



Washington State Department of
CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

**Declaração do CCSP aos pais
solteiros**
CCSP Single Parent Declaration

NÚMERO DE TELEFONE DO CHILD CARE SUBSIDY CONTACT CENTER	NÚMERO DE FAX DO CHILD CARE SUBSIDY CONTACT CENTER
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE	DATA

Preencha e assine este formulário. Forneça as informações solicitadas abaixo paraa cada menor da sua família. Se precisar de mais espaço, use o verso deste formulário ou anexe mais páginas.

NOME DO MENOR	NOME, ENDEREÇO E DATA DE NASCIMENTO DE OUTRO FAMILIAR	Não posso fornecer essas informações porque isso pode resultar em sérios danos físicos ou emocionais a mim ou a alguém da minha família: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
NOME DO MENOR	NOME, ENDEREÇO E DATA DE NASCIMENTO DE OUTRO FAMILIAR <input type="checkbox"/> O mesmo que o indicado acima.	Não posso fornecer essas informações porque isso pode resultar em sérios danos físicos ou emocionais a mim ou a alguém da minha família: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
NOME DO MENOR	NOME, ENDEREÇO E DATA DE NASCIMENTO DE OUTRO FAMILIAR <input type="checkbox"/> O mesmo que o indicado acima.	Não posso fornecer essas informações porque isso pode resultar em sérios danos físicos ou emocionais a mim ou a alguém da minha família: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
NOME DO MENOR	NOME, ENDEREÇO E DATA DE NASCIMENTO DE OUTRO FAMILIAR <input type="checkbox"/> O mesmo que o indicado acima.	Não posso fornecer essas informações porque isso pode resultar em sérios danos físicos ou emocionais a mim ou a alguém da minha família: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
NOME DO MENOR	NOME, ENDEREÇO E DATA DE NASCIMENTO DE OUTRO FAMILIAR <input type="checkbox"/> O mesmo que o indicado acima.	Não posso fornecer essas informações porque isso pode resultar em sérios danos físicos ou emocionais a mim ou a alguém da minha família: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Ao assinar este formulário, certifico que sou pai/mãe solteiro(a) e não moro com um cônjuge ou o progenitor de nenhum dos meus filhos. Declaro, sob pena de perjúrio, que as informações prestadas por mim nesta declaração são verdadeiras, corretas e completas até onde me é dado saber e tenho ciência de que a prestação intencional de informações falsas pode acarretar a aplicação de penalizações à minha pessoa conforme as disposições legais do estado de Washington. (RCW 74.08.055)

ASSINATURA DO CLIENTE	DATA	NOME DO PAI, MÃE OU RESPONSÁVEL LEGAL EM LETRA DE FORMA
-----------------------	------	---