



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

ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງພໍ່ແມ່

ເລກເອກສານ

ວັນທີ

FOLD

ຄໍາຮ້ອງຂໍໃຫມ່ເອົາການເບິ່ງແຍງດູແລເດັກນ້ອຍ CCSP
CCSP Child Care Reapplication

ເງື່ອນໄຂຮັບການຊ່ວຍເຫລືອການເບິ່ງແຍງດູແລເດັກນ້ອຍ (CCSP) ຂອງທ່ານຈະຈົບລົງ _____ . ທ່ານຕ້ອງ ຕິດຕໍ່ ຫາກົມກ່ອນ
 ວັນທີ _____ ເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍໃຫມ່. WAC 110-15-0109.

ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍເອົາໃຫມ່ໂດຍບໍ່ວ່າຈະເປັນການໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເລກ (844) 626-8687 ຫລື ໂດຍການຂຽນປະກອບ ແລະ ສົ່ງກັບ
 ຄົນມາໃບຟອມຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາໃຫມ່ສໍາລັບການເບິ່ງແຍງດູແລເດັກນ້ອຍ CCSP (DCYF 14-430). ທ່ານຈະຮ້ອງຂໍເອົາໃຫມ່ໄດ້ອີກຄັ້ງຢູ່ທີ່
www.washingtonconnection.org.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານສົ່ງໃບຟອມກັບຄົນມາ, ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈໃສ່ໃບແຈ້ງການກ່າວວ່າຮາຍຮະອຽດທຸກໆຢ່າງຢູ່ໃນໃບຟອມນັ້ນເປັນ
 ຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ. ໃບຟອມສາມາດຖືກສົ່ງກັບຄືນມາໃສ່ໃນຊ່ອງເປົາທີ່ຖືກຄັດມານໍາ ຫລື ວ່າທ່ານສາມາດສົ່ງມັນທາງແຟກຊ໌ໄປທີ່ເລກ
1-877-309-9747. ສິ່ງຫລັກຖານຂອງຮາຍໄດ້ທຸກໆຢ່າງທີ່ຄອບຄົວຂອງທ່ານໄດ້ຮັບສໍາລັບສາມເດືອນຜ່ານມາໃຫ້. ຕົວຢ່າງແມ່ນສິ້ນເຊີຍ, ໃບແຈ້ງການເງິນຮາຍໄດ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນຊົ່ວໂມງແລະຮາຍໄດ້ທັງຫມົດປັດຈຸບັນປະຈໍາເດືອນຂອງທ່ານ, ການຈ່າຍເງິນລ້ຽງລູກ, ຫນັງສືອະນຸມັດ
 ຫລືໃບແຈ້ງການປະຈໍາເດືອນ.

ພວກເຮົາຍັງຕ້ອງການຢາກຈະຮູ້ຈັກອີກຄັ້ງວ່າຕາຕະລາງເວລາ ຫລື ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານໄດ້ປ່ຽນແປງ ຫລື ບໍ່.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຮ້ອງຂໍໃຫມ່ກ່ອນວັນທີ _____, ການຊ່ວຍເຫລືອການເບິ່ງແຍງດູແລເດັກຂອງທ່ານຈະຈົບລົງໃນວັນທີ _____
 ແລະຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນຈາກກົມ **DCYF** ຕໍ່ໄປອີກ.

ລາຍງານການປ່ຽນແປງ

ໂທຫາ: 1-844-626-8687; ແຟກຊ໌: 1-877-309-9747 (ພ້ອມດ້ວຍເລກ ID ລູກຄ້າຂອງທ່ານໃສ່ໃນທຸກໆຫນ້າ); ຫລື
www.washingtonconnection.org



**ຄຳຮ້ອງຂໍເອົາໃຫມ່ສຳລັບ CCSP
CCSP Reapplication**

ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ເລກ ID ລູກຄ້າ	ວັນທີ
ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ (ຮູບຮ່າງ)	ວັນເກີດ	
ເມືອງ ຮັດ ຊືບໂຄດ	ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌ (ຕາມໃຈ)	
ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ (ໄປສະນີຖ້າແຕກຕ່າງ)	SSN (ຕາມໃຈ)	ເລກໂທຣະສັບ
ເມືອງ ຮັດ ຊືບໂຄດ	ຜົວພັນຊົນຊາດຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ເພດຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ

ຄອບຄົວຂອງທ່ານກຳລັງປະເຊີນຫນ້ານຳການບໍ່ມີເຮືອນຢູ່ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ (ເົວຢ່າງລວມເອົາ: ການອາໄສຢູ່ໃນໄມເຊທລ໌, ບ່ອນພັກອາໄສ, ເຮືອນລໍຖ້າສິ່ງຕໍ່, ຮົດ, ບ່ອນວ່າງຕາມສາທາຣະນະ, ຫລືແຫຍ່ງຢູ່ນຳຄົນອື່ນບ້ອນການສູນເສັ້ງເຮືອນອາໄສຢູ່ຫລືຄວາມລຳບາກທາງເສດຖະກິດ.)

ທ່ານເປັນພໍ່ແມ່ຫລືຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍທີ່ໄດ້ຮັບການບໍຣິການຄວາມສຸກທຸກຂອງເດັກນ້ອຍຢູ່ໃນວັດວິຊິຕັນຢູ່ໃນຫົກ (6) ເດືອນຜ່ານມາແລະໄດ້ຖືກສິ່ງຕໍ່ໄປຫາການຝາກເດັກໃຫ້ເປັນພາກສ່ວນນຶ່ງຂອງແຜນການເຮັດນຳເອກສານຂອງທ່ານບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ (ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕອບວ່າແມ່ນ, ກະຮຸນາໂທຫາ **1-844-626-8687** ເພື່ອຈະເບິ່ງວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການດຳເນີນຄຳຮ້ອງໂດຍຮີບດ່ວນຫລືບໍ່.)

ເດັກນ້ອຍຜູ້ທີ່ທ່ານຕ້ອງຮັບເພີດຂອບຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນຄອບຄົວ						
ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ມີບ່ອນວ່າງພຽງພໍເພື່ອຈະຂຽນໃສ່, ກະຮຸນາໃຊ້ເຈ້ງຕ່າງຫາກເພື່ອຈະສິ່ງຮາຍຣະອຽດເພີ່ມເຕີມ						
ຊື່ (ຊື່, ນາມສະກຸນ, ຊື່ກາງ)	ວັນເກີດ	ຊາຍ/ຍິງ	ຜູ້ຊົງຊາດ (ຕາມໃຈ)	ເລກ SSN (ຕາມໃຈ)	ສັນຊາດ U.S. ຫລືຄົນອາໄສຢູ່ຕາມກົດໝາຍ	ຄວາມສັມພັນຕໍ່ຜູ້ຮ້ອງຂໍ
					<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່	
					<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່	
					<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່	
					<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່	

ການພິຈາຣະນາເບິ່ງວ່າທ່ານເປັນໂສດຫລືຄອບຄົວພໍ່ແມ່ສອງຄົນ - ຕ້ອງເຮັດ				
ທ່ານເປັນ: <input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ຢ່າຮ້າງ <input type="checkbox"/> ແຍກທາງ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານແຕ່ວ່າຢູ່ແຍກກັນ <input type="checkbox"/> ຫນ້າຍ <input type="checkbox"/> ຂາຄູ່ຢູ່ນຳກັນທີ່ຈິດຊື່ງທະບຽນ				
ທ່ານອາໄສຢູ່ນຳຜົວເມັງຫລືພໍ່ແມ່ອີກຄົນນຶ່ງ/ຜູ້ປົກຄອງຂອງລູກຂອງທ່ານຄົນໃດຄົນນຶ່ງບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ				
ຖ້າບໍ່ແມ່ນ, ໃຫ້ຂຽນປະກອບ ໂບຟອມແຈ້ງການພໍ່ແມ່ເປັນໂສດ, DCYF 27-164 , ແລະເປັນໃບຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ຖ້າແມ່ນ, ໃຫ້ຂຽນປະກອບຮາຍຣະອຽດຂ້າງລຸ່ມນີ້.				
ຊື່ຂອງຜົວເມັງຫລືພໍ່ແມ່ອີກຄົນນຶ່ງ	ວັນເກີດ	ເລກ SSN (ຕາມໃຈ)	ຄວາມສັມພັນຕໍ່ຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ຄວາມສັມພັນຕໍ່ເດັກນ້ອຍຂ້າງເທິງ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ມີບ່ອນວ່າງພຽງພໍເພື່ອຈະຂຽນໃສ່, ກະຮຸນາໃຊ້ເຈ້ງຕ່າງຫາກເພື່ອຈະສິ່ງຮາຍຣະອຽດເພີ່ມເຕີມ

ຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ຜົວເມັງຫລືພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຄົນທີສອງ
ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ, ກິຈກັມ WORKFIRST, ຫລື ໂຮງຮຽນ	ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ, ກິຈກັມ WORKFIRST, ຫລື ໂຮງຮຽນ
ທີ່ຢູ່ (ວຽກງານ, ກິຈກັມ WORKFIRST, ຫລື ໂຮງຮຽນ)	ທີ່ຢູ່ (ວຽກງານ, ກິຈກັມ WORKFIRST, ຫລື ໂຮງຮຽນ)
ເລກໂທຣະສັບ	ເລກໂທຣະສັບ
ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ	ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ
ຖ້າທ່ານເຮັດວຽກ, ດິນປານໃດທ່ານເບີກເງິນເທື່ອນຶ່ງ ແລະ ເງິນຄ່າຈ້າງທັງຫມົດຂອງທ່ານຕໍ່ຣະຍະເບີກເງິນ (ກ່ອນພາສີ, ລວມທັງເງິນທຶບ)?	ຖ້າທ່ານເຮັດວຽກ, ດິນປານໃດທ່ານເບີກເງິນເທື່ອນຶ່ງ ແລະ ເງິນຄ່າຈ້າງທັງຫມົດຂອງທ່ານຕໍ່ຣະຍະເບີກເງິນ (ກ່ອນພາສີ, ລວມທັງເງິນທຶບ)?
<input type="checkbox"/> ອາທິດນຶ່ງເທື່ອນຶ່ງ <input type="checkbox"/> ທຸກໆສອງອາທິດ	<input type="checkbox"/> ອາທິດນຶ່ງເທື່ອນຶ່ງ <input type="checkbox"/> ທຸກໆສອງອາທິດ
<input type="checkbox"/> ເດືອນນຶ່ງສອງເທື່ອ <input type="checkbox"/> ເດືອນນຶ່ງເທື່ອນຶ່ງ \$	<input type="checkbox"/> ເດືອນນຶ່ງສອງເທື່ອ <input type="checkbox"/> ເດືອນນຶ່ງເທື່ອນຶ່ງ \$


<p>ວຽກງານອັນນີ້ ແມ່ນວຽກງານຢູ່ຕາມຟາມບໍ່ຊຶ່ງລວມເອົາການເພາະປູກ,ການຜະລິດ,ການເກັບກ່ຽວຫລືການດຳເນີນການນຳກິກຫມາກໄມ້ຫລືຜະລິດຜົນ.</p> <p><input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</p>	<p>ວຽກງານອັນນີ້ ແມ່ນວຽກງານຢູ່ຕາມຟາມບໍ່ຊຶ່ງລວມເອົາການເພາະປູກ,ການຜະລິດ,ການເກັບກ່ຽວຫລືການດຳເນີນການນຳກິກຫມາກໄມ້ຫລືຜະລິດຜົນ.</p> <p><input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</p>
---	---

ບ່ອນມາປະຈຳເດືອນຂອງຮາຍໄດ້ຈາກເຮັດວຽກເອົາບໍ່ເຮັດວຽກເອົາສຳລັບສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກໆຄົນ

(ຕົວຢ່າງລວມເອົາ: ວຽກງານສ່ວນຕົວ, ເງິນຊ່ວຍເຫລືອຈາກຫລວງເຊັ່ນວ່າເງິນ TANF, ເງິນລ້ຽງລູກ, ເງິນຄວາມປອດພ້ຍັງຄົນຫລືເງິນ VA)

<p>ຂະນິດຂອງຮາຍໄດ້ ລວມເອົາໂກປີມານຳ (ສຳລັບສາມເດືອນຜ່ານມາ)</p>	<p>ຊື່ ຕີນເອງ</p>	<p>ຊື່</p>	<p>ເອີ້ນ</p>	<p>ເອີ້ນ</p>

ທ່ານຈ່າຍເງິນລ້ຽງລູກທີ່ຖືກສັງອອກມາຈາກສານບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຈຳນວນປະຈຳເດືອນ: \$

	<p>Barcode label</p>	 14417
--	----------------------	--

ຊັບສິນທີ່ມີໄວ້ໃຫ້

ທ່ານມີຊັບສິນທີ່ມີໄວ້ໃຫ້ບໍ່ທີ່ມີຄຸນຄ່າໃນອາຄານອດ \$1,000,000.00 ຫລື ຫລາຍກວ່ານັ້ນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຕົວຢ່າງຂອງຊັບສິນທີ່ມີໄວ້ໃຫ້ແມ່ນ: ເງິນສົດ, ບັນຊີທະນາຄານ, ສະຕອກ/ບອນດ໌, ບັນຊີລົງທຶນ, ທີ່ດິນເຮືອນຊານລົງທຶນ.

ຕາຕະລາງເວລາກິຈກັມຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ

ຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ຜົວເມັງຫລືພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຄົນທີສອງ
ກິຈກັມ (ວຽກງານ, ໂຮງຮຽນ, ກິຈກັມ WORKFIRST) ຊື່ບ່ອກເວລາດ້ວຍ A.M./ P.M.	ກິຈກັມ (ວຽກງານ, ໂຮງຮຽນ, ກິຈກັມ WORKFIRST) ຊື່ບ່ອກເວລາດ້ວຍ A.M./ P.M.
ວັນຈັນ	ຕາຕະລາງເວລາຂອງທ່ານສຳລັບວຽກງານ, ໂຮງຮຽນ, ກິຈກັມ WORKFIRST ແມ່ນແນວໃດ?
ວັນອັງຄານ	ຕາຕະລາງເວລາຂອງທ່ານສຳລັບວຽກງານ, ໂຮງຮຽນ, ກິຈກັມ WORKFIRST ແມ່ນແນວໃດ?
ວັນພຸດ	
ວັນພະຫັດ	
ວັນສຸກ	
ວັນເສົາ	
ວັນອາທິດ	

ທ່ານມີຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລເດັກນ້ອຍບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຊື່ຂອງຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລເດັກນ້ອຍ:
ເລກໂທຣະສັບ/ທີ່ຢູ່:
ເລກຊັບອກຂອງລະບົບ **Social Service Payment System (SSPS):**
ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຢາກຈະວູ້ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ເປັນຄອບຄົວໜຸ່ມເພື່ອນຄົນອ້າງຄຽງ, ກະຮຸນາຕິດຕໍ່ຫາ **Child Care Subsidy**
ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນຂອງການເບິ່ງແຍງດູແລເດັກນ້ອຍ:

ຜູ້ຮ້ອງຂໍ: ຖ້າຮູ້ຈັກ, ມັນຈະໃຊ້ເວລາດິນປານໃດສຳລັບທ່ານທີ່ຈະເດີນທາງຈາກຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານໄປຫາກິຈກັມຂອງທ່ານ (ວຽກງານ, ໂຮງຮຽນ, ອື່ນໆ) ?

ພໍ່ແມ່ອີກຄົນນຶ່ງ/ຜູ້ປົກຄອງ: ຖ້າຮູ້ຈັກ, ມັນຈະໃຊ້ເວລາດິນປານໃດສຳລັບທ່ານທີ່ຈະເດີນທາງຈາກຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານໄປຫາກິຈກັມຂອງທ່ານ (ວຽກງານ, ໂຮງຮຽນ, ອື່ນໆ) ?

ຕາຕະລາງເວລາກິຈະກຳຂອງເດັກນ້ອຍ		
ສໍາລັບເດັກນ້ອຍເພີ່ມເຕີມ, ຄັດຈຳລັກຕ່າງໆ ຫາກມານໍາພ້ອມທັງຮາຍຮອດຂອງເຂົາເຈົ້າ.		
ຊື່ຂອງເດັກນ້ອຍ	ຕາຕະລາງເວລາຂອງໂຮງຮຽນ (ວັນແລະເວລາຕົງ)	ຕາຕະລາງເວລາຂອງການເບິ່ງແຍງດູແລເດັກນ້ອຍ (ວັນແລະເວລາຕົງ)
ເດັກນ້ອຍສໍາອາຍຸເຂົ້າໂຮງຮຽນຂອງທ່ານຕ້ອງການການຝາກເດັກໃນຮະຫວ່າງຍາມພັກໂຮງຮຽນ ແລະ ຍາມພັກຮ້ອນບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ທ່ານມີເດັກນ້ອຍທີ່ມີຄວາມຕ້ອງການພິເສດບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າແມ່ນ, ກະຊວງຕິດຕໍ່ຫາ Child Care Subsidy ເພື່ອຮາຍຮອດກ່ຽວກັບອັດຕະການຈ່າຍເງິນສໍາລັບຄວາມຕ້ອງການພິເສດໄດ້ທີ່ 844-626-8687		

ສິດທິກ່ຽວກັບການຟັງເຮືອງ WAC 110-15-0280

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຫັນພ້ອມນໍາຄໍາຕັດສິນຂອງ DCYF, ທ່ານຈະອໍາການຟັງເຮືອງໄດ້ໂດຍການຕິດຕໍ່ໄປຫາຫ້ອງການແຫ່ງນີ້ ຫລື ຂຽນໜັງສືໄປຫາຫ້ອງການ Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. ທ່ານຕ້ອງອໍາການຟັງເຮືອງຂອງທ່ານ:

- ໃນວັນທີ ຫລື ກ່ອນວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໄດ້ຂອງການກະທຳອັນນີ້ ຫລື ບໍ່ກາຍເກີນ 10 ວັນຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ສົ່ງໃບແຈ້ງການຂອງການກະທຳອັນນີ້ໃຫ້ທ່ານ, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຢູ່ໃນດຽວນີ້ ແລະ ທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະໃຫ້ມັນດຳເນີນຕໍ່ໄປ, ຫລື
- ພາຍໃນ 90 ວັນຂອງວັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໜັງສືສະບັບນີ້.

ໃນເວລາຟັງເຮືອງ, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເປັນຕົວແທນທ່ານເອງ, ຖືກເປັນຕົວແທນໂດຍທະນາຍຄວາມຄົນນຶ່ງ ຫລື ໂດຍຄົນອື່ນຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານເລືອກເອົາ. ທ່ານຈະສາມາດໄດ້ຮັບຄໍາແນະນໍາຟຣີທາງດ້ານກົດໝາຍ ຫລື ການເປັນຕົວແທນໂດຍການຕິດຕໍ່ໄປຫາຫ້ອງການບໍລິການດ້ານກົດໝາຍ.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຮຽນຮູ້ວ່າພາຍໃຕ້ການປັບໄຫມລົງໂທດຂອງການເວົ້າເທັດວ່າຮາຍຮອດທີ່ຖືກເອົາໃຫ້ໂດຍຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ໃນໃບແຈ້ງການໃບນີ້ເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນອີງຕາມຄວາມຮັບຮູ້ຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ດີທີ່ສຸດ ແລະ ຮູ້ຈັກດີວ່າການບອກຢ່າງນີ້ມີຄວາມຈິງໂດຍເຈດຕະນາຂອງຮາຍຮອດອັນນີ້ໂດຍຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະເຮັດໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າຖືກປັບໄຫມລົງໂທດຕາມທີ່ຖືກບອກໄວ້ຢູ່ໃນກົດໝາຍຂອງຣັດວໍຊິງຕັນ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າມັນເປັນອາດສະຍາກັນທີ່ຈະໃຫ້ການເທັດໂດຍເຈດຕະນາຫລືບໍ່ລາຍງານຮາຍຮອດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ຈັກວ່າຄວນຈະຖືກລາຍງານ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຖ້າຂ້າພະເຈົ້າລາຍງານຮາຍຮອດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້ຈັກວ່າບໍ່ຖືກຕ້ອງຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຖືກລົງໂທດໂດຍຄະດີອາດຍາ, ຖືກບັງຄັບໃຫ້ຈ່າຍການຊ່ວຍເຫລືອຄົນຊຶ່ງຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີເງື່ອນໄຂທີ່ຈະໄດ້ຮັບແລະອາດເປັນໄປໄດ້ທີ່ຈະສູນເສຍຄວາມສາມາດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຄ່າຝາກລູກເປັນເວລາຫ້າປີ. **(RCW 74.08.055)**

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ວັນທີ	ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຄົນທີສອງ	ວັນທີ

ການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະໄດ້ຖືກຫວງຫ້າມຢູ່ໃນໂຄງການ ແລະ ກິຈະກຳທຸກໆຢ່າງ: ຈະບໍ່ມີບຸກຄົນໃດຈະຖືກຍົກເວັ້ນອອກໄປໃນພື້ນຖານຂອງຜິວພັນ, ສີສັນ, ສາສະນາ, ລັດທິ, ເຊື້ອຊາດດັ້ງເດີມ, ເພດ, ອາຍຸ, ສະພາບແຕ່ງງານ, ສະພາບນັກຮົບເກົ່າເສັຽອົງຄະ ຫລື ນັກຮົບເກົ່າສະມັຍວຽດນາມ, ຫລື ຄວາມເສັຽອົງຄະ.