



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

**Demande CCSP**  
**CCSP Application**

Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PARENT/TUTEUR

\_\_\_\_\_  
NUMÉRO DE DOSSIER

\_\_\_\_\_  
VOLET

Cher demandeur,

**Nous traiterons votre demande de subvention pour services de garde d'enfant et établirons votre admissibilité une fois que vous aurez fourni les informations suivantes :**

- Demande CCSP (vous devez compléter une demande de garde d'enfant même si vous êtes en activité WorkFirst).
- Justificatifs des trois derniers mois de revenus du foyer (comme les talons de paie, pension alimentaire, indemnités de sécurité sociale, allocation supplémentaire de revenu de sécurité (SSI), et tout autre revenu perçu par les membres de votre famille. Inclure vos horaires travaillés. Vous n'avez pas besoin de fournir le justificatif de revenus issus d'une assistance financière de l'Etat (TANF – Temporary Assistance for Needy Families).
- Si vous êtes nouvellement employé et n'avez pas de talon de paie, nous accepterons une déclaration de votre employeur avec la date d'embauche, la manière dont vous êtes rémunéré (à l'heure, salaire, etc.) et vos horaires de travail. Si votre employeur n'est pas en mesure de vérifier ces informations, nous accepterons votre déclaration orale ou écrite de votre part. Lorsque vous fournissez une vérification d'emploi orale ou écrite, vous devez fournir une copie de vos talons de paie dans les 60 jours suivant l'approbation.
- Preuve de toute ordonnance judiciaire ou administrative pour paiement d'une pension alimentaire déclarée dans les trois derniers mois.

Vous pouvez savoir si le développement de votre bébé ou de votre enfant est en bonne voie ou s'il a besoin de davantage d'aide pour le préparer à l'école. Pour ce faire, vous pouvez compléter un questionnaire gratuit de dépistage du développement de l'enfant en appelant la ligne d'assistance de Family Health au 1-800-322-2588 ou visitez le site Parent Help 123 <http://www.parenthelp123.org/child-development/help-me-grow-washington> pour en savoir plus.

Les enfants ont le droit humain fondamental d'être en sécurité. Les abus et la négligence menacent la sécurité des enfants en les exposant au risque de blessures physiques et émotionnelles et même de la mort. Si vous soupçonnez qu'un enfant est victime d'abus ou de négligence, appelez le numéro gratuit du DCYF au 1-866-END-HARM (1-866-363-4276).



**Demande CCSP**  
**CCSP Application**

Des informations incomplètes peuvent retarder l'approbation pour les services et le paiement.

Saisissez ou écrivez lisiblement.

Garde d'enfant périodique

Les demandeurs doivent :

- **Vivre** dans les comtés d'Adams, de Benton, de Chelan, de Douglas, de Franklin, de Grant, de Kittitas, d'Okanogan, de Skagit, de Walla Walla, de Whatcom ou de Yakima ;
- **Occuper un emploi** agricole comprenant la culture, la production, la récolte ou le traitement des arbres fruitiers ou des cultures.

NOM DU DEMANDEUR		NUMÉRO D'IDENTIFIANT CLIENT	DATE
ADRESSE DU DEMANDEUR		N° DE SS (FACULTATIF)	DATE DE NAISSANCE
VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
RACE ET ORIGINE ETHNIQUE DU DEMANDEUR			SEXE DU DEMANDEUR <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme

Votre famille est-elle sans domicile fixe ?  Oui  Non (Par exemple, vivre dans un motel, un foyer, un logement provisoire, une voiture, un espace public, ou cohabiter avec d'autres pour des raisons de perte de logement ou de difficultés économiques.  
Êtes-vous un parent ou un tuteur légal qui a bénéficié de services de bien-être des enfants au sein de l'État de Washington au cours des six (6) derniers mois ou à qui une assistance pour enfant a été recommandée dans le cadre de votre dossier ?  Oui  Non (Si vous avez répondu oui, veuillez appeler le 1-844-626-8687 pour savoir si vous avez droit à un traitement accéléré de votre demande.)

**ENFANTS DONT VOUS ÊTES RESPONSABLE ET QUI VIVENT DANS VOTRE FOYER**

NOM (DE FAMILLE, PRÉNOM, INITIALE 2ème PRÉNOM)	DATE DE NAISSANCE	MASCULIN/FÉMININ	GROUPE ETHNIQUE (FACULTATIF)	N° DE SS (FACULTATIF)	CITOYEN AMÉRICAIN OU RÉSIDENT PERMANENT	LIEN DE PARENTÉ AVEC LE DEMANDEUR
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**DÉTERMINER SI VOUS FAITES PARTIE D'UN FOYER À UN OU DEUX PARENTS – OBLIGATOIRE**

Vivez-vous avec un(e) conjoint(e) ou un autre parent/tuteur de l'un de vos enfants ?  Oui  Non  
Si non, veuillez remplir le formulaire Déclaration de foyer monoparental, DCYF 27-164, et renvoyez-le avec votre demande.  
Si oui, veuillez remplir les informations ci-dessous.

NOM DU CONJOINT(E) OU SECOND PARENT	DATE DE NAISSANCE	N° DE SS (FACULTATIF)	RELATION AVEC LE DEMANDEUR	LIEN DE PARENTÉ AVEC LES ENFANTS CITÉS CI-DESSUS

**DEMANDEUR**

**CONJOINT OU SECOND PARENT / TUTEUR**

NOM DE L'EMPLOYEUR, ACTIVITÉ WORKFIRST OU ÉCOLE	NOM DE L'EMPLOYEUR, ACTIVITÉ WORKFIRST OU ÉCOLE
ADRESSE (EMPLOI, ACTIVITÉ WORKFIRST OU ÉCOLE)	ADRESSE (EMPLOI, ACTIVITÉ WORKFIRST OU ÉCOLE)
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
DATE DE DÉBUT	DATE DE DÉBUT
SI VOUS TRAVAILLEZ, QUELLE EST LA FRÉQUENCE DE VOS PAIEMENTS <b>ET</b> QUEL EST VOTRE SALAIRE BRUT PAR PÉRIODE DE PAIE (AVANT IMPÔTS ET POURBOIRES COMPRIS) ? <input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Toutes les deux semaines <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Chaque mois \$	SI VOUS TRAVAILLEZ, QUELLE EST LA FRÉQUENCE DE VOS PAIEMENTS <b>ET</b> QUEL EST VOTRE SALAIRE BRUT PAR PÉRIODE DE PAIE (AVANT IMPÔTS ET POURBOIRES COMPRIS) ? <input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Toutes les deux semaines <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Chaque mois \$

**SOURCES MENSUELLES DES REVENUS GAGNÉS / NON GAGNÉS POUR TOUS LES MEMBRES DE LA FAMILLE**

Joignez les copies (des trois derniers mois) :	NOM VOUS-MÊME	NOM	NOM	NOM
Emploi (brut, avant impôts, avec les pourboires)				
Indépendant				
Assistance publique (TANF, ABD, etc.)				
Pension alimentaire perçue				
Sécurité sociale (SSI, SSA)				
VA, Invalidité, L&I ou allocations chômage				
Couverture santé pour les personnes âgées, aveugles ou handicapées (ABD)				

Payez-vous une pension alimentaire sur ordonnance d'un tribunal ?  Oui  Non Montant mensuel : \$



**RESSOURCES DISPONIBLES**

Avez-vous des ressources disponibles d'une valeur de 1 000 000 \$ ou plus ?  Oui  Non

Par exemple, des espèces, des comptes bancaires, des actions/obligations, des comptes d'investissement, des investissements immobiliers.

**EMPLOI DU TEMPS DU PARENT/TUTEUR**

DEMANDEUR

CONJOINT OU SECOND PARENT/TUTEUR DE L'ENFANT

ACTIVITÉ (EMPLOI, ÉCOLE, ACTIVITÉ WORKFIRST) INDIQUEZ LES HEURES AVEC A.M./P.M.

ACTIVITÉ (EMPLOI, ÉCOLE, ACTIVITÉ WORKFIRST) INDIQUEZ LES HEURES AVEC A.M./P.M.

	QUELS SONT VOS HORAIRES DE TRAVAIL, D'ÉCOLE, D'ACTIVITÉ WORKFIRST ?	QUELS SONT VOS HORAIRES DE TRAVAIL, D'ÉCOLE, D'ACTIVITÉ WORKFIRST ?
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		
Samedi		
Dimanche		

À quelle date la garde d'enfant commencera-t-elle :

Demandeur : Si vous le savez, combien de temps mettez-vous pour vous rendre du lieu de garde à votre activité (travail, école, etc.) ?

Autre parent/tuteur : Si vous le savez, combien de temps mettez-vous pour vous rendre du lieu de garde à votre activité (travail, école, etc.) ?

**CALENDRIER DES ACTIVITÉS DES ENFANTS. POUR LES ENFANTS SUPPLÉMENTAIRES, JOINDRE UN FEUILLET SÉPARÉ AVEC LEURS INFORMATIONS.**

NOM DES ENFANTS	EMPLOI DU TEMPS SCOLAIRE (JOURS ET HEURES EXACTS)	CALENDRIER DE LA GARDERIE (JOURS ET HEURES EXACTS)

Vos enfants d'âge scolaire ont-ils besoin d'un service de garde pendant les vacances scolaires et l'été ?  Oui  Non

Avez-vous un enfant avec des besoins spéciaux ?  Oui  Non

Si oui, veuillez contacter l'Agent autorisateur pour les informations relatives aux tarifs des services liés aux besoins spéciaux.

**Droits d'audience WAC 110-15-0280**

Si vous contestez cette décision, vous êtes autorisé(e) à solliciter une audience, en contactant notre bureau ou en écrivant à l'Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. Vous devez faire une demande d'audience :

- Au plus tard au jour d'entrée en vigueur de l'action en question ou 10 jours après que nous vous avons envoyé la notification de ladite action. Si vous bénéficiez actuellement de prestations et que vous souhaitez les maintenir ou
- Dans un délai de 90 jours suivant la date de réception de cette lettre.

Vous avez le droit d'assurer votre propre représentation lors de l'audience, ou de vous faire représenter par un avocat ou par toute autre personne de votre choix. Vous pouvez recevoir gratuitement des conseils juridiques ou avoir accès à une représentation légale en contactant un cabinet juridique.

**Je déclare sous peine de parjure que les informations que j'ai fournies dans la présente déclaration sont à ma connaissance vraies, correctes et complètes et je suis avisé(e) que la falsification volontaire de ces informations à mon initiative peut m'exposer à des sanctions légales conformément aux lois de l'État de Washington. (RCW 74.08.055)**

SIGNATURE DU PREMIER PARENT/TUTEUR	DATE	SIGNATURE DU SECOND PARENT/TUTEUR	DATE
------------------------------------	------	-----------------------------------	------

**La discrimination est interdite dans tous les programmes et activités : La discrimination est interdite dans tous les programmes et activités : aucune personne ne sera exclue en raison de sa race, sa couleur de peau, son origine nationale, ses croyances, sa religion, son sexe, son âge, son état-civil, son statut de vétéran handicapé ou de vétéran de la guerre de Vietnam ou son handicap.**