要請をすることができます。Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489。次の場合は、公聴会を要請しなければなりません：

- 給付金を現在受け取っており、継続したい場合、この措置の発効日あるいはその前、もしくは当課がこの措置の通知を送付後 10 日以内。あるいは、
- この通知を受け取ってから 90 日以内。

公聴会では、あなたは自分の主張をするかあるいは弁護士またはあなたが選択した他の人物に弁護をしてもらう権利があります。司法サービス事務所に連絡することにより、無料の法的アドバイスまたは弁護を得られる場合があります。

偽証罪の罰則を適用する条件で、この申告に私が提供した情報が私の知る限りで真実、正確、かつ完全であり、私の提供するこの情報に意図的偽証があればワシントン州法で規定されている通り罰則が科されることを理解します。(RCW 74.08.055)

一人目の親・法的保護者の署名	日付	もう一人の親・法的保護者の署名	日付
----------------	----	-----------------	----

すべてのプログラムや行動において差別が禁止されています。人種、肌の色、宗教、信条、国籍、性別、年齢、婚姻関係、身体障害またはベトナム戦争時代の退役軍人あるいは障害を基に除外されることはありません。