Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

STATE OF WASHINGTON
**DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES**
CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

# درخواست برنامه حمایه مراقبت از طفل
## CCSP Application

تاریخ: _____

_____
والد/قیم

_____
نمبر دوسیه

_____
قات کنید

متقاضی عزیز:

ما این درخواست را برای شما میفرستیم زیرا شما خواستار کمک های مراقبت از طفل شده اید.

**ما درخواست شما را بررسی کرده و صلاحیت مورد نظر را زمان که شما معلومات ذیل را فراهم کنید تعیین خواهیم کرد:**

- درخواست برنامه حمایه مراقبت از طفل (شما باید درخواست مراقبت از طفل را مکمل کنید، حتی اگر در یک فعالیت وُرک فِرست [برنامه ای مالی در ایالت واشنگتن که هدف آن کمک به خانواده های با عواید پایین است تا بتوانند به زنده گی خود ثبات ببخشند و مراقبت بهتر از خانواده های خود به عمل بیاورند.] هستید.)
- معلومات مربوط به مراقبت کننده از طفل (شما باید این معلومات را برای ما فراهم کنید تا ما اجاز پرداخت به مراقبت کننده از طفل را داشته باشیم.)
- مدارک مربوط به سه ماه آخر عواید فامیلی (مانند رسیدهای معاش، حمایه طفل [پرداخت شده توسط همسر مطلقه. م]، عواید امنیت اجتماعی، عواید امنیت تکمیلی (SSI) و هرگونه عواید دیگر که یک فرد در خانواده شما دریافت میکند.) تقسیم اوقات شغلی خود را نیز شامل کنید. شما ضرورت به فراهم آوردن مدرک برای کمک نقدی فراهم شده توسط ایالت ندارید.
- چنانچه به تازه گی مشغول کار شده اید و رسید معاش ندارید، ما اظهارنامه استخدام کننده شما را شامل تاریخ استخدام، میزان دریافتی (در بدل فی ساعت، حقوق ماهوار، وغیره) و تقسیم اوقات شغلی تان را خواهیم پذیرفت. چنانچه استخدام کننده شما قادر به تصدیق این معلومات نیست، میتوانیم اظهارنامه شفاهی یا کتبی شما را بپذیریم. شما باید یک کاپی از رسیدهای دریافتی خود را ظرف 60 روز برای ما طبق پالیسی مدیریتی ایالت واشنگتن 0012-290-170 تهیه کنید .
- مدرک معتبر محکمه یا حکم اجراییوی پول دریافتی مراقبت از طفل (قابل اطلاق) و تصدیق تادیه پول.
- **تنها** برای برنامه مراقبت از طفل خانواده های کم عواید: چنانچه مراقبت توسط خانواده/دوستان/همسایگان انجام میشود، فرد مراقبت کننده باید شرایط لست شده در بخش 2ب درخواست را دارا باشد و شما باید موارد ذیل را تحویل دهید:
  - یک کاپی معتبر از یکی از کارت های هویت دارای عکس فرد مراقبت کننده، مانند جواز راننده گی، کارت هویت مربوط به ایالت، پاسپورت، یا کارت هویت اردو.
  - یک کاپی معتبر از کارت بیمه اجتماعی فرد مراقبت کننده را فراهم کنید.
  - مدرک که ثابت کند فرد مراقبت کننده به صورت قانونی قادر به کار کردن در ایالات متحده است، مانند گرین کارت، کارت اقامت اتباع خارجی، یا سند مجوز شغلی (EDA).
  - فورمه جواز گذشته، اداره خدمات اجتماعی و صحت 653-09 شما باید این فورمه را از متصدی جواز برنامه مراقبت از طفل خانواده های کم عواید تحویل بگیرید. **قبل از تاریخ که تمام نتایج بررسی سوابق گذشته برای همه افراد مقرر شده دریافت شوند، هیچ پرداخت برای مراقبت از طفل انجام نخواهد شد.**

**تغییرات را راپور بدهید**

با این شماره ها و راه های ارتباطی در تماس شوید: 2233-501-877-1؛ نمابر: 7410-338-888-1 (همراه با کارت هویت مشتری شما روی هر صفحه) یا www.washingtonconnection.org

☐ مراقبت فصلی از طفل

متقاضیان باید:

- در آدامز، بنتون، چلان، داگلاس، فرانکلین، گرانت، کیتیتاس، اُکانوگان، اسکاگیت، والا والا، واتکوم، یا بخش های یاکیما **زنده گی** کنند.
- در کدام حرفه زراعتی **مشغول به کار** باشند که شامل کشت، تولید، برداشت یا پرورش درختان میوه یا غلات باشد.

Washington State Department of Social & Health Services

Transforming lives

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

# درخواست برنامه حمایه مراقبت از طفل (CCSP Application)

## قسمت 1 معلومات درخواست

معلومات ناقص ممکن است تصویب موارد ذیل را به تأخیر بیندازد:
خدمات و پرداخت به شکلی خوانا تایپ کنید یا بنویسید

| | | |
|---|---|---|
| اسم متقاضی | شماره کارت هویت مشتری | تاریخ تولد |
| آدرس متقاضی | شماره تأمین اجتماعی (اختیاری) | شماره دوسیه |
| شهر / ایالت / کود پستی | نژاد قومی متقاضی | جنسیت متقاضی ☐ مذکر ☐ مؤنث |

تاریخ

**اطفال که شما مسئول آن ها هستید و در خانه زنده گی میکنند.**

| اسم (فامیلی، نخست، وسطی، حروف نخست اسم وسطی) | تاریخ تولد | مذکر/مؤنث | ملیت | نمبر تأمین اجتماعی (اختیاری) | شهروند ایالات متحده یا مقیم قانونی | رابطه با متقاضی |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | ☐ بلی ☐ نخیر | |
| | | | | | ☐ بلی ☐ نخیر | |
| | | | | | ☐ بلی ☐ نخیر | |
| | | | | | ☐ بلی ☐ نخیر | |
| | | | | | ☐ بلی ☐ نخیر | |

**همسر یا والد/قیم دیگر طفل که در خانه زنده گی میکند. (ضروری)**

آیا شما متأهل هستید؟ ☐ بلی ☐ نخیر

| اسم | تاریخ تولد | نمبر تأمین اجتماعی (اختیاری) | رابطه با متقاضی | رابطه با اطفال فوق الذکر |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**متقاضی**

اسم استخدام کننده، فعالیت وُرک فِرست، یا مکتب

آدرس (شغل، فعالیت وُرک فِرست، یا مکتب)

شماره تلیفون — تاریخ شروع

اگر مصروف کار هستید چند بار معاش دریافت میکنید و دوره دریافتی شما در بدل هر روز چقدر است؟

☐ هفته وار ☐ هر دو هفته یک بار
☐ دو بار در ماه ☐ ماهوار $

**همسر یا والد دوم/قیم**

اسم استخدام کننده، فعالیت وُرک فِرست، یا مکتب

آدرس (شغل، فعالیت وُرک فِرست، یا مکتب)

شماره تلیفون — تاریخ شروع

اگر مصروف کار هستید چند بار معاش دریافت میکنید و دوره دریافتی شما در بدل هر روز چقدر است؟

☐ هفته وار ☐ هر دو هفته یک بار
☐ دو بار در ماه ☐ ماهوار $

آیا برای مراقبت از طفل که توسط محکمه حکم شده باشد تادیه می کنید؟ ☐ بلی ☐ نخیر مقدار ماهوار $

آیا فیصله محکمه دارید تا حمایه مراقبت از طفل را دریافت کنید؟ ☐ بلی ☐ نخیر مقدار ماهوار $

**منابع ماهوار عاید تادیه شده/تادیه نشده برای تمام اعضای خانواده**

| **به شمول کاپی ها مربوطه (برای سه ماه آخر):** | اسم **خود** | اسم | اسم | اسم |
|---|---|---|---|---|
| حرفه (عواید ناخالص، قبل از مالیات، بخششی ها را شامل کنید) | | | | |
| شغل آزاد | | | | |
| کمک موقت به خانواده های نیازمند (TANF) | | | | |
| پول کمکی مراقبت از طفل دریافت شده | | | | |
| تأمین اجتماعی (عاید امنیت تکمیلی، مدیریت تأمین اجتماعی) | | | | |
| کمک دریافتی سربازان سابقه، معلولیت، اداره کار و صنایع، دوره | | | | |
| مسن، نابینا، معلول (عواید ABD) | | | | |
| دیگر (مشخص کنید): | | | | |



Barcode label

14417

| منابع مالی در دسترس |
|---|
| آیا شما منابع مالی به ارزش 1,000,000.00 دالر یا بیشتر در اختیار دارید؟ ☐ بلی ☐ نخیر<br>نمونه هایی از منابع مالی به شمول: پیسه نقد، حساب بانکی، سهام/اوراق قرضه، حساب های سرمایه گذاری، سرمایه گذاری املاک و مستغلات |

| تقسیم اوقات فعالیت والد/قیم | | |
|---|---|---|
| | متقاضی | همسر یا والد دوم/قیم |
| | فعالیت (حرفه، مکتب، فعالیت وُرک فِرست) زمان را به صورت صبح و عصر ذکر کنید. | فعالیت (حرفه، مکتب، فعالیت وُرک فِرست) زمان را به صورت صبح و عصر ذکر کنید. |
| | تقسیم اوقات شما برای حرفه، مکتب، فعالیت ورک فرست چیست؟ | تقسیم اوقات شما برای حرفه، مکتب، فعالیت ورک فرست چیست؟ |
| دوشنبه | | |
| سه شنبه | | |
| چهارشنبه | | |
| پنج شنبه | | |
| جمعه | | |
| شنبه | | |
| یکشنبه | | |

مراقبت از طفل در کدام تاریخ آغاز خواهد شد

متقاضی چنانچه میدانید، چقدر طول میکشد تا از مکان مراقبت کننده طفل به محل فعالیت (اداره، مکتب، غیره) بروید؟

دیگر والد/قیم ها: چنانچه میدانید، چقدر طول میکشد تا از مکان مراقبت کننده طفل به محل فعالیت (اداره، مکتب، غیره) بروید؟

**تقسیم اوقات فعالیت اطفال برای اطفال اضافی یک ورق اضافه جداگانه با معلومات آنها ضمیمه کنید.**

| اسم اطفال | تقسیم اوقات مکتب (روزها و زمان های دقیق) | تقسیم اوقات مراقبت از طفل (روزها و زمان های دقیق) |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

آیا اطفال مکتبی شما طی زمان مکتب و در وقفه های تابستان به مراقبت ضرورت دارند؟ ☐ بلی ☐ نخیر

آیا شما کدام طفل با ضرورتهای خاص دارید؟ ☐ بلی ☐ نخیر

چنانچه بلی، به متصدی مرجع معلومات درباره فیصدی پرداخت برای ضرورتهای خاص در تماس شوید.

**ثبت نام رای دهنده**

اداره، خدمات ثبت نام رأی، مقرر شده توسط قانون حق رأی ملی، مصوبه 1993 را ارائه میدهد. **اقدام به ثبت نام یا صرف نظر کردن از ثبت نام برای رأی دادن، خدمات یا مقدار فواید را که ممکن است بوسیله این نماینده گی دریافت کنید تحت تأثیر قرار نخواهد داد.** چنانچه تمایل دارید فورمه ثبت نام رأی را مکمل کنید ما به شما کمک خواهیم کرد. تصمیم برای درخواست یا قبول کمک با خود شما است. شما میتوانید در خلوت فورمه ثبت نام رأی را مکمل کنید. چنانچه باور دارید کسی در حق شما برای ثبت نام رأی، حق شما برای طرف نظر از ثبت نام رأی، حق شما برای تصمیم گیری شخصی در مورد ثبت نام یا عدم ثبت نام، یا حق شما برای انتخاب حزب سیاسی خود یا دیگر علاقه مندی های سیاسی، اختلال ایجاد کرده است، میتونید شکایت را به سازمان ذیل تحویل دهید:

Washington State Elections Office, PO Box 40229, Olympia WA 98504-0229 (1-800-448-4881)

**آیا میخواهید برای رأی دادن ثبت نام کنید یا ثبت نام رأی خود را تجدید کنید؟** ☐ بلی ☐ نخیر

**حقوق استماعیه**

اگر با این تصمیم مخالف هستید، میتوانید درخواست یک استماع را از طریق تماس با این اداره یا ارسال تقاضا به

Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489

ارسال کنید. شما باید استماع خود را:

- در و یا قبل از تاریخ اجرای این اقدام، یا ظرف 10 روز و نه بیشتر از زمان که ما ابلاغیه این اقدام را برای شما فرستادیم، چنانچه فواید را اکنون دریافت میکنید و مایل به ادامه دریافت آن ها هستید، یا
- ظرف 90 روز از تاریخ دریافت این نامه درخواست کنید.

در استماع، شما این حق را دارید که از جانب خود سخن بگویید، وکیل و یا هر فرد دیگر را به انتخاب خود به عنوان نماینده خود برگزینید. شما میتوانید از مشوره حقوقی یا وکالت رایگان از طریق تماس با اداره خدمات حقوقی برخوردار شوید.

**اعلام میکنم که با آگاهی از مجازات شهادت کاذب معلومات ارائه شده توسط من در این اعلامیه تا آنجایی که میدانم حقیقی، صحیح، و کامل است و میدانم که تحریف عمدی این معلومات بوسیله من ممکن است مرا مستحق مجازات مقرر شده در قانون ایالتی واشنگتن سازد. (قانون تجدیدنظر شده ایالت واشنگتن 74.08.055)**

| امضای والد نخست/قیم قانونی | تاریخ | امضای والد دوم/قیم قانونی | تاریخ |
|---|---|---|---|
| | | | |

**تبعیض در تمام برنامه ها و فعالیت ها ممنوع است: هیچ کس نباید بر اساس نژاد، رنگ پوست، دین، فرقه، خاستگاه ملی، جنسیت، سن، حالت مدنی، معلولیت جنگی یا وضعیت سربازی سابقه دوران جنگ ویتنام، یا معلولیت مستثنی شود.**

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

# درخواست برنامه حمایه مراقبت از طفل (CSP ApplicationC)

## قسمت 2 الف. معلومات مراقبت کننده دارای جواز

(توسط والد/قیم یا مراقبت کننده مکمل شود)

به شکلی خوانا تایپ کنید یا بنویسید معلومات ناقص ممکن است تصویب یا پرداخت را با تأخیر بیندازد

| | |
|---|---|
| تاریخ | |
| تماس با نمبر تلیفون مرکز: | |
| نمبر فکس | |

**1. اسم و آدرس مراقبت کننده**

اسم و آدرس مراقبت کننده از طفل که به ما تحویل داده میشود معلومات عام است و میتواند به هر کسی که آن را درخواست کند تحویل داده شود.

| | |
|---|---|
| شماره کارت هویت مشتری | اسم مراقبت کننده |
| اسم والد/قیم | |
| شماره مراقبت کننده | اسم مراقبت کننده |
| نمبر تلیفون مراقبت کننده | آدرس مراقبت کننده |
| تاریخ مورد انتظار برای شروع مراقبت از طفل | شهر ایالت کود پستی |

**2. نوع مراقبت: خانه مربوط به نوع مراقبت را که فراهم میکنید انتخاب کنید. مراقبت کننده بخش 3 و 4 را مکمل کند.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ مرکز مجاز مراقبت از طفل | نمبر تأمین اجتماعی یا نمبر شناسایی مالیات فدرال مراقبت کننده. | ☐ خانواده مراقبت کننده از طفل دارای جواز | نمبر تأمین اجتماعی یا نمبر شناسایی مالیات فدرال مراقبت کننده. |

**3. روزها و اوقات را که از اطفال ذیل مراقبت میکنید درج کنید.**
**(لطفا از بخش 5 برای اطفال اضافی که مراقبت میکنید استفاده کنید.)**

| اسما | تاریخ تولد | روزها و اوقات که مراقبت انجام خواهد شد، قبل و بعد از زمان مکتب را مشخص کنید. |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**4. مراقبت کننده دارای جواز قیمت های روزانه خود را درج کنید**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| قیمت معمول که از والدین/قیم ها مطالبه میکنید چیست؟ این معلومات باید قبل از آن که پرداخت مجاز گردد فراهم شود. اگر به کمک ضرورت دارید با خط مربوط به مراقبت کننده به شماره 1-800-394-4571 در تماس شوید یا به ایمیل مربوط به مراقبت کننده به آدرس providerhelp@dshs.wa.gov. مورد خود را ارسال کنید. | نوزاد (تازه متولد-11 ماهه) $ | طفل نوپاوه (12-17 ماهه) $ | طفل نوپا (12-29 ماهه) $ | اگر بلی، مقدار: $_____ |
| | قبل از مکتب (30 ماهه - پنج ساله غیرمکتبی) $ | در سن مکتب (پنج - 12 ساله) $ | مبلغ ثبت نام ☐ هیچ ☐ یک بار ☐ سالانه ☐ مبلغ گردش بیرون از خانه | ☐ در بدل طفل ☐ در بدل خانواده ماهوار _____ $ قیمت |

**با مرکز تماس برای قیمت های پرداختی اطفال با ضرورتهای خاص در تماس شوید.**

**من میدانم که تکمیل این فورمه پرداخت را تضمین نمیکند. چنانچه مراقبت از طفل تنفیذ شد، موافقت میکنم که پول پرداختی را بر اساس قیمت معمول خودم یا قیمت ایالتی، هر کدام که کمتر است، دریافت کنم.**

| | | |
|---|---|---|
| امضا مراقبت کننده ☐ مدیر ☐ مالک ☐ دیگر | تاریخ | نمبر تلیفون و فکس (از جمله کود ناحیه) |

| | |
|---|---|
| تاریخ | Washington State Department of Social & Health Services<br>Transforming lives |
| تماس با نمبر تلیفون مرکز: | WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)<br>**درخواست فقط برای برنامه مراقبت از طفل خانواده های کم عواید (WCCC Only Application)** |
| نمبر فکس | **قسمت 2 الف. معلومات خانواده/دوستان/همسایگان که مراقبت را انجام میدهند**<br>(توسط والد/قیم یا مراقبت کننده مکمل شود)<br>به شکلی خوانا تایپ کنید یا بنویسید معلومات ناقص ممکن است تصویب یا پرداخت را با تأخیر بیندازد |

| | |
|---|---|
| شماره کارت هویت مشتری | **قسمت 1. اسم و آدرس مراقبت کننده**<br>اسم و آدرس مراقبت کننده از طفل که به ما تحویل داده میشود معلومات عام است و میتواند به هر کسی که آن را درخواست کند تحویل داده شود. |
| اسم والد/قیم | |
| شماره مراقبت کننده | اسم مراقبت کننده |
| نمبر تلیفون مراقبت کننده | آدرس مراقبت کننده (چنانچه مراقبت در خانه مراقبت کننده انجام میشود، آدرس فیزیکی، و نه آدرس پستی فراهم شود.) |
| تاریخ مورد انتظار برای شروع مراقبت از طفل | شهر ایالت کود پستی |

**قسمت 2. توسط والد که درخواست مراقبت از طفل داده است تکمیل گردد**

1. آیا مراقبت کننده فرزند شما است (طبیعی، فرزندخوانده) که بین 18 تا 20 سال دارد؟ ☐ بلی ☐ نخیر
2. آیا مراقبت کننده والد شما (طبیعی، والد/قیم خوانده) است؟ ☐ بلی ☐ نخیر

اگر پاسخ شما به سؤال 2 بلی است لطفاً خانه مربوط به خود را علامت بزنید.

شما شامل کدام یکی از این کتگوری های هستید: ☐ بیوه. ☐ مطلقه ☐ متأهل، جداشده از همسر، یا هرگز ازدواج نکرده.

☐ با همسر معلول خود زنده گی میکنم که قادر به مراقبت از طفل خودم حداقل در چهار هفته متمادی از یک فصل نیست.

3. ☐ نه 1 و نه 2 مرتبط نیستند.

**قسمت 3. توسط خانواده/دوستان/همسایگان که مراقبت را انجام میدهند مکمل شود**

| | | |
|---|---|---|
| نمبر تأمین اجتماعی مراقبت کننده | رابطه با طفل | آدرس ایمیل مراقبت کننده |
| آیا مراقبت کننده بالای 18 سال است؟ ☐ بلی ☐ نخیر | تاریخ تولد | آیا تبعه ایالات متحده یا فرد مقیم مجاز به کار قانونی در ایالات متحده میباشد؟ ☐ بلی ☐ نخیر |

**شما باید:**

مراقبت را تنها در خانه طفل فراهم کنید. مراقبت میتواند در خانه مراقبت کننده انجام شود در صورت که فرد مذکور یکی از اقارب ذیل باشد:
خاله/عمه، کاکا/ماما، پدرکلان/مادرکلان، خواهر یا برادر که خارج از خانه زنده گی میکنند، خاله/عمه بزرگ، کاکا/ماما بزرگ، یا پدر یا مادر پدرکلان یا مادرکلان.

| | |
|---|---|
| آیا شما با طفل که در حال مراقبت از او هستید زنده گی میکنید؟ ☐ بلی ☐ نخیر | ☐ مراقبت در خانه طفل فراهم خواهد شد. به قسمت 5 بروید<br>☐ مراقبت در خانه مراقبت کننده فراهم میشود. قسمت چهار را مکمل کنید. |

**قسمت 4. مراقبت کننده را مکمل کند، چنانچه مراقبت از طفل در خانه مراقبت کننده انجام میشود و طفل آن جا زنده گی نمیکند.**

هنگامیکه مراقبت در خانه شما انجام میشود و طفل آن جا زنده گی نمیکند، اسم، تواریخ تولد، و وضعیت تعرض جنسی همه افراد که با شما زنده گی میکنند را، از 16 ساله به بالا، در اختیار اداره بگذارید:

| | اسم | تاریخ تولد | متعرض جنسی ثبت شده | **قصور در راپور یک متعرض جنسی در خانه مراقبت کننده، جایی که مراقبت انجام میشود، منجر به سلب صلاحیت دائم از فرد مراقبت کننده خواهد شد. قانون تجدیدنظر شده ایالت واشنگتن 170-290-0160** |
|---|---|---|---|---|
| 1. | | | ☐ بلی ☐ نخیر | |
| 2. | | | ☐ بلی ☐ نخیر | |
| 3. | | | ☐ بلی ☐ نخیر | |
| 4. | | | ☐ بلی ☐ نخیر | |

من تصدیق میکنم که افراد لست شده در فوق تنها کسانی هستند، 16 ساله یا بیشتر، که با من سکونت دارند. میدانم که این افراد تحت همان پروسه تحقیق سوابق گذشته هستند که خود من میباشم. من همچنین میدانم که اگر فرد دیگر، 16 ساله یا بیشتر، به خانه من، درحالیکه مراقبت کننده مجاز برنامه مراقبت از طفل خانواده های کم عواید هستم، نقل مکان کند باید بلافاصله والد طفل را مطلع کنم.

| | |
|---|---|
| امضا مراقبت کننده | تاریخ |

| قسمت 5. توسط خانواده/دوستان/همسایگان که مراقبت را انجام میدهند مکمل شود | | |
|---|---|---|
| خانواده/دوستان/همسایگان مراقبت کننده میتوانند بل خود را از ایالت برای مراقبت از حداکثر 6 طفل در یک زمان مطالبه کنند.<br>روزها، اوقات، و قیمت های که برای طفل(اطفال) مراقبت فراهم خواهید کرد را درج کنید. | | |
| اسم نخست و اسم فامیلی طفل | تاریخ تولد | روزها و اوقات که مراقبت انجام خواهد شد، قبل و بعد از زمان مکتب را مشخص کنید. |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| قیمت ساعت معمول من در بدل هر طفل: $ . میدانم که پول پرداختی را بر اساس قیمت خودم یا قیمت ایالتی، هر کدام که کمتر است، دریافت کنم. | | |

با مرکز تماس برای قیمت های پرداختی اطفال با ضرورتهای خاص در تماس شوید.

**قسمت 6. توسط مراقبت کننده خوانده و امضا شود.**

**مسئولیت های مراقبت کننده**

- فورمه اجازه بررسی سوابق گذشته را مکمل کنید. چنانچه از یک طفل در خانه خود مراقبت میکنید فورمه اجازه سوابق گذشته را برای هر کسی که 16 سال یا بیشتر دارد و با شما زنده گی میکند یا به خانه شما رفت و آمد دارد را نیز مکمل کنید.
- چنانچه مراقبت در خانه شما انجام میگردد، ظرف 24 ساعت هرگونه محکومیت جنایی یا اتهام در حال رسیده گی علیه شما یا هر کسی که، 16 ساله یا بیشتر، با شما زنده گی میکند، را به اداره خدمات اجتماعی و صحت راپور کنید.
- چنانچه اسم قانونی، آدرس یا تلیفون خود را تغییر دادید ظرف 10 روز به اداره خدمات اجتماعی و صحت راپور دهید.

**صلاحیت مراقبت کننده**

- دارا بودن 18 سال یا بیشتر و یا برخورداری از تابعیت یا اقامت قانونی ایالات متحده.
- مراقبت را تنها در خانه اطفال فراهم کنید. مراقبت میتواند در خانه مراقبت کننده انجام شود تنها در صورت که فرد مذکور یکی از اقارب باشد:
خاله/عمه، کاکا/ماما، پدرکلان/مادرکلان، خواهر یا برادری که خارج از خانه زنده گی میکنند، خاله/عمه بزرگ، کاکا/ماما بزرگ، یا پدر یا مادر پدرکلان یا مادرکلان.
- عدم داشتن تاریخچه جنایی سلب کننده صلاحیت، تحت قانون تجدیدنظر شده ایالت واشنگتن 170-290-0160 یا قانون تجدیدنظر شده ایالت واشنگتن 170-290-0165.
- از لحاظ جسمانی و روانی سالم باشید تا بتوانید تمام ضرورتهای طفل را فراهم کنید. چنانچه کارکنان درخواست کنند، والدین باید مدرک کتبی فراهم آورند که شما از لحاظ جسمانی و روانی آن قدر صحت دارید که یک مراقبت کننده طفل مطمئن باشید.
- قادر هستید بدون استفاده از جزاء فزیکی یا آزار روانی از یک طفل مراقبت کنید.
- مراقبت از طفل را در یک خانه امن فراهم کنید.
- در مورد اقدامات اساسی صحت، جلوگیری و کنترول امراض عفونی، و معافیت بدن آگاهی دارید.
- مراقبت دائم، نظارت و فعالیت های مبتنی بر ضرورتهای انکشافی طفل را فراهم میکنید.
- چنانچه دوره مراقبت خارج از خانه طفل انجام میشود، بلافاصله به والد هرگونه اعلان محکومیت جنایی یا اتهام در حال بررسی را علیه خود یا هرکسی که، 16 ساله یا بیشتر، در خانه شما زنده گی میکند، راپور دهید.
- نباید والد بیولوژیکی، والدخوانده، قیم قانونی، فرد بالغ به جای والدین، یا همسر هرکدام از این افراد باشید.

**راپورهای حاضری:**

- راپورها باید:
  - روزها و هم اوقات را که شما از هر طفل مراقبت کرده اید نشان دهند.
  - والد/قیم طفل را وادار کنید که راپورهای حاضری را حداقل به صورت هفته وار امضا کنند.
  - راپورها برای مدت 5 سال نگه داشته شوند.
  - ظرف 14 روز از درخواست اداره خدمات اجتماعی یا اداره آموزش ابتدایی فراهم شوند.

**صدور بل:**

- شما تا قبل از تاریخ که تمام نتایج بررسی سوابق گذشته توسط اداره خدمات اجتماعی و صحت اعلام شده باشد برای مراقبت از طفل پولی دریافت نخواهید کرد. چنانچه قبل از اعلام بررسی سوابق گذشته از طفل مراقبت به عمل آورده باشید خانواده مسئول پرداخت شما خواهد بود.
- شما میتوانید بل خود را از اداره خدمات اجتماعی و صحت برای مراقبت از حداکثر 6 طفل به طور همزمان طی ساعات مراقبت مطالبه کنید.
- راپورهای حاضری روزانه را مورد تجدیدنظر قرار دهید تا شمار واحدها را بر اساس میزان حاضری از یک طفل و اجازه او تعیین کنید.

**ادامه قسمت 6.**

**اتحادیه بین المللی خدمات کارمندان، محلی 925 (SEIU 925)**

SEIU 925 خانواده/دوستان/همسایگان که مراقبت را فراهم میکنند نماینده گی میکند. موافقتنامه مذاکرات جمعی طرح کلی شرایط و فواید را برای اعضای SEUI 925 ارائه میکند. اعضا باید معادل دو فیصد از پول را که ایالت برای خدمات طفل به آنها پرداخت میکنند، به اتحادیه بپردازند. حداکثر مبالغ پرداختی 50 دالر در ماه است.

معلومات اضافی در: *راهنما برای خانواده، دوستان، همسایگان مراقبت کننده از طفل* در دسترس است:
http://www.del.wa.gov/requirements/info/subsidy.aspx

من میدانم که مکمل کردن این فورمه **پرداخت را تضمین نمیکند.** چنانچه مراقبت از طفل تنفیذ شد، موافقت میکنم که پول پرداختی را بر اساس قیمت معمول خودم یا قیمت ایالتی، **هر کدام که کمتر است،** دریافت کنم. میدانم که پرداخت نمیتواند قبل از آنکه اداره تمام نتایج بررسی سوابق گذشته را دریافت کند، انجام شود. من بخش 6 این فورمه را خوانده و درک کرده ام.

**اعلام میکنم که با آگاهی از مجازات شهادت دروغ معلومات ارائه شده توسط من در این اعلامیه تا آنجایی که می دانم حقیقی، صحیح، و کامل است و میدانم که تحریف عمدی این معلومات بوسیله من ممکن است مرا مستحق مجازاتهای مقرر شده در قانون ایالتی واشنگتن سازد. (قانون تجدیدنظر شده ایالت واشنگتن 74.08.055)**

| امضا مراقبت کننده | تاریخ | ☐ مراقبت کننده غیر اقارب<br>☐ مراقبت کننده اقارب |
|---|---|---|

**قسمت 7. توسط والد خوانده و امضا شود.**

من، به عنوان والد/قیم تصدیق میکنم که خانواده/دوستان/همسایگان من که مراقبت از طفلم را فراهم میکنند، از الزامات لست شده در فوق برخوردار هستند. میدانم که:

- اگر این تعهدات را عملی نکنم پرداخت تنفیذ نخواهد شد.
- معلومات سوابق گذشته معین ممکن است مراقبت کننده طفل من را سلب صلاحیت کند. در صورت که مراقبت خارج از خانه طفل انجام میشود، مسئولیت مراقبت کننده من است که به اطلاع من برساند چنانچه او یا هر فرد که با او زنده گی میکند، 16 ساله یا بیشتر، هرگونه اتهام یا محکومیت جنایی دارند یا نخیر. در این صورت، من مسئول خواهم بود تا بلافاصله به متصدی جواز برنامه مراقبت از طفل خانواده های کم عواید (WCCC) اطلاع دهم.
- قبل از تاریخ که تمام نتایج بررسی سوابق گذشته برای همه افراد مقرر شده دریافت نشوند، هیچ پرداخت برای مراقبت از طفل انجام نخواهد شد.
- چنانچه این مراقبت کننده مراقبت از طفل را متوقف کند، باید ظرف پنج روز کارکنان برنامه حمایه مراقبت از طفل را مطلع کنم.
- مراقبت کننده من برای مراقبت همزمان از بیش از 6 طفل پول دریافت نخواهد کرد (در همان ساعات و روزها).
- من نمیتوانم بیش از سه خانواده، دوست، همسایه مراقبت کننده صاحب اجازه برای دریافت همزمان مقرری برنامه مراقبت از طفل خانواده های کم عواید (WCCC) طی دوره صلاحیت خود داشته باشم. تنها یکی از این مراقبت کننده گان میتواند مراقبت کننده پشتیبان (بدیل) باشد. من باید از یک مراقبت کننده صاحب جواز/تصدیق شده برای مراقب پشتیبان استفاده کنم.
- به عنوان استخدام کننده خانواده/دوستان/همسایگان که مراقبت را فراهم میکنند، این مسئولیت شما است که مراقبت کننده فورمه 1-9 تأیید صلاحیت استخدام خدمات شهروندی و مهاجرتی ایالات متحده را مکمل کند.
  - o تمام استخدام کننده گان ایالات متحده باید فورمه 1-9 را برای هر فرد که آنها در ایالات متحده به استخدام یک حرفه در میآورند تکمیل و نگهداری کنند.
  - o این شامل شهروندان و غیرشهروندان میگردد.
  - o در فورمه، استخدام کننده باید صلاحیت حرفه و اصلیت اسناد ارائه شده توسط متقاضی را مورد بررسی قرار دهد تا تعیین کند که آیا اسناد به شکل قابل قبول اصل و مرتبط به فرد مذکور هستند یا نه و معلومات اسناد را در فورمه 1-9 راپور نماید.
  - o لست اسناد قابل قبول را میتوان در صفحه آخر فورمه یافت. *فورمه و طرزالعمل ها را میتوان در ویب سایت ذیل یافت:* ***http://www.uscis.gov/i-9***
- چنانچه وضعیت زنده گی بین شما و فرد مراقبت کننده تغییر کرد لطفاً بلافاصله این موضوع را راپور دهید (این نوع از تغییر میتواند نوع سند مالیاتی ارسالی برای خدمات مراقبت کننده گان را تحت تأثیر قرار دهد.)

**اعلام میکنم که با آگاهی از مجازات شهادت دروغ معلومات ارائه شده توسط من در این اعلامیه تا آنجایی که می دانم حقیقی، صحیح، و کامل است و میدانم که تحریف عمدی این معلومات بوسیله من ممکن است مرا مستحق مجازاتهای مقرر شده در قانون ایالتی واشنگتن سازد. (قانون تجدیدنظر شده ایالت واشنگتن 74.08.055)**

| امضا والد/قیم | تاریخ |
|---|---|