



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

NOM ET ADRESSE DU PARENT

NUMÉRO DE DOSSIER

DATE

VOLET

**Renouvellement de la demande de services de garde d'enfant CCSP**  
**CCSP Child Care Reapplication**

**Votre éligibilité au programme de subvention des services de garde d'enfant prendront fin le \_\_\_\_.** Vous devez contacter le département d'ici le \_\_\_\_ pour renouveler votre demande. WAC 110-15-0109.

Vous pouvez renouveler votre demande en nous appelant au (844) 626-8687 ou en remplissant et en nous renvoyant le formulaire ci-joint de renouvellement de la demande CCSP (DSHS 14-430). Vous pouvez également renouveler votre demande sur le site [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org)

Si vous renvoyez le formulaire, assurez-vous de lire et de signer la déclaration affirmant que toutes les informations du formulaire sont vraies et correctes. Le formulaire peut être renvoyé dans l'enveloppe jointe ou vous pouvez le faxer au 1-877-309-9747. Veuillez joindre la preuve de tout revenu de votre foyer pour les trois derniers mois. Par exemple, les fiches de paie, relevés de salaire avec le total de vos heures mensuelles et votre salaire brut, paiements de pension alimentaire, lettres d'approbation ou relevés mensuels.

Nous avons également besoin de savoir si votre emploi du temps ou votre prestataire a changé.

**Si vous ne renouvelez pas votre demande d'ici le \_\_\_\_\_, vos prestations de garde d'enfant prendront fin le \_\_\_\_\_ et votre prestataire ne recevra plus les paiements du DCYF.**

**Pour signaler tout changement**

Téléphone : 1-844-626-8687 ; Fax : 1-877-309-9747 (avec votre identifiant client sur chaque page) ;  
ou [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org)



**Renouvellement de demande CCSP**  
**CCSP Reapplication**

NOM DU DEMANDEUR			NUMÉRO D'IDENTIFIANT CLIENT	DATE
ADRESSE DU DEMANDEUR (physique)			DATE DE NAISSANCE	
VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL	ADRESSE E-MAIL (facultatif)	
ADRESSE DU DEMANDEUR (postale si différente)			N° DE SS (FACULTATIF)	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL	RACE/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 abri, un logement provisoire, une voiture, un espace public, ou cohabiter avec d'autres personnes 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 un service de garde d'enfant a été recommandé 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**

Si vous n'avez pas suffisamment d'espace, veuillez utiliser une feuille supplémentaire pour joindre les renseignements supplémentaires.

NOM (DE FAMILLE, PRÉNOM, INITIALE 2E PRÉNOM)	DATE DE NAISSANCE	MASCULIN/FÉMININ	GRUPE 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**

Vous êtes :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Marié(e) mais vivant séparément  Veuf/veuve  
 Union libre enregistrée

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 de déclaration de foyer monoparental, DCYF 27-164](#), et le renvoyer 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 INDIQUÉS CI-DESSUS

Si vous n'avez pas suffisamment d'espace, veuillez utiliser une feuille supplémentaire pour joindre les renseignements supplémentaires

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 DATE DE DÉBUT	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE 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 \$

**Est-ce que ce travail** est un emploi agricole comprenant la culture, la production, la récolte ou le traitement des arbres fruitiers ou des cultures.  Oui  Non

**Est-ce que ce travail** est un emploi agricole comprenant la culture, la production, la récolte ou le traitement des arbres fruitiers ou des cultures.  Oui  Non

### Autres sources mensuelles de revenus gagnés/non gagnés pour tous les membres de la famille

(Voici quelques exemples : travail d'indépendant, aide publique comme l'aide TANF, pension alimentaire, prestations de la sécurité sociale ou de l'aide aux anciens combattants)

Type de revenu Joignez les copies (des trois derniers mois)	NOM VOUS-MÊME	NOM	NOM	NOM

Payez-vous des pensions alimentaires sur ordonnance d'un tribunal ?  Oui  Non Montant mensuel : \$

Barcode label



### 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 parents/tuteur

DEMANDEUR		CONJOINT(E) 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		

Avez-vous un prestataire de services de garde d'enfants ?  Oui  Non

Nom du prestataire de garderie :

Numéro de téléphone/adresse :

Numéro d'identification au système de paiement des services sociaux (SSPS) :

**Si vous souhaitez faire appel à un prestataire de type Famille, ami, voisin, veuillez contacter le service des subventions pour garde d'enfant**

Date de début de la garde d'enfant :

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

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

## Emploi du temps des activités des enfants

*Pour des enfants supplémentaires, joignez une feuille supplémentaire pour ajouter leurs informations*

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

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

Oui  Non

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

**Si oui, veuillez contacter le service des subventions pour garde d'enfant pour les informations relatives aux tarifs des services liés aux besoins spéciaux au 844-626-8687**

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

Si vous contestez les décisions du DCYF, vous êtes autorisé(e) à solliciter une audience, en contactant notre bureau ou en adressant un courrier à l'adresse 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.**

**Je suis conscient(e) que faire une déclaration mensongère volontairement ou ne pas signaler sciemment des informations qui doivent être révélées est un crime. Je saisis qu'en partageant volontairement des informations inexactes, je m'expose à des poursuites judiciaires, au remboursement des subventions perçues auxquelles je n'avais pas droit et à la perte potentielle du droit aux subventions pour garde d'enfant pendant cinq ans. (RCW 74.08.055)**

SIGNATURE DU DEMANDEUR	DATE	SIGNATURE DU SECOND PARENT/TUTEUR	DATE

**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.**