



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

د والدینو نوم او آدرس

د دوسې نمبر

نېټه

دوسې

د CCSP د ماشومانو د مراقبت لپاره بیا درخواست
CCSP Child Care Reapplication

د ماشوم د مراقبت سیسایدی پروگرام (CCSP) ته ستاسو د ماشوم مستحقیت په نېټه پای ته رسېږي د بیا درخواست کولو لپاره باید له سره اړیکه ونیسئ. WAC 110-15-0109.

د بیا درخواست لپاره کولی شئ په (844) 626-8687 شمېره مور ته زنگ ووهئ او یا د CCSP د بیا درخواست ضمیمه شوي فورمه (DCYF 14-430) ډکه کړئ او مور ته یې تسلیم کړئ. همدارنگه کولی شئ په دې وېبسایټ کې هم بیا درخواست وکړئ www.washingtonconnection.org.

که چېرې غواړئ د فورمې له لارې مخکې لار شئ، نو ټول چمتو شوي معلومات ولولئ او لاسلیک یې کړئ او د فورمې د ټولو معلوماتو له صحت او دقت څخه ځان مطمئن کړئ. کولی شئ فورمه مو په یوه مهر و لاک شوي پاکټ کې مور ته بېرته راوړئ او یا یې 1-877-309-9747 شمېرې ته فکس کړئ. د ټولو هغو عوایدو لپاره ثبوت وړاندې کړئ چې کورنۍ مو په تېرو دريو میاشتو کې ترلاسه کړي دي. مثلاً د معاشاتو رسیدونه، د درآمد هغه صورت حسابونه چې ستاسو میاشتني کاري ساعتونه او خالص عاید مشخص کړي، د ماشومانو د مراقبت لپاره تادیات، د تأییدې لیکونه یا میاشتني صورت حسابونه.

همدارنگه مور غواړو پوه شو چې آیا ستاسو په مهالوېش یا د خدماتو په چمتو کونکي کې بدلونه راغلي او که نه.

که چېرې تر نېټې پورې بیا درخواست و نه کړئ، نو ستاسو د ماشوم د مراقبت امتیازات به په نېټه پای ته ورسېږي او ستاسو د خدماتو چمتو کونکي به و نه شي کولی چې له DCYF څخه پیسې ترلاسه کړي.

د بدلونونو په هکله راپور ورکونه

تلفون: 1-844-626-8687؛ فکس: 1-877-309-9747 (چې په هر پاڼه کې یې باید ستاسو د مشتري آیدي موجوده وي)؛ یا www.washingtonconnection.org

د CCSP لپاره بیا درخواست CCSP Reapplication



د درخواست کونکي نوم	د مشتري ايډي نمبر	نېټه
د درخواست کونکي آدرس (فزیکي)	د زیربڼې نېټه	
پنار	ایالت	ZIP کد
د درخواست کونکي آدرس (که چېرې له پوستي آدرس سره توپیر ولري)	SSN (اختیاري)	د تلفون شمېره
پنار	ایالت	ZIP کد
<p>آیا ستاسو کورنۍ له بې کورۍ سره مخ ده؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه (مثلا دا موارد هم پکې شاملېدی شي: په هټل کې ژوند کول، په مؤقتي کور، موټر، او عمومي سیمو کې اوسېدل یا د بې کورۍ یا اقتصادي ستونزو له امله له بل ځا سره ژوند کول.)</p> <p>آیا تاسو داسې والدین یا حقوقي سرپرست یاست چې په تېرو شپږو (6) میاشتو کې مو له واده/سرپرست یا له ماشوم د ماشوم د هوساینې خدمات تر لاسه کړي او یا د خپل پلان د یوې برخې په توګه د کوم ماشوم سرپرستی ته معرفي شوي یاست؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه (که چېرې مو ځواب هو وي، لطفاً 1-844-626-8687 ته زنگ ووهئ ترڅو معلومه کړئ چې آیا کولی شئ د درخواست ګړندی پروسې ته په شرایطو برابر شئ او که نه.)</p>		

هغه ماشومان چې تاسو یې په کورنۍ کې د اوسېدو لپاره مسؤل یاست

که چېرې مو په پاڼه کې د معلوماتو د لیکلو لپاره کافي ځای نه وي موجود، نو د اضافي معلوماتو د تسلیمولو لپاره له یوې جدا پاڼې څخه کار واخلئ					
نوم (تخلص، نوم، د منځني نوم لومړی توری)	د زیربڼې نېټه	نارینه/بڅینه	قومیت (اختیاري)	SSN (اختیاري)	د متحده ایالاتو اوسېدونکی یا قانوني استوګن سره اړیکه
					هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
					هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
					هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>
					هو <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/>

د دې معلومول چې آیا ستاسو په کورنۍ کې یو والد موجود دی او که دواړه والدین - ضروري

ستاسو لپاره کوم مورد صدق کوي: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> طلاق شوی <input type="checkbox"/> جلا شوی <input type="checkbox"/> متأهل خو د اوسېدو ځای مختلف <input type="checkbox"/> کونډ/کونډه <input type="checkbox"/> په یوه کور کې د ګډ ژوند راجستر شوي اړیکه <input type="checkbox"/>				
آیا تاسو له خپل زوج یا د خپلو ماشومانو له بل والد/سرپرست سره ژوند کوئ؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه				
که چېرې مو ځواب نه وي، نو د مجرد والد د بیان فورمه، DYCF 27-164 پکې کړئ او له خپل درخواست سره یې یو ځای تسلیم کړئ. که چېرې مو ځواب هو وي، نو لاندې معلومات بشپړ کړئ.				
د زوج یا بل والد نوم	د زیربڼې نېټه	SSN (اختیاري)	له درخواست کونکي سره اړیکه	له پورتنی ماشوم سره اړیکه

که چېرې مو په پاڼه کې د معلوماتو د لیکلو لپاره کافي ځای نه وي موجود، نو د اضافي معلوماتو د تسلیمولو لپاره له یوې جدا پاڼې څخه کار واخلئ

<h4>زوجه یا دوهم والد/سرپرست</h4> <p>د ګومارونکي نوم، اصلي کاري فعالیت، یا بنوونځی</p> <p>آدرس (د کار ځای، اصلي کاري فعالیت، یا بنوونځی)</p> <p>د تلفون شمېره</p> <p>د پیل نېټه</p> <p>که چېرې دنده لرئ، تاسو ته څو ځله معاش تادیه کېږي او هر ځل څومره خالص معاش تر لاسه کوئ (مخکې له مالیاتو څخه، نکتي درج کړئ)؟</p> <p>په اونی کې یو ځل <input type="checkbox"/> په دوو اونیو کې یو ځل <input type="checkbox"/></p> <p>په میاشت کې دوه ځله <input type="checkbox"/> میاشتني معاش <input type="checkbox"/></p> <p>آیا ستاسو دا کار د کروندې اړونده کار دی چې پیوند، حاصلات، د حاصلاتو ټولول یا د مېوو د ونو یا غله جاتو پروسېس پکې شامل دی؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p>	<h4>درخواست کونکي</h4> <p>د ګومارونکي نوم، اصلي کاري فعالیت، یا بنوونځی</p> <p>آدرس (د کار ځای، اصلي کاري فعالیت، یا بنوونځی)</p> <p>د تلفون شمېره</p> <p>د پیل نېټه</p> <p>که چېرې دنده لرئ، تاسو ته څو ځله معاش تادیه کېږي او هر ځل څومره خالص معاش تر لاسه کوئ (مخکې له مالیاتو څخه، نکتي درج کړئ)؟</p> <p>په اونی کې یو ځل <input type="checkbox"/> په دوو اونیو کې یو ځل <input type="checkbox"/></p> <p>په میاشت کې دوه ځله <input type="checkbox"/> میاشتني معاش <input type="checkbox"/></p> <p>آیا ستاسو دا کار د کروندې اړونده کار دی چې پیوند، حاصلات، د حاصلاتو ټولول یا د مېوو د ونو یا غله جاتو پروسېس پکې شامل دی؟ <input type="checkbox"/> هو <input type="checkbox"/> نه</p>
--	---

د کورنی د ټولو غړو لپاره نور ترلاسه شوي/پاتي عواید

(مثلا دا موارد پکې شاملېدې شي: شخصي کاروبار، عامه مرستې لکه TANF، د ماشوم ملاتړ، ټولنيز امنیت يا د VA امتيازات)

د عايد ډول (د تېرو دريو مياشتو) د اسنادو کاپي پکې شامله کړئ	نوم	نوم	نوم	نوم

آيا تاسو د محکمې د حکم پر اساس د ماشوم د ملاتړ لپاره تادييات کوئ؟ هو نه مياشتنۍ مقدار: \$



14417

Barcode label

موجودې سرچینې

آيا تاسو د 1,000,000.00 ډالرو يا له هغې څخه په زيات ارزښت موجوده سرمايه لرئ؟ هو نه
د موجودې سرمايي بېلگې دا دي: نغدې پيسې، بانکي حسابونه، اسهام/سټاک، د پانگوني حسابونه، په جايداد باندې پانگونه.

د والدينو/سرپرست د فعاليت مهالوېش

درخواست کوونکي فعاليت (دنده، ښوونځی، اصلي کالي فعاليت) وخت په AM/PM سره مشخص کړئ.	زوج يا دوهم والد/سرپرست فعاليت (دنده، ښوونځی، اصلي کالي فعاليت) وخت په AM/PM سره مشخص کړئ.
دوشنبه	د دندې، ښوونځي، اصلي کاري فعاليت لپاره مو مهالوېش څه دی؟
سه شنبه	د دندې، ښوونځي، اصلي کاري فعاليت لپاره مو مهالوېش څه دی؟
چهار شنبه	
پنجشنبه	
جمعه	
شنبه	
یکشنبه	

آيا د ماشوم د مراقبت چمتو کوونکی لرئ؟ هو نه

د ماشوم د مراقبت د چمتو کوونکي نوم:

د تلفون شمېره/آدرس:

د ټولنيزو خدماتو د تاديياتو د سيستم تشخيصه نمبر:

که چېرې غواړئ د کورنی ملگري گاونډي د چمتو کوونکي خدمات وکاروئ، لطفا د ماشوم د مراقبت له سبسايډي پروگرام سره اړيکه ونیسئ ستاسو د ماشوم د مراقبتونو د پیل نېټه کومه ده:

درخواست کوونکی: که چېرې موجود وي، نو ستاسو د ماشوم د مراقبت د چمتو کوونکي له خايه ستاسو تر فعاليت (کار، ښوونځی، نور). پورې په څومره وخت کې رسېږئ؟

نور والدين/سرپرست: که چېرې موجود وي، نو ستاسو د ماشوم د مراقبت د چمتو کوونکي له خايه ستاسو تر فعاليت (کار، ښوونځی، نور). پورې په څومره وخت کې رسېږئ؟

د ماشومانو د فعاليت مهالوېش

د اضافي ماشومانو لپاره، د هغوی له معلوماتو سره يو ځای يوه جلا ورځه ضميمه کړئ.

د ماشومانو نومونه	د ښوونځي مهالوېش (دقيقې ورځې او وختونه)	د ماشوم د مراقبت مهالوېش (دقيقې ورځې او وختونه)

آيا ستاسو د ښوونځي د عمر ماشومان د ښوونځي په وخت کې يا د اورې په رخصتو کې مراقبت ته اړتيا لري؟ هو نه

آيا داسې ماشوم لري چې ځانگړې اړتياوې ولري؟ هو نه

که چېرې مو ځواب هو وي، نو د ځانگړو اړتياوو د تاديواتو د کچې په هکله د معلوماتو لپاره د 844-626-8687 شمېرې له لارې د ماشوم د مراقبت سېسټم پروگرام ته زنگ ووهئ.

استماعي حقونه WAC 110-15-0280

که چېرې د DCYF د پرېکړې په هکله راضي نه ياست، کولی شئ له دې دفتر سره اړيکه ونيسئ او د استماعي غونډې غوښتنه وکړئ او د اداري استماعي غونډې دفتر ته ليک واستوئ، Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. تاسو بايد د لاندې شرايطو په تطبيقولو سره د استماعي غونډې غوښتنه وکړئ:

- که چېرې اوس امتيازات ترلاسه کوئ او غواړئ په راتلونکي کې يې هم ترلاسه کړئ نو درخواست مو بايد د دې قانون د اعتبار په وروستۍ نېټه يا له دې څخه مخکې، او يا د دې خبرتيا له لېږلو څخه تر 10 ورځو وروسته پورې ثبت کړئ، يا
- د دې ليک له ترلاسه کولو څخه تر 90 ورځو وروسته پورې.

په استماعي غونډه کې تاسو حق لرئ چې د ځان استازولي وکړئ، يا د ځان د استازولي لپاره وکیل يا بل منتخب کس وټاکئ. تاسو کولی شئ د حقوقي خدماتو له يوه دفتر سره اړيکه ونيسئ ترڅو حقوقي مشوره ترلاسه کړئ يا د ځان د استازولي لپاره يو کس انتخاب کړئ.

زه د غلطې شاهدۍ د سزا په منلو سره څرگندوم چې د دې فورمې ټول معلومات صحيح او دقيق دي او په بشپړه پوهه کې مې وړاندې کړي دي او پوهېږم چې د واشپننگټن ايالت د قانون مطابق، په دې معلوماتو کې په قصدي ډول غلطې کول ممکن زما د سزا او جرمي سبب شي.

زه پوهېږم چې په عمدي ډول د غلطو اظهاراتو وړاندې کول او د اړينو پېښو په هکله راپور او معلومات نه ورکول يو جرم دی. زه پوهېږم چې کې چېرې په پوهه کې غلط معلومات وړاندې کړم نو ممکن له جرمي تعقيب سره مخ شم او اړ شم چې خپل هغه امتيازات بېرته مسولينو ته وسپارم چې مستحق يې نه وم، او احتمالاً د پنځو کالونو لپاره به د ماشومانو د مراقبتونو له ترلاسه کولو څخه محروم شم. (RCW 74.08.055)

د درخواست کوونکي لاسليک	نېټه	د دوهم والد/حقوقي سرپرست لاسليک	نېټه

په ټولو فعاليتونو او پروگرامونو کې تبعيض منعه دی: هېڅوک بايد د خپل نژاد، رنگ، دين، منشا، مليت، جنسيت، سن، مدني حالت، د سرتيري معلوليت يا د ويتنام په جگړه کې د معلوليت له امله له دې خدماتو څخه محروم نه شي.