



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

اسم ولي الأمر وعنوانه

رقم الحالة

التاريخ

FOLD

إعادة التقديم في برنامج إعانات رعاية الأطفال (CCSP)  
CCSP Child Care Reapplication

سوف تنتهي أهليتك لبرنامج إعانات رعاية الطفل (CCSP) بحلول \_\_\_\_\_ . يجب التواصل مع القسم بحلول  
لإعادة التقديم. WAC 110-15-0109.

يمكنك إعادة التقديم إما من خلال الاتصال بنا على الرقم (844) 626-8687، أو من خلال إكمال نموذج إعادة التقديم المغلق وإعادة  
إرساله (DCYF 14-430). يمكنك أيضًا إعادة التقديم من خلال

[www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org).

إذا أعدت النموذج، فتأكد من قراءة البيان الذي يوضح أن جميع المعلومات الواردة في النموذج صحيحة وحقيقية، والتوقيع عليه. يمكن  
إعادة النموذج في مظروف مغلق، أو يمكنك إرساله عبر الفاكس من خلال الرقم 1-877-309-9747. قدم دليلاً على الدخل الذي  
حصلت عليه أسرتك خلال الأشهر الثلاثة الماضية. تتضمن الأمثلة قسائم الأجور، أو بيانات الإيرادات التي توضح مجموع الساعات  
الشهرية الحالي والدخل الإجمالي، أو مدفوعات دعم الطفل، أو خطابات الموافقة أو البيانات الشهرية.

كما نحتاج أيضًا لمعرفة إذا ما كان جدولك الزمني أو الموفر الذي تتعامل معه قد تغير.

إذا لم تُعد التقديم عن طريق \_\_\_\_\_ ، فسوف تنتهي مزايا رعاية الطفل بحلول \_\_\_\_\_ ولن يتلقى الموفر الذي تتعامل معه  
مدفوعات من DCYF.

تغييرات التقرير

اتصل على الرقم: 1-844-626-8687، أو على الفاكس: 1-877-309-9747 (مع إظهار رقم تعريف العميل في كل صفحة)، أو  
[www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org)

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)  
إعادة التقديم في برامج إعانة رعاية الطفل (CCSP)  
CCSP Reapplication



Washington State Department of  
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

اسم مقدم الطلب	رقم تعريف العميل	التاريخ
عنوان مقدم الطلب (الفعلي)	تاريخ الميلاد	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
عنوان مقدم الطلب (المراسلة البريدية إن كان مختلفاً)	رقم التأمين الاجتماعي (SSN) (اختياري)	رقم الهاتف
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
هل تعاني أسرتك من التثريد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (تضمن الأمثلة: الإقامة في بنسيون، أو ملجأ، أو السكن الانتقالي، أو السيارة، أو الأماكن العامة، أو تقاسم الغرفة مع الآخرين بسبب فقدان المسكن، أو المصاعب الاقتصادية).		
هل أنت ولي أمر أو وصي قانوني تلقى خدمات رعاية الأطفال في ولاية واشنطن خلال آخر ستة (6) أشهر، وتمت إحالتك إلى رعاية الطفل كجزء من خطة الحالة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (إذا كانت إجابتك "نعم"، فالرجاء الاتصال بالرقم 1-844-626-8687 لمعرفة إذا ما كنت مؤهلاً لمعالجة طلبك بسرعة).		

الأطفال المسؤول عنهم الذين يعيشون في منزلك

إذا لم تكن لديك مساحة كافية للإكمال، فيرجى استخدام ورقة منفصلة لتقديم المعلومات الإضافية

العلاقة بمقدم الطلب	مواطن أمريكي أو مقيم قانوني	رقم التأمين الاجتماعي (SSN) (اختياري)	الأصل العرقي (اختياري)	ذكر/أنثى	تاريخ الميلاد	الاسم (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					

تحديد ما إذا كنت أسرة مكونة من ولي أمر واحد، أو من والدين - مطلوب

أنت:  أعزب  متزوج  مُطلق  منفصل  متزوج يعيش منفصلاً  أرمل  شراكة منزلية مسجلة

هل تعيش مع زوج أو شريك/وصي على أي من أطفالك؟  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة "لا"، فأكمل نموذج إقرار الوالد الوحيد/ DCYF 27-164، وأرسلها مع طلب التقديم.  
إذا كانت الإجابة "نعم"، فأكمل المعلومات أدناه.

اسم الزوج أو ولي الأمر الآخر	تاريخ الميلاد	رقم التأمين الاجتماعي (SSN) (اختياري)	العلاقة بمقدم الطلب	العلاقة بالأطفال المذكورين أعلاه

إذا لم تكن لديك مساحة كافية للإكمال، فيرجى استخدام ورقة منفصلة لتقديم المعلومات الإضافية

مقدم الطلب	الزوج أو ولي الأمر/الوصي الثاني
اسم صاحب العمل، أو نشاط WORKFIRST، أو المدرسة	اسم صاحب العمل، أو نشاط WORKFIRST، أو المدرسة
العنوان (صاحب العمل، أو نشاط WORKFIRST، أو المدرسة)	العنوان (صاحب العمل، أو نشاط WORKFIRST، أو المدرسة)
رقم الهاتف	رقم الهاتف
تاريخ البدء	تاريخ البدء
إذا كنت موظفاً، فكم مرة تحصل فيها على أجرتك، و الأجر الإجمالي لكل فترة مدفوعة (قبل الضرائب)، بما في ذلك الإكراميات؟	إذا كنت موظفاً، فكم مرة تحصل فيها على أجرتك، و الأجر الإجمالي لكل فترة مدفوعة (قبل الضرائب)، بما في ذلك الإكراميات؟
<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين	<input type="checkbox"/> أسبوعياً <input type="checkbox"/> كل أسبوعين
<input type="checkbox"/> مرتين شهرياً <input type="checkbox"/> شهرياً	<input type="checkbox"/> مرتين شهرياً <input type="checkbox"/> شهرياً
\$	\$

هل هذا العمل وظيفة قائمة على الزراعة، والتي تتضمن أعمال الزراعة، أو الإنتاج، أو الحصاد، أو تجهيز أشجار الفاكهة أو المحاصيل. نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل هذا العمل وظيفة قائمة على الزراعة، والتي تتضمن أعمال الزراعة، أو الإنتاج، أو الحصاد، أو تجهيز أشجار الفاكهة أو المحاصيل. نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
--	--

المصادر الشهرية الأخرى للدخل المكتسب / غير المكتسب لجميع أفراد الأسرة

(تتضمن الأمثلة: العمل الحر، أو المساعدات الحكومية مثل المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)، أو دعم الأطفال، أو الضمان الاجتماعي، أو مزاياء قدامى المحاربين (VA))

نوع الدخل تضمين النسخ (لآخر ثلاثة أشهر)	الاسم	الاسم	الاسم	الاسم	الاسم

هل تدفع رعاية الطفل بموجب أمر من المحكمة؟ نعم  لا

المبلغ الشهري: دولار



14417

Barcode label

الموارد المتاحة

هل لديك أصول متاحة بقيمة 1,000,000.00 دولار أو أكثر؟ نعم  لا

تتضمن الأمثلة على الأصول المتاحة: السيولة النقدية، والحسابات المصرفية، والأسهم/السندات، والحسابات الاستثمارية، والعقارات الاستثمارية.

الجدول الزمني لنشاط ولي الأمر/الوصي

مُقدم الطلب	الزوج أو ولي الأمر/الوصي الثاني
النشاط (وظيفة، مدرسة، أو نشاط (WORFIRST) بالإشارة إلى الوقت صباحاً/مساءً.	النشاط (وظيفة، مدرسة، أو نشاط (WORFIRST) بالإشارة إلى الوقت صباحاً/مساءً.
ما جدولك الزمني للوظيفة، المدرسة، نشاط (WORFIRST)؟	ما جدولك الزمني للوظيفة، المدرسة، نشاط (WORFIRST)؟
الاثنين	
الثلاثاء	
الأربعاء	
الخميس	
الجمعة	
السبت	
الأحد	

هل تتعامل مع أحد موفري رعاية الأطفال؟ نعم  لا

اسم موفر رعاية الأطفال:

رقم الهاتف/العنوان:

رقم معرف نظام سداد الخدمات الاجتماعية (SSPS):

إذا كنت ترغب في استخدام موفر رعاية الأسرة والأصدقاء والجار، فالرجاء التواصل مع إعانة رعاية الأطفال

ما تاريخ بدء رعاية الأطفال:

مُقدم الطلب: إذا كان معروفاً، فما الوقت المُستغرق للانتقال من موفر رعاية الأطفال إلى نشاطك (العمل، المدرسة، إلخ)؟

ولي الأمر/الوصي الآخر: إذا كان معروفاً، فما الوقت المُستغرق للانتقال من موفر رعاية الأطفال إلى نشاطك (العمل، المدرسة، إلخ)؟

## الجدول الزمني لنشاط الأطفال

للأطفال الإضافيين، أرفق ورقة منفصلة تحتوي على المعلومات الخاصة بهم.

الجدول الزمني لرعاية الأطفال (الأيام والمواعيد الفعلية)	الجدول الزمني المدرسي (الأيام والمواعيد الفعلية)	أسماء الأطفال

هل سيحتاج الأطفال في سن الدراسة إلى الرعاية أثناء الوجود في المدرسة والعطلات الصيفية؟  نعم  لا

هل لديك طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فاتصل بإعانة رعاية الأطفال لمعرفة معلومات عن معدلات مدفوعات الاحتياجات الخاصة على الرقم **844-626-8687**

### حقوق الاستماع WAC 110-15-0280

إذا لم تتفق مع قرار DCYF، فيمكنك طلب عقد جلسة استماع بالتواصل مع هذا المكتب، أو كتابة خطاب إلى مكتب جلسات الاستماع الإدارية: Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. يجب أن تطلب عقد جلسة الاستماع:

- في تاريخ سريان مفعول هذا الإجراء أو قبل ذلك، أو خلال مدة لا تزيد عن 10 أيام منذ إرسال إشعار هذا الإجراء، أو إذا تلقيت المستحقات الآن، وترغب في استمرار الحصول عليها، أو
- خلال 90 يومًا من تاريخ تلقي هذا الخطاب.

في جلسة الاستماع، يحق لك تمثيل نفسك، أو الاستعانة بمحام ليمثلك، أو أي شخص آخر تختاره. يمكنك الحصول على الاستشارات القانونية أو التمثيل القانوني مجانًا، من خلال الاتصال بمكتب الخدمات القانونية.

أقر تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين أن المعلومات التي قدمتها في هذا الإعلان صحيحة وحقيقية وكاملة على حد علمي، وأدرك أن التزوير المتعمد لهذه المعلومات من قبلي، قد يعرضني لعقوبات على النحو المنصوص عليه في قانون ولاية واشنطن.

أفهم أن الإدلاء ببيان كاذب عمدًا أو عدم الإبلاغ عن المعلومات التي أعرف أنه ينبغي الإبلاغ عنها يعتبر جريمة. أتفهم أنه إذا أبلغت عن معلومات أعرف أنها غير صحيحة، فقد تتم مقاضاتي جنائيًا، وأن يُطلب مني سداد المزايا التي لم أكن مؤهلًا لتلقيها، وربما أفقد القدرة على تلقي مزايا رعاية الطفل لمدة خمس سنوات.  
(RCW 74.08.055)

توقيع مقدم الطلب	التاريخ	توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني الثاني	التاريخ

يحظر التمييز في جميع البرامج والأنشطة: لا يجوز استبعاد أي شخص على أساس العرق، أو اللون، أو الدين، أو العقيدة، أو الأصل القومي، أو الجنس، أو العمر، أو الحالة الاجتماعية، أو قدامى المحاربين الذين يعانون من إعاقة، أو قدامى المحاربين الذين شاركوا في حروب فيتنام، أو الإعاقة.