



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

NOME E INDIRIZZO DEL GENITORE

NUMERO PRATICA

DATA

PIEGA

Rinnovo della domanda di assistenza all'infanzia CCSP
CCSP Child Care Reapplication

La sua ammissibilità al Programma di sussidi per l'assistenza all'infanzia (CCSP - Child Care Subsidy Program) terminerà in data _____. È necessario che Lei contatti il dipartimento entro la data _____ per ripresentare la domanda. WAC 110-15-0109.

Lei può ripresentare la domanda telefonandoci al numero (844) 626-8687, oppure compilando e restituendo il modulo allegato di Rinnovo della domanda CCSP (DCYF 14-430). Lei può presentare la domanda anche alla pagina www.washingtonconnection.org.

Se rinvia il modulo, presti attenzione a leggere e firmare l'attestazione in cui dichiara che tutte le informazioni riportate sul modulo sono veritiere e corrette. È possibile restituire il modulo nella busta allegata, oppure inviandolo via fax al numero 1-877-309-9747. Fornisca la prova di ogni entrata ricevuta dal suo nucleo familiare negli ultimi tre mesi. Ne sono esempi: i cedolini dello stipendio, le distinte di guadagni che riportino le sue attuali ore totali mensili e il reddito lordo, i pagamenti per mantenimento figli, le lettere di approvazione o gli estratti conto mensili.

Ci occorre sapere anche se il suo orario o l'operatore siano cambiati.

Se Lei non ripresenterà la domanda entro la data _____, le sue prestazioni per assistenza all'infanzia termineranno in data _____ e il suo fornitore non riceverà più i pagamenti da parte del DCYF.

Segnalazione di variazioni

Telefono: 1-844-626-8687; Fax: 1-877-309-9747 (con il suo ID cliente su ciascuna pagina); oppure www.washingtonconnection.org



Rinnovo della domanda CCSP
CCSP Reapplication

NOME DEL RICHIEDENTE			NUMERO ID CLIENTE	DATA
INDIRIZZO (civico) DEL RICHIEDENTE			DATA DI NASCITA	
LOCALITÀ	STATO	CODICE POSTALE	INDIRIZZO E-MAIL (facoltativo)	
INDIRIZZO (postale, se diverso) DEL RICHIEDENTE			SSN (FACOLTATIVO)	NUMERO DI TELEFONO
LOCALITÀ	STATO	CODICE POSTALE	ORIGINE ETNICA DEL RICHIEDENTE	GENERE DEL RICHIEDENTE <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina

La sua famiglia sta vivendo la condizione di senzateo? Sì No *(Tra gli esempi rientrano: vivere in motel, rifugio, sistemazione abitativa transitoria, auto, spazio pubblico o alloggio condiviso con altri a causa della perdita dell'alloggio o di difficoltà economiche).*

Lei è un genitore o tutore legale che ha ricevuto servizi di welfare per i minori nello Stato di Washington negli ultimi sei (6) mesi ed è stato segnalato per l'assistenza all'infanzia nel quadro di un piano per il suo caso? Sì No **(Se risponde sì, telefoni al numero 1-844-626-8687 per sapere se ha diritto all'iter accelerato della domanda.)**

Minori di cui Lei è responsabile che vivono nel suo nucleo familiare

Se lo spazio per scrivere non è sufficiente, utilizzi un foglio a parte per inviare ulteriori informazioni

NOME (COGNOME, NOME, INIZIALE SECONDO NOME)	DATA DI NASCITA	MASCHIO/ FEMMINA	ORIGINE ETNICA (FACOLTATIVO)	SSN (FACOLTATIVO)	CITTADINO DEGLI STATI UNITI O LEGALMENTE RESIDENTE	RELAZIONE DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE
					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

Determinazione se il suo è un nucleo familiare monogenitoriale o con due genitori - Obbligatorio

Lei è: Celibe/Nubile Coniugato/a Divorziato/a Separato/a Coniugato/a non convivente Vedovo/a
 Unito/a civilmente

Lei vive con un coniuge o un altro genitore / tutore di qualcuno dei suoi figli? Sì No

Se no, compili il [Modulo di dichiarazione monogenitore, DCYF 27-164](#) e lo invii con la sua domanda.

Se sì, compili le informazioni di seguito.

NOME DEL CONIUGE O DELL'ALTRO GENITORE	DATA DI NASCITA	SSN (FACOLTATIVO)	RELAZIONE DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE	RAPPORTO DI PARENTELA CON I MINORI SOPRA INDICATI

Se lo spazio per scrivere non è sufficiente, utilizzi un foglio a parte per inviare ulteriori informazioni

Richiedente	Coniuge o secondo genitore / tutore
NOME DEL DATORE DI LAVORO, DELL'ATTIVITÀ WORKFIRST O DELLA SCUOLA	NOME DEL DATORE DI LAVORO, DELL'ATTIVITÀ WORKFIRST O DELLA SCUOLA
INDIRIZZO (DATORE DI LAVORO, ATTIVITÀ WORKFIRST O SCUOLA)	INDIRIZZO (DATORE DI LAVORO, ATTIVITÀ WORKFIRST O SCUOLA)
NUMERO DI TELEFONO	NUMERO DI TELEFONO
DATA DI INIZIO	DATA DI INIZIO
SE LEI HA UN'OCCUPAZIONE DIPENDENTE, CON QUALE FREQUENZA RICEVE LA PAGA E QUAL È LA RETRIBUZIONE LORDA PER PERIODO DI PAGA (AL LORDO DELLE TASSE, COMPRESSE LE MANCE)? <input type="checkbox"/> Ogni settimana <input type="checkbox"/> Ogni due settimane <input type="checkbox"/> Due volte al mese <input type="checkbox"/> Ogni mese \$	SE LEI HA UN'OCCUPAZIONE DIPENDENTE, CON QUALE FREQUENZA RICEVE LA PAGA E QUAL È LA RETRIBUZIONE LORDA PER PERIODO DI PAGA (AL LORDO DELLE TASSE, COMPRESSE LE MANCE)? <input type="checkbox"/> Ogni settimana <input type="checkbox"/> Ogni due settimane <input type="checkbox"/> Due volte al mese <input type="checkbox"/> Ogni mese \$

Tale lavoro è un'occupazione in azienda agricola e prevede la coltivazione, la produzione, il raccolto e la trasformazione riguardanti alberi da frutto o colture?
 Sì No

Tale lavoro è un'occupazione in azienda agricola e prevede la coltivazione, la produzione, il raccolto e la trasformazione riguardanti alberi da frutto o colture?
 Sì No

Altre fonti mensili di reddito da lavoro / non da lavoro per tutti i componenti della famiglia

(Tra gli esempi rientrano: lavoro autonomo, assistenza pubblica (ad es. TANF), mantenimento figli, prestazioni della previdenza sociale o VA)

Tipo di reddito Allegare le copie (relative agli ultimi tre mesi)	NOME SE STESSO/A	NOME	NOME	NOME

Lei versa il mantenimento figli a seguito di decreto di un tribunale? Sì No Importo mensile: \$

Barcode label



14417

Risorse disponibili

Lei ha la disponibilità di beni di valore pari o superiore a 1.000.000,00 dollari? Sì No

Tra gli esempi di beni disponibili rientrano: contanti, conti bancari, azioni / obbligazioni, conti di investimento, investimenti immobiliari.

Orario dell'attività del genitore / tutore

RICHIEDENTE		CONIUGE O SECONDO GENITORE/TUTORE
ATTIVITÀ (LAVORO, SCUOLA, ATTIVITÀ WORKFIRST) INDICARE L'ORA, precisando se mattina/pomeriggio (A.M./ P.M.)		ATTIVITÀ (LAVORO, SCUOLA, ATTIVITÀ WORKFIRST) INDICARE L'ORA, precisando se mattina/pomeriggio (A.M./ P.M.)
	QUAL È IL SUO ORARIO DI LAVORO, SCUOLA, ATTIVITÀ WORKFIRST?	QUAL È IL SUO ORARIO DI LAVORO, SCUOLA, ATTIVITÀ WORKFIRST?
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		
Domenica		

Ricorre a un operatore per l'assistenza all'infanzia? Sì No

Nome dell'operatore per l'assistenza all'infanzia:

Numero di telefono/Indirizzo:

Numero di identificazione del Sistema di pagamento dei servizi sociali (SSPS - Social Service Payment System):

Se desidera servirsi di un Operatore che sia amico di famiglia/vicino (Family Friend Neighbor Provider), contatti il servizio di sussidi per l'assistenza all'infanzia (Child Care Subsidy)

Qual è la data di inizio dell'assistenza all'infanzia:

Richiedente: Se lo sa, quanto tempo occorre per il viaggio dalla sede del suo operatore dell'assistenza all'infanzia alla sua attività (lavoro, scuola, ecc.)?

Altro genitore/tutore: Se lo sa, quanto tempo occorre per il viaggio dalla sede del suo operatore dell'assistenza all'infanzia alla sua attività (lavoro, scuola, ecc.)?

Orario dell'attività dei minori

Per ulteriori minori, allegare un foglio a parte con i loro dati.

NOMI DEI MINORI	ORARIO SCOLASTICO (GIORNI E ORARI ESATTI)	ORARIO DELL'ASSISTENZA ALL'INFANZIA (GIORNI E ORARI ESATTI)

I suoi figli in età scolare hanno la necessità di assistenza durante le pause della scuola e in estate? Sì No

Ha un figlio con esigenze speciali? Sì No

Se sì, per ottenere informazioni sulle tariffe di pagamento riguardanti le esigenze speciali, si rivolga al servizio dei sussidi per l'assistenza all'infanzia (Child Care Subsidy) al numero 844-626-8687

Diritti a un'udienza WAC 110-15-0280

Se Lei non è d'accordo con la decisione del DCYF, può richiedere un'udienza, contattando questo ufficio o scrivendo all'indirizzo Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. Lei deve chiedere l'udienza:

- Entro la data di decorrenza del presente atto, oppure non oltre i 10 giorni successivi dal nostro invio della comunicazione del presente intervento, SE Lei ora riceve prestazioni e desidera che continuino, oppure
- Entro 90 giorni dalla data di ricevimento della presente lettera.

In occasione dell'udienza, ha il diritto di rappresentarsi da solo/a, o di essere rappresentato/a da un legale o da qualsiasi altra persona di sua scelta. Lei potrebbe ottenere gratuitamente consigli legali o la rappresentanza, rivolgendosi a un ufficio che offre servizi legali.

Consapevole delle sanzioni prescritte per le dichiarazioni false, dichiaro che le informazioni che ho fornito in questa dichiarazione, in base alle mie conoscenze, sono vere, corrette e complete. Sono consapevole che la mia intenzionale falsificazione di tali informazioni potrebbe farmi incorrere nelle sanzioni previste dalla legislazione dello Stato di Washington.

Sono consapevole che un'intenzionale dichiarazione falsa e l'omessa comunicazione di informazioni che so di dover comunicare configurano un reato. Sono consapevole che, se comunico informazioni che so non corrette, potrei essere perseguito/a penalmente, ricevere l'ingiunzione di rimborsare le prestazioni a cui non avevo diritto e forse perdere la possibilità di ricevere le prestazioni per l'assistenza all'infanzia per cinque anni. (RCW 74.08.055)

FIRMA DEL RICHIEDENTE	DATA	FIRMA DEL SECONDO GENITORE/TUTORE LEGALE	DATA

In tutti i programmi e in tutte le attività sono vietate le discriminazioni: nessuno deve essere escluso in base a criteri di razza, colore, religione, credo, origine nazionale, genere, età, stato civile, stato di veterano con disabilità o del periodo del Vietnam, oppure disabilità.