STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

การสมัครเข้าร่วม CCSP

CCSP Application

วันที่: _____

_____
พ่อแม่/ผู้ปกครอง

_____
หมายเลขเคส

_____
กลุ่มแฟ้มข้อมูล

เรียน คุณผู้สมัคร

เราจะพิจารณาใบสมัครเพื่อขอความช่วยเหลือในการจัดบริการดูแลเด็กระหว่างวันให้กับคุณ โดยพิจารณาคุณสมบัติที่เกี่ยวข้องหลังจากคุณระบุข้อมูลดังต่อไปนี้

- การสมัครเข้าร่วม CCSP (คุณจะต้องกรอกใบสมัครขอรับบริการดูแลเด็กระหว่างวันหากอยู่ใน WorkFirst)
- หลักฐานยืนยันรายได้ครัวเรือนล่าสุดสามเดือน (เช่น สลิปเงินเดือน หลักฐานยืนยันค่าอุปการะบุตร รายได้จากประกันสังคม Supplemental Security Income (SSI) และรายได้อื่น ๆ ที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัวของคุณ) ระบุตารางการทำงานของคุณ ไม่จำเป็นต้องแสดงหลักฐานยืนยันรายได้สำหรับความช่วยเหลือที่เป็นเงินสดจากภาครัฐ (TANF)
- หากคุณเพิ่งได้งานใหม่และยังไม่มีสลิปเงินเดือน เรายินดีรับใบรับรองจากนายจ้างระบุวันที่จ้าง ค่าตอบแทนที่ได้รับ (ต่อชั่วโมง ต่อเดือน ฯลฯ) และเวลาในการทำงาน หากนายจ้างไม่สามารถยืนยันข้อมูลเหล่านี้ เราสามารถรับคำให้การปากเปล่าหรือโดยการส่งเป็นหนังสือได้ เมื่อคุณให้การหรือส่งหนังสือยืนยันการทำงานแล้ว คุณจะต้องจัดหาสำเนาเอกสารยืนยันการจ่ายค่าจ้างภายใน 60 วันหลังได้รับการรับรอง
- หลักฐานยืนยันการจ่ายเงินค่าอุปการะบุตรที่มีคำสั่งโดยศาลหรือหน่วยงานปกครองในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา

คุณสามารถทราบได้ว่าทารกหรือบุตรของคุณมีพัฒนาการอย่างเหมาะสมหรือทารกหรือบุตรของคุณจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนเพิ่มขึ้นอีกเล็กน้อยเพื่อให้มีความพร้อมสำหรับการเข้าเรียน ในการนี้ คุณสามารถกรอกแบบสอบถามคัดกรองพัฒนาการของเด็กโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยโทรติดต่อสายด่วนสุขภาพครอบครัว (Family Health Hotline) ที่ 1-800-322-2588 หรือเข้าไปที่เว็บไซต์ Parent Help 123 http://www.parenthelp123.org/child-development/help-me-grow-washington เพื่อตรวจสอบรายละเอียดเพิ่มเติม

เด็กมีสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่จะได้รับความปลอดภัย
การทารุณและการละทอดทิ้งเป็นการคุกคามต่อความปลอดภัยของเด็กโดยการปล่อยให้เด็กเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บทางร่างกายและจิตใจและอาจถึงแก่ชีวิต หากคุณสงสัยว่ามีเด็กตกเป็นเหยื่อของการถูกทารุณหรือการถูกทอดทิ้ง ให้ติดต่อสายด่วนโทรฟรี DCYF ที่ 1-866-END-HARM (1-866-363-4276)

Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

การสมัครเข้าร่วม CCSP

CCSP Application

ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนอาจทำให้การจัดบริการและจ่ายเงินล่าช้า พิมพ์หรือเขียนตัวบรรจง

☐ แผนงานดูแลเด็กตามฤดูกาล

ผู้ยื่นคำขอจะต้อง:

- **อาศัยใน** Adams, Benton, Chelan, Douglas, Franklin, Grant, Kittitas, Okanogan, Skagit, Walla Walla, Whatcom หรือ Yakima
- **ทำงานใน**ฟาร์มที่มีการเพาะปลูก การผลิต การเก็บเกี่ยวหรือแปรรูปผลไม้หรือผลผลิตทางการเกษตร

		วันที่
ชื่อผู้สมัคร	หมายเลข ID ผู้รับบริการ	วันเดือนปีเกิด
ที่อยู่ผู้ยื่นคำขอ	SSN (ทางเลือก)	หมายเลขโทรศัพท์
เมือง มลรัฐ รหัสไปรษณีย์	เชื้อชาติของผู้สมัคร	เพศของผู้สมัคร ☐ ชาย ☐ หญิง

ครอบครัวของคุณอยู่ในสภาวะการไร้บ้านใช่หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ (ตัวอย่าง เช่น การอาศัยอยู่โมเต็ล ที่พัก บ้านพักช่วงเปลี่ยนผ่าน รถยนต์ พื้นที่สาธารณะ หรือ ใช้สถานที่ร่วมกันกับผู้อื่นเนื่องจากการสูญเสียบ้านพักหรือความยากลำบากทางเศรษฐกิจ
คุณเป็นบิดามารดาหรือผู้ปกครองตามกฎหมายที่ได้รับบริการด้านสวัสดิการเด็กในมลรัฐวอชิงตันในช่วงหก (6) เดือนหลังและได้รับการส่งต่อการดูแลบุตรในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของแผนในเรื่องนี้ของคุณใช่หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ (หากคุณตอบว่า ใช่ กรุณาโทรไปที่ 1-844-626-8687 เพื่อตรวจสอบว่าคุณมีคุณสมบัติในการประมวลผลการสมัครอย่างรวดเร็วใช่หรือไม่)

เด็กที่อยู่ในความรับผิดชอบของคุณซึ่งอาศัยอยู่ในครัวเรือน

ชื่อ (นามสกุล ชื่อตัว ชื่อกลาง)	วันเดือนปีเกิด	ชาย/หญิง	ถิ่นที่มา (เลือกตอบได้)	SSN (ทางเลือก)	ประชากรสหรัฐฯ หรือผู้พำนักถูกต้องตามกฎหมาย	ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร
					☐ ใช่ ☐ ไม่	
					☐ ใช่ ☐ ไม่	
					☐ ใช่ ☐ ไม่	
					☐ ใช่ ☐ ไม่	

ระบุว่าคุณเป็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยวหรืออยู่ครบสองคน - ต้องระบุ

คุณอาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบิดาหรือมารดาอีกคุณหนึ่ง/ผู้ปกครองของบุตรรายใดของคุณใช่หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
หากตอบไม่ ให้กรอกแบบฟอร์มแถลงข้อมูลสำหรับพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว DCYF 27-164 แล้วส่งกลับพร้อมคำร้องของคุณ
หากตอบใช่ ให้กรอกข้อมูลต่อไปนี้

ชื่อคู่สมรสหรือพ่อหรือแม่อีกฝ่าย	วันเดือนปีเกิด	SSN (ทางเลือก)	ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร	ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ข้างต้น

ผู้สมัคร	**คู่สมรส หรือ บิดาหรือมารดารอง / ผู้ปกครอง**
ชื่อนายจ้าง กิจกรรมใน WorkFirst หรือสถานศึกษา	ชื่อนายจ้าง กิจกรรมใน WorkFirst หรือสถานศึกษา
ที่อยู่ (ที่ทำงาน กิจกรรมใน WorkFirst หรือสถานศึกษา)	ที่อยู่ (ที่ทำงาน กิจกรรมใน WorkFirst หรือสถานศึกษา)
หมายเลขโทรศัพท์ วันที่เริ่มต้น	หมายเลขโทรศัพท์ วันที่เริ่มต้น
หากคุณมีงานทำ คุณได้รับค่าจ้างบ่อยแค่ไหน**และ**ค่าจ้างรวมของคุณต่อรอบ (ก่อนหักภาษี รวมทั้งทิป) เป็นเท่าใด	หากคุณมีงานทำ คุณได้รับค่าจ้างบ่อยแค่ไหน**และ**ค่าจ้างรวมของคุณต่อรอบ (ก่อนหักภาษี รวมทั้งทิป) เป็นเท่าใด
☐ รายสัปดาห์ ☐ ทุกสองสัปดาห์	☐ รายสัปดาห์ ☐ ทุกสองสัปดาห์
☐ เดือนละสองครั้ง ☐ เดือนละครั้ง $	☐ เดือนละสองครั้ง ☐ เดือนละครั้ง $

แหล่งรายได้ที่จากการทำงาน/ไม่ต้องทำงานต่อเดือนสำหรับสมาชิกทุกคนในครอบครัว

พร้อมสำเนา (ช่วงสามเดือนที่ผ่านมา):	ชื่อ **ตนเอง**	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ
การทำงาน (รายได้รวมก่อนหักภาษี รวมทิป)				
การเป็นนายจ้างตนเอง				
การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและไร้ที่พึ่ง (TANF, ABD เป็นต้น)				
ค่าเลี้ยงดูบุตรที่ได้รับ				
การประกันสังคม (SSI, SSA)				
สิทธิประโยชน์ VA, ความทุพพลภาพ, L&I หรือ การว่างงาน				
ผู้สูงอายุ สูญเสียการมองเห็นหรือทุพพลภาพ (สิทธิประโยชน์ ABD)				

คุณจ่ายเงินค่าเลี้ยงดูบุตรตามคำสั่งศาลใช่หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ยอดต่อเดือน: $

Barcode label

14417

ทรัพยากรที่สามารถนำมาใช้ได้
คุณมีทรัพยากรที่สามารถนำมาใช้ได้คิดเป็นมูลค่า $1,000,000.00 ขึ้นไปใช่หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ตัวอย่างแหล่งรายได้: เงินสด บัญชีธนาคาร หุ้น/พันธบัตร บัญชีลงทุน การลงทุนในอสังหาริมทรัพย์

ตารางเวลากิจกรรมของบิดามารดา / ผู้ปกครอง

	ผู้สมัคร	คู่สมรสหรือพ่อแม่/ผู้ปกครองคนที่สอง
	กิจกรรม (การทำงาน เรียนหนังสือ กิจกรรมใน WorkFirst) ระบุเวลา A.M./P.M.	กิจกรรม (การทำงาน เรียนหนังสือ กิจกรรมใน WorkFirst) ระบุเวลา A.M./P.M.
	ตารางเวลาของคุณเป็นอย่างไรสำหรับการทำงาน เรียนหนังสือ ทำกิจกรรมใน WorkFirst	ตารางเวลาของคุณเป็นอย่างไรสำหรับการทำงาน เรียนหนังสือ ทำกิจกรรมใน WorkFirst
วันจันทร์		
วันอังคาร		
วันพุธ		
วันพฤหัสบดี		
วันศุกร์		
วันเสาร์		
วันอาทิตย์		

บริการดูแลเด็กเริ่มต้นเมื่อใด:
ผู้สมัคร: หากทราบ คุณใช้ระยะเวลาเดินทางจากผู้ให้บริการของคุณไปยังกิจกรรมของคุณ (การทำงาน, การเล่าเรียน ฯลฯ) นานเท่าไร.)?

บิดาหรือมารดาอีกฝ่ายหนึ่ง/ผู้ปกครอง: หากทราบ คุณใช้ระยะเวลาเดินทางจากผู้ให้บริการของคุณไปยังกิจกรรมของคุณ (การทำงาน, การเล่าเรียน ฯลฯ) นานเท่าไร.)?

ตารางเวลากิจกรรมของบุตร สำหรับบุตรเพิ่มเติม ให้แนบเอกสารแยกเฉพาะระบุข้อมูลของบุตรคนดังกล่าว

ชื่อเด็ก	ตารางเวลาเรียน (วันและเวลาที่แน่นอน)	ตารางเวลาการดูแลบุตร (วันและเวลาที่แน่นอน)

บุตรของคุณที่อยู่ในวัยเล่าเรียนต้องการการดูแลระหว่างการเล่าเรียนและช่วงหยุดฤดูร้อนใช่หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณมีบุตรที่มีความต้องการพิเศษใช่หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่	หากใช่ กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ให้ความเห็นชอบ (Authorizing Worker) สำหรับข้อมูลอัตราการจ่ายเงินเกี่ยวกับความต้องการพิเศษ

สิทธิได้รับการไต่สวน WAC 110-15-0280

หากคุณไม่เห็นด้วยกับคำตัดสินนี้ คุณสามารถร้องขอให้มีการไต่สวนโดยติดต่อสำนักงานแห่งนี้หรือเขียนไปที่ Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489 คุณต้องร้องขอให้มีการไต่สวน:

- ในหรือก่อนวันที่การดำเนินการนี้มีผลบังคับใช้หรือไม่เกิน 10 วันหลังจากที่เราส่งหนังสือแจ้งเรื่องการดำเนินการนี้ หากคุณได้รับสิทธิประโยชน์อยู่ในปัจจุบันและต้องการได้รับสิ่งนั้นต่อไป หรือ
- ภายใน 90 วันนับตั้งแต่วันที่คุณได้รับหนังสือฉบับนี้

ในการไต่สวน คุณมีสิทธิที่จะเข้ารับการไต่สวนด้วยตนเอง หรือโดยมีทนายความเป็นผู้แทน หรือโดยมีบุคคลอื่นที่คุณเลือกเป็นผู้แทน คุณสามารถขอรับคำแนะนำทางกฎหมายโดยไม่มีค่าใช้จ่ายหรือขอแต่งตั้งผู้แทนโดยติดต่อสำนักงานบริการกฎหมายแห่งใดแห่งหนึ่ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้ในคำแถลงนี้เป็นความจริง ถูกต้อง และครบถ้วนตามความรู้ที่ดีที่สุดของข้าพเจ้า ทั้งนี้ภายใต้บทลงโทษในความผิดฐานเบิกความเท็จ และตระหนักดีว่าการปลอมแปลงโดยเจตนาซึ่งข้อมูลนี้อาจทำให้ข้าพเจ้าต้องระวางโทษตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายแห่งมลรัฐวอชิงตัน (RCW 74.08.055)

ลายมือชื่อของบิดาหรือมารดาหลัก/ผู้ปกครองตามกฎหมาย	วันที่	ลายมือชื่อของบิดาหรือมารดารอง/ผู้ปกครองตามกฎหมาย	วันที่

ห้ามมิให้มีการเลือกปฏิบัติในทุกโครงการและกิจกรรม: ห้ามมิให้กันผู้ใดออกไปด้วยเหตุผลด้านเชื้อชาติ, สีผิว, ศาสนา, หลักความเชื่อ, ถิ่นกำเนิด, เพศ, อายุ, สถานภาพการสมรส, สถานภาพทหารผ่านศึกษาทุพพลภาพหรือสถานภาพทหารผ่านสมัยสงครามเวียดนาม หรือ ความพิการ