



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

លិខិតដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី **CCSP**

**CCSP Application**

កាលបរិច្ឆេទ ៖ \_\_\_\_\_

ឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាល

លេខសំណុំរឿង

បត់ត្រង់នេះ

សូមជម្រាបមកដល់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ សូមជ្រាប ៖

យើងនឹងវិនិច្ឆ័យមើលបែបបទដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកសម្រាប់ជំនួយទ្រទ្រង់ការថែទាំកុមារ និងកំណត់លក្ខណសម្បត្តិ នៅពេលណាអ្នកបានផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោមនេះមកឲ្យយើង រួចរាល់ហើយ។

- លិខិតដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី CCSP (អ្នកត្រូវតែបំពេញពាក្យសុំថែទាំកុមារ ទោះណាជាអ្នកកំពុងស្ថិតក្នុងសកម្មភាព WorkFirst ក៏ដោយ);
- ផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ចំណូលក្រុមគ្រួសារប្រចាំខែ សម្រាប់រយៈកាលបីខែចុងក្រោយ (ដូចជាការបង្ហាញសេចក្តីបញ្ជាក់ខែ, ប្រាក់អាហារកិច្ចខបត្តម្ភ, ប្រាក់ ជំនួយសន្តិសុខសង្គម, ប្រាក់ជំនួយចំណូលសន្តិសុខសង្គមបន្ថែម (SSI), និងប្រាក់ចំណូលផ្សេងៗទៀត ដែលបានទទួលដោយសមាជិកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។ ចូរផ្តល់ សរុបទាំង កាលវិភាគការងាររបស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ ភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ចំណូលសម្រាប់ជំនួយប្រាក់សុទ្ធ ពីរដ្ឋ (TANF) ទេ។
- បើអ្នកទើបនឹងចូលធ្វើការថ្មី ហើយគ្មានកន្ទុយសែកប្រាក់ខែ, ទោះយើងនឹងទទួលយកលិខិតថ្លែងការណ៍ពីនិយោជករបស់អ្នក ដែលបញ្ជាក់អំពីកាលបរិច្ឆេទដែលគេអ្នកផ្តល់ឲ្យ ធ្វើការ, អំពីចំនួនប្រាក់ចំណូលការងារដែលអ្នកទទួលបាន(ក្នុងមួយម៉ោង, ក្នុងមួយខែ, ។ល។), និងអំពីថាតើកាលវិភាគការងាររបស់អ្នកមានលក្ខណៈដូចម្តេច។ បើនិយោជករបស់អ្នកមិនអាចបញ្ជាក់ព័ត៌មាននេះ ពួកយើងអាចយកពាក្យសុំដី ឬការសរសេររបស់អ្នក ។ នៅពេលអ្នកផ្តល់សេចក្តីថ្លែងការណ៍ជាពាក្យសុំដី ឬការសរសេរ ដើម្បីផ្សេងផ្ទាល់ការងារ។ អ្នកត្រូវតែផ្តល់នូវសំណើចម្លងនៃកន្ទុយសែកប្រាក់ខែរបស់អ្នក ឲ្យបានទាន់ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃ នៃការអនុម័ត។
- ភស្តុតាងអំពីដីកាតុលាការ ឬដីកាផ្តាច់ការបង្គាប់ទាំងឡាយឲ្យបង់ប្រាក់អាហារកិច្ចខបត្តម្ភដែលបានធ្វើកាលពីថ្ងៃមុន។

អ្នកអាចស្វែងយល់ថាតើការអភិវឌ្ឍន៍ ឬកូនរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងការតាមដាន ឬថាតើនាងត្រូវការការអនុវត្តបន្ថែមបន្តិចទៀតដើម្បីត្រៀមខ្លួនចូលរៀន។ ដើម្បីធ្វើដូច្នោះ អ្នកអាចបំពេញកម្រងសំណួរតាមដានការអភិវឌ្ឍន៍របស់កុមារឥតគិតថ្លៃដោយទូរស័ព្ទទៅខ្សែបណ្តាញទាន់ហេតុការណ៍សុខភាពគ្រួសារ តាមលេខ 1-800-322-2588 ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រជំនួយមាតាបិតា 123 នៅ <http://www.parenthelp123.org/child-development/help-me-grow-washington> ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីវា។

- កុមារមានសិទ្ធិមនុស្សមូលដ្ឋានដើម្បីឱ្យមានសុវត្ថិភាព។ ការរំលោភបំពាន និងការមិនយកចិត្តទុកដាក់គំរាមកំហែងដល់សុវត្ថិភាពរបស់កុមារដោយដាក់ពួកគេ ក្នុងហានិភ័យរហូតរាយការយ ខាងអារម្មណ៍ និងសូម្បីតែដល់បាត់បង់ជីវិត។ បើអ្នកសង្ស័យថា កុមារម្នាក់គឺជាជនរងគ្រោះនៃការរំលោភបំពាន ឬការមិនយកចិត្តទុកដាក់ ចូរទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃទៅ DCYF តាមលេខ 1-866-END-HARM (1-866-363-4276)។

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)  
លិខិតដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី **CCSP (CCSP Application)**

ព័ត៌មានមិនពេញលេញអាចពន្យារការអនុម័តសម្រាប់សេវាកម្ម និងប្រាក់ជំនួយ។  
សូមវាយជាអក្សរព្រុំ ឬសរសេរផ្តិតឲ្យច្បាស់។

ការគាំពារកុមារតាមផ្លូវ

អ្នកដាក់ពាក្យសុំត្រូវតែ:

- រស់នៅក្នុងក្រុងដំបូងៗ: Adams, Benton, Chelan, Douglas Franklin, Grant, Kittitas, Okanogan, Skagit, Walla, Whatcom ឬ Yakima
- ធ្វើនៅក្នុងកសិដ្ឋានដែលរួមបញ្ចូលទាំងការធ្វើផលិតផលស្រែចំការ, ដើមឈើល្បែងផ្លែ និងគ្រាប់ដំណាំ

ឈ្មោះរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	លេខ ID អតិថិជន	កាលបរិច្ឆេទ
អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) (មិនដាក់ក៏បាន)	លេខទូរស័ព្ទ
ក្រុង រដ្ឋ លេខហ្សែបកូដ	ពូជសាសន៍របស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	ភេទរបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី

តើគ្រួសាររបស់អ្នកកំពុងតែជួបប្រទះភាពអត់ធ្មត់ទេ?  បាទ/ចាះ  ទេ (ឧទាហរណ៍រួមមាន៖ ការរស់នៅក្នុងផ្ទះសំណាក់តាមផ្លូវ ទិដ្ឋភាព លំនៅដ្ឋានបណ្តោះអាសន្ន ទឹកថ្លៃសាធារណៈ ឬនេរ្យមគ្គុទ្ទេសក៍ដោយអ្នកដទៃដោយគ្មានការអនុញ្ញាត ឬការពិបាកខាងសេដ្ឋកិច្ច។)

តើអ្នកជាឪពុក ឬម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ដែលបានទទួលសេវាសុខុមាលភាពកុមារក្នុងរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនក្នុងពេលប្រាំមួយ (6) ខែមុន ហើយត្រូវបានបញ្ជូនសម្រាប់ការថែទាំកុមារដោយផ្ទៃក្នុងនៃផែនការសំណុំរៀងរបស់អ្នក?  
 បាទ/ចាស  ទេ (បើអ្នក ឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-844-626-8687** ដើម្បីមើលថាតើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ដំណើរការពាក្យសុំដែលពន្លឺនេះបាទ/ចាស ឬអត់។)

បណ្តាកូនដែលកំពុងរស់នៅក្នុងគ្រួសារក្រោមបន្ទុកទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

ឈ្មោះ (ត្រកូល, ខ្លួន, កណ្តាលកាត់)	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំកំណើត	ប្រុស/ស្រី	អាយុឆ្នាំ (មិនដាក់ក៏បាន)	លេខ SSN (មិនដាក់ក៏បាន)	សញ្ជាតិអាមេរិកាំង ឬ គេហដ្ឋានសញ្ជាតិបរទេស	ទំនាក់ទំនងទេវនិង អ្នកដាក់ពាក្យសុំ
					<input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ	
					<input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ	
					<input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ	

ការកំណត់ថាតើអ្នកនៅលើ ឬជាគ្រួសារដែលមានទាំងឪពុក ទាំងម្តាយគិតប្រែវិញមាន

តើអ្នករស់នៅជាមួយ ឬប្រពន្ធ ឬឪពុក ឬម្តាយ / អាណាព្យាបាលផ្សេងរបស់កូនរបស់អ្នក?  បាទ/ចាស  ទេ

បើទេ ចំពោះប្រពន្ធគ្រួសារឪពុក ឬម្តាយទោល, DCYF 27-164, ហើយប្រគល់ត្រឡប់ជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នក។ បើបាទ/ចាស ចំពោះព័ត៌មានខាងក្រោម។

ឈ្មោះរបស់ ឬប្រពន្ធឬឪពុក ឬម្តាយដទៃ	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំកំណើត	លេខ SSN (មិនដាក់ក៏បាន)	ទំនាក់ទំនងទេវនិង អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	ទំនាក់ទំនងទេវនិង កូនដែលមានឈ្មោះខាងលើ

អ្នកដាក់ពាក្យសុំ	ប្តី ឬប្រពន្ធ ឬ ឪពុកឬម្តាយដទៃ / អ្នកអាណាព្យាបាល
ឈ្មោះរបស់និយោជក, សកម្មភាព WORKFIRST, ឬសាលារៀន	ឈ្មោះរបស់និយោជក, សកម្មភាព WORKFIRST, ឬសាលារៀន
អាសយដ្ឋាន (និយោជក, សកម្មភាព WORKFIRST, សាលារៀន)	អាសយដ្ឋាន (និយោជក, សកម្មភាព WORKFIRST, សាលារៀន)
លេខទូរស័ព្ទ កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម	លេខទូរស័ព្ទ កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម
បើអ្នកកំពុងធ្វើការ, តើអ្នកបើកប្រាក់ខែញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា ហើយទទួលបានប្រាក់ខែដុលប៉ុន្មានក្នុងពេលបើកប្រាក់ម្តង (មុនពេលកាត់ពន្ធរួមទាំងប្រាក់ទឹកតែ)? <input type="checkbox"/> មួយអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> ពីរអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> មួយខែពីរដង <input type="checkbox"/> មួយខែម្តង \$	បើអ្នកកំពុងធ្វើការ, តើអ្នកបើកប្រាក់ខែញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា ហើយទទួលបានប្រាក់ខែប៉ុន្មានក្នុងពេលបើកប្រាក់ម្តង (មុនពេលកាត់ពន្ធរួមទាំងប្រាក់ទឹកតែ)? <input type="checkbox"/> មួយអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> ពីរអាទិត្យម្តង <input type="checkbox"/> មួយខែពីរដង <input type="checkbox"/> មួយខែម្តង \$

ប្រភពប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក/ប្រាក់ចំណូលរបស់ប្តី/ប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់

ចូរក្លាយសំណើចម្លង (សម្រាប់រយៈពេលបីខែចុងក្រោយ) ៖	ឈ្មោះ	ឈ្មោះ	ឈ្មោះ	ឈ្មោះ
ការងារ (ប្រាក់ដុលប៉ុនចំនួន រួមទាំងប្រាក់ទឹកតែ)	សាមីខ្លួន			
ស្វ័យជីវិត				
ជំនួយសាធារណៈ (TANF, ABD, ជាដើម)				
ប្រាក់អាហារក៏ដូចជាប្រាក់ប្រាក់ដែលបានទទួល				
ជំនួយសន្តិសុខសង្គម (SSI, SSA)				
ជំនួយ VA, ពិការភាព, L&I, ឬកម្រៃរ៉ាប់រងភាពអត់ការធ្វើ				
ចាសជំរា ពិការភ្នែក ឬពិការ (អត្ថប្រយោជន៍ ABD)				
តើអ្នកបង់ប្រាក់អាហារក៏ដូចជាប្រាក់ប្រាក់ដែលបានបង្កើត រយៈពេលបីខែចុងក្រោយទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាះ <input type="checkbox"/> ទេ ចំនួនក្នុងមួយខែ ៖ \$				

**ធនធានដែលអាចរកបាន**

តើអ្នកមានធនធានដែលអាចរកបានដែលមានតម្លៃ \$1,000,000.00 ឬថ្លៃដាច់នេះដែរទេ?  មាន  មិនមាន

ឧទាហរណ៍នៃធនធានដែលអាចរកបានគឺ៖ សាច់ប្រាក់ គណនីធនាគារ ភាគហ៊ុន / សញ្ញាប័ណ្ណ គណនីវិនិយោគ អចលនទ្រព្យវិនិយោគ ។

**កាលវិភាគសកម្មភាពរបស់ឪពុកម្តាយ / អ្នកអាណាព្យាបាល**

អ្នកដាក់ពាក្យសុំ		ប្តី/ប្រពន្ធឬ ឪពុកម្តាយទារ/អ្នកអាណាព្យាបាល
សកម្មភាព (ការងារ, សាលារៀន, សកម្មភាព WORKFIRST) ចូរបញ្ជាក់ពេលវេលាដោយប្រើអក្សរ A.M./P.M. (A.M.=ម៉ោង 12 យប់ឡើងទៅ; P.M.=ម៉ោង 12 ថ្ងៃត្រង់ចុះទៅ)		សកម្មភាព (ការងារ, សាលារៀន, សកម្មភាព WORKFIRST) ចូរបញ្ជាក់ពេលវេលាដោយប្រើអក្សរ A.M./P.M. (A.M.=ម៉ោង 12 យប់ឡើងទៅ; P.M.=ម៉ោង 12 ថ្ងៃត្រង់ចុះទៅ)
ថ្ងៃចន្ទ	តើការងារសម្រាប់ការងារ, សាលារៀន, សកម្មភាព ACTIVITY របស់អ្នកមានទ្រង់ទ្រាយបែបណា?	តើការងារសម្រាប់ការងារ, សាលារៀន, សកម្មភាព ACTIVITY របស់អ្នកមានទ្រង់ទ្រាយបែបណា?
ថ្ងៃអង្គារ		
ថ្ងៃពុធ		
ថ្ងៃព្រហស្បតិ៍		
ថ្ងៃសុក្រ		
ថ្ងៃសៅរ៍		
ថ្ងៃអាទិត្យ		

តើសេវាមើលកូនរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅខែ/ឆ្នាំណា ៖  
 អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ៖ បើដឹង ការធ្វើដំណើរតម្រូវឱ្យ (តែទៅប្រគល់), អ្នកប្រើពេលយូរប្តីណាក្នុងការធ្វើដំណើរពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នក ទៅកាន់កន្លែងសកម្មភាពរបស់អ្នក (កន្លែងធ្វើការ, សាលារៀន ។ល។)?  
 ឪពុកម្តាយម្តាយទារ/អ្នកអាណាព្យាបាល ៖ បើដឹង ការធ្វើដំណើរតម្រូវឱ្យ (តែទៅប្រគល់), អ្នកប្រើពេលយូរប្តីណាក្នុងការធ្វើដំណើរពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នក ទៅកាន់កន្លែងសកម្មភាពរបស់អ្នក (កន្លែងធ្វើការ, សាលារៀន ។ល។)?

**កាលវិភាគសកម្មភាពរបស់កូនៗ។ សម្រាប់បណ្តាកូនៗដែលទៀត, ចូរក្លាយសន្លឹកក្រដាសដាច់ដោយឡែកបន្ថែម ដោយភ្ជាប់ទាំងព័ត៌មានរបស់ពួកគេ។**

ឈ្មោះរបស់កូន(ៗ)	កាលវិភាគសាលារៀន (ថ្ងៃ និងពេលវេលាដាក់លាត់)	កាលវិភាគកន្លែងមើលកូន (ថ្ងៃ និងពេលវេលាដាក់លាត់)

តើកូនដែលមានអាយុគ្រប់ចូលរៀនរបស់អ្នកត្រូវការថែទាំក្នុងអំឡុងពេលសម្រាក និងសម្រាករដូវក្តៅ?  បាទ/ចាស  ទេ

អ្នកមានកូនត្រូវការការពិសេស (Special Needs) ទេ?  បាទ/ចាស  ទេ បើបាទ/ចាស, សូមទាក់ទងទៅប្រគល់កិច្ចការក្នុងស្នងការដ្ឋានសុខាភិបាលស្តីពីការពិសេស។

**សំណួរសវនាការ WAC 110-15-0280**

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងសេចក្តីសម្រេចនេះទេ, ទោះអ្នកអាចស្នើសុំសវនាការណាមួយបាន ដោយទាក់ទងមកការិយាល័យនេះ ឬសវនាវិទ្យាល័យ លក្ខណ៍អក្សរទៅ Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489។ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំ សវនាការរបស់អ្នក ៖

- ឲ្យទាន់ចំនួន ប្រាំបួនមុនថ្ងៃចូលធនធាននៃវិធានការនេះ ឬកុំឲ្យហួសពី 10 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីពេលដែលយើងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីវិធានការនេះ ទៅជូនអ្នក, ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបាននូវ ហើយអ្នកកំពុងទទួលបាននូវទាំងនោះនៅតែបន្តដំណើរការទៅមុខទៀត, ឬ
- ឲ្យទាន់ក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ រាប់ចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកបានទទួលលិខិតនេះ។

នៅក្នុងអង្គការសវនាការ, អ្នកមានសិទ្ធិជំរុញដាក់ណាងឲ្យខ្លួនឯង, តំណាងដោយមេធាវី ឬដោយជនណាម្នាក់ដែលអ្នកពេញចិត្ត។ អ្នកអាចនឹងមានលទ្ធភាពទទួលបានការផ្តល់ ជំនួយផ្នែកច្បាប់ ឬការតំណាងដោយអ្នកច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ តាមរយៈការទាក់ទងទៅកាន់ការិយាល័យសេវាច្បាប់ណាមួយ។

ខ្ញុំសូមប្រកាសអំពីការសម្រេចនៃការស្រាវជ្រាវថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ក្នុងសេចក្តីប្រកាសនេះគឺសុទ្ធតែពិតប្រាកដ, ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញទៅតាមការ យល់ដឹងដ៏ជ្រៅជ្រះបំផុតរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំដឹងប្រាកដថា ការកែតម្រូវព័ត៌មាននេះដោយចេតនាអំពីសម្លាប់ខ្លួនឯងនាឲ្យខ្លួនខ្លួនទទួលទោសបញ្ញត្តិផ្សេងៗ ទៅតាមវាក្យ ខណ្ឌដែលមានចែងក្នុងច្បាប់នៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន។ **(RCW 74.08.055)**

ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់មួយ	កាលបរិច្ឆេទ	ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ទីពីរ	កាលបរិច្ឆេទ
--	-------------	--	-------------

ការរើសអើងត្រូវបានហាមឃាត់ក្នុងកម្មវិធី និងសកម្មភាពទាំងអស់ ៖ មិនមានរណ្តៅយោធន៍ត្រូវបានដកចេញ លើមូលដ្ឋានជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ជនរងគ្រោះ ភេទ អាយុ ស្ថានភាពគ្រួសារ អតីតយុទ្ធជន ជនពិការ ឬអតីតយុទ្ធជនសង្គ្រាមវៀតណាម ឬពិការ ។