STATE OF WASHINGTON

# DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

# Заява CCSP

## CCSP Application

Дата: _____

_____
ОДИН З БАТЬКІВ/ОПІКУН

_____
НОМЕР СПРАВИ

_____
ЛІНІЯ ЗГИНУ

Шановний заявнику!

Ми надсилаємо вам цю заяву, тому що ви просили про пільги на догляд за дітьми.

**Ми зможемо обробити вашу заяву та визначити ваше право на пільги, щойно ви надасте нам наступну інформацію:**

- Заяву CCSP (ви маєте заповнити заяву на догляд за дітьми, навіть якщо ви відноситеся до програми WorkFirst).
- Інформацію щодо постачальника догляду за дітьми (ви маєте повідомити нам цю інформацію, щоб ми мали можливість надати дозвіл на здійснення виплат вашому постачальникові послуг догляду за дітьми).
- Довідку про доходи сім'ї за останні три місяці (наприклад, квитанції про оплату, аліменти на дітей, доходи від соціального забезпечення, додатковий дохід від соціального забезпечення (SSI), а також інші доходи, отримані всіма членами вашої родини). Включити графік роботи. Довідку про доходи від грошової допомоги від штату (TANF) можете не включати.
- Якщо ви тільки-но влаштувались на роботу та ще не маєте квитанцій, ми приймемо заяву від вашого роботодавця з датою прийняття на роботу, вашою платнею (за годину, ставку та ін.) та вашим майбутнім графіком роботи. Якщо ваш роботодавець не може перевірити цю інформацію, ми можемо прийняти вашу усну або письмову заяву. Ви маєте надати нам копію квитанцій заробітної плати протягом 60 днів згідно з WAC 170-290-0012.
- Довідки щодо аліментів на дітей, призначених судовим або адміністративним наказом (якщо є) та докази платежів.
- Програма допомоги з догляду за дітьми Working Connections Child Care **тільки у наступних випадках**: Якщо догляд надається родичами / друзями / сусідами, постачальник догляду має задовольняти вимогам, вказаним в Додатку, частина 2B, та надати:
  - Чітку копію документу постачальника з фотографією, наприклад, водійські права, посвідчення особи, паспорт або військовий квиток.
  - Чітку копію діючої картки соціального страхування постачальника.
  - Доказ, що постачальник має право працювати в США, наприклад, Green Card, картку іноземця або документ, що надає право працювати в США (EAD).
  - Форму на перевірку особистих даних, DSHS 09-653. Цю форму ви можете отримати у свого інспектора WCCC. **Особі, яка надає послуги догляду, не будуть сплачувати жодних грошей до моменту отримання всіх результатів перевірки особистої інформації по всіх особах.**

**Зміни у звітності**

Зателефонуйте до: 1-877-501-2233; Факс: 1-888-338-7410 (вказати ваш ID клієнта, що є на кожній сторінці); або www.washingtonconnection.org

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

# Заява CCSP (CCSP Application)

## Частина 1. Інформація щодо заяви

Неповна інформація може затримати схвалення Послуг та платежів. Заповнюйте розбірливо.

☐ Сезонний догляд за дітьми

Особа, що подає заяву, має:

- **Жити у** округах Адамс, Бентон, Шелан, Дуглас, Франклін, Грант, Кіттітас, Оканоган, Скагіт, Уолла Уолла, Уотком або Якіма;
- **Працювати на** фермерському господарстві, включаючи культивацію, виробництво, збір урожаю або обробку фруктових дерев або зернових культур.

| | | |
|---|---|---|
| | | ДАТА |
| ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ЗАЯВНИКА | ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА | ДАТА НАРОДЖЕННЯ |
| АДРЕСА ЗАЯВНИКА | SSN (ОПЦІОНАЛЬНО) | НОМЕР ТЕЛЕФОНУ |
| МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ КОД | ЕТНІЧНА АБО РАСОВА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ ЗАЯВНИКА | СТАТЬ ЗАЯВНИКА ☐ Чоловік ☐ Жінка |

**ДІТИ, ЩО МЕШКАЮТЬ В СІМ'Ї, ЗА ЯКИХ ВИ ВІДПОВІДАЄТЕ**

| ІМ'Я (ІМ'Я, ПРІЗВИЩЕ, СЕРЕДНІЙ ІНІЦІАЛ) | ДАТА НАРОДЖЕННЯ | ЧОЛОВІК/ЖІНКА | ЕТНІЧНЕ ПОХОДЖЕННЯ | SSN (ОПЦІОНАЛЬНО) | ГРОМАДЯНИН США АБО ЗАКОННИЙ РЕЗИДЕНТ | ВІДНОШЕННЯ ДО ЗАЯВНИКА |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | ☐ Так ☐ Ні | |
| | | | | | ☐ Так ☐ Ні | |
| | | | | | ☐ Так ☐ Ні | |
| | | | | | ☐ Так ☐ Ні | |
| | | | | | ☐ Так ☐ Ні | |

**ПОДРУЖЖЯ АБО ДРУГИЙ З БАТЬКІВ/ОПІКУН, ЩО МЕШКАЄ В СІМ'Ї (ОБОВ'ЯЗКОВО)**

Ви одружені? ☐ Так ☐ Ні

| ПРІЗВИЩЕ, ІМ'Я | ДАТА НАРОДЖЕННЯ | SSN (ОПЦІОНАЛЬНО) | ВІДНОШЕННЯ ДО ЗАЯВНИКА | ВІДНОШЕННЯ ДО ВКАЗАНИХ ВИЩЕ ДІТЕЙ |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| **ЗАЯВНИК** | **ПОДРУЖЖЯ АБО ДРУГИЙ З БАТЬКІВ/ОПІКУН** |
|---|---|
| НАЗВА РОБОТОДАВЦЯ, ПОСАДИ У WORKFIRST АБО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ | НАЗВА РОБОТОДАВЦЯ, ПОСАДИ У WORKFIRST АБО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ |
| АДРЕСА (РОБОТОДАВЦЯ, WORKFIRST АБО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ) | АДРЕСА (РОБОТОДАВЦЯ, WORKFIRST АБО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ) |
| НОМЕР ТЕЛЕФОНУ ДАТА ПОЧАТКУ | НОМЕР ТЕЛЕФОНУ ДАТА ПОЧАТКУ |
| ЯКЩО ВИ ПРАЦЮЄТЕ, ЯК ЧАСТО ВАМ ПЛАТЯТЬ **ТА** СКІЛЬКИ ВИ ОТРИМУЄТЕ ЗА ПЛАТІЖНИЙ ПЕРІОД? | ЯКЩО ВИ ПРАЦЮЄТЕ, ЯК ЧАСТО ВАМ ПЛАТЯТЬ **ТА** СКІЛЬКИ ВИ ОТРИМУЄТЕ ЗА ПЛАТІЖНИЙ ПЕРІОД? |
| ☐ Щотижня ☐ Кожні два тижні | ☐ Щотижня ☐ Кожні два тижні |
| ☐ Двічі на місяць ☐ Щомісяця $ | ☐ Двічі на місяць ☐ Щомісяця $ |

Чи виплачуєте ви призначені судом аліменти на дітей? ☐ Так ☐ Ні Щомісячна сума: $

Чи є у вас постанова суду на отримання аліментів на дітей? ☐ Так ☐ Ні Щомісячна сума: $

**ЩОМІСЯЧНІ ДЖЕРЕЛА ТРУДОВИХ/НЕТРУДОВИХ ДОХОДІВ УСІХ ЧЛЕНІВ РОДИНИ**

| **Включити копії (за останні три місяці):** | ПРІЗВИЩЕ, ІМ'Я **ЗАЯВНИК** | ПРІЗВИЩЕ, ІМ'Я | ПРІЗВИЩЕ, ІМ'Я | ПРІЗВИЩЕ, ІМ'Я |
|---|---|---|---|---|
| Місце роботи (сукупно, до відрахування податків, включаючи чайові) | | | | |
| Самостійна зайнятість | | | | |
| Тимчасова допомога нужденним сім'ям (TANF) | | | | |
| Отримані аліменти на дітей | | | | |
| Соціальне забезпечення (SSI, SSA) | | | | |
| Пільги для ветеранів, інвалідів, L&I або безробітних | | | | |
| Пільги для людей похилого віку, із вадами зору або інвалідів (ABD) | | | | |
| Інше (вказати): | | | | |



Barcode label

14417

| ДОСТУПНІ РЕСУРСИ |
|---|
| Чи є вас є доступні ресурси на суму $ 1 000 000,00 або більше? ☐ Так ☐ Ні<br>Прикладами доступних ресурсів є: грошові кошти, банківські рахунки, акції/облігації, інвестиційні рахунки, інвестиції в нерухомість. |

**ГРАФІК РОБОТИ ОДНОГО З БАТЬКІВ/ОПІКУНА**

| ЗАЯВНИК | | ПОДРУЖЖЯ АБО ДРУГИЙ З БАТЬКІВ/ОПІКУН |
|---|---|---|
| ДІЯЛЬНІСТЬ (РОБОТА, НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД, ДІЯЛЬНІСТЬ У WORFIRST) ВКАЗАТИ ЧАС З А.М./Р.М. | | ДІЯЛЬНІСТЬ (РОБОТА, НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД, ДІЯЛЬНІСТЬ У WORFIRST) ВКАЗАТИ ЧАС З А.М./Р.М. |
| | ЗА ЯКИМ ГРАФІКОМ ВИ ВІДВІДУЄТЕ МІСЦЕ РОБОТИ, НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД, WORKFIRST? | ЗА ЯКИМ ГРАФІКОМ ВИ ВІДВІДУЄТЕ МІСЦЕ РОБОТИ, НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД, WORKFIRST? |
| Понеділок | | |
| Вівторок | | |
| Середа | | |
| Четвер | | |
| П‘ятниця | | |
| Субота | | |
| Неділя | | |

Коли має починатися догляд за дитиною:
Заявник: Якщо відомо, скільки часу займає дорога від постачальника догляду до місця діяльності (роботи, навчального закладу та ін.)?
Інший з батьків/опікун: Якщо відомо, скільки часу займає дорога від постачальника догляду до місця діяльності (роботи, навчального закладу та ін.)?

**РОЗКЛАД ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ. ЯКЩО ДІТЕЙ БІЛЬШЕ ОДНОГО, ДОКЛАСТИ ОКРЕМИЙ АРКУШ З ІНФОРМАЦІЄЮ ПРО НИХ.**

| ІМЕНА ТА ПРІЗВИЩА ДІТЕЙ | ШКІЛЬНИЙ РОЗКЛАД (ТОЧНІ ДНІ ТА ЧАС) | РОЗКЛАД ДОГЛЯДУ ЗА ДІТЬМИ (ТОЧНІ ДНІ ТА ЧАС) |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Чи потрібна вашим дітям шкільного віку допомога протягом шкільних занять та на літніх канікулах? ☐ Так ☐ Ні

Чи є у вас дитина з особливими потребами? ☐ Так ☐ Ні

Якщо так, зверніться до інспектора за інформацією щодо ставок оплати за умови особливих потреб.

**Реєстрація осіб, які мають право голосу**

Департамент пропонує послуги з реєстрації осіб, які мають право голосу, відповідно до вимог національного акту реєстрації осіб, які мають право голосу, 1993 року. **Якщо ви подасте заявку на реєстрацію або відмову від реєстрації на участь у голосуванні, це не вплине на послуги або розмір пільг, які вам може надати ця агенція.** Якщо ви хочете отримати допомогу при заповненні форми для реєстрації осіб, які мають право голосу, ми допоможемо вам. Реєстрація осіб, які мають право голосу Ви можете заповнити форму реєстрації особи, яка голосує, приватно. Якщо ви вважаєте, що хтось завадив у вашому праві зареєструватися на участь у голосуванні, відмовитися від реєстрації, вашому праві на конфіденційність у вирішенні реєструватися або ні, вашому праві обирати політичну партію або інші політичні погляди, ви можете подати скаргу за адресою: Washington State Elections Office, PO Box 40229, Olympia WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

**Чи бажаєте ви зареєструватися для голосування або поновити вашу реєстрацію для голосування?** ☐ Так ☐ Ні

**Право на слухання**

Якщо ви не згодні з цим рішенням, ви можете просити про проведення слухання, зв’язавшись з цим офісом або написавши до Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. Ви мусите попросити про слухання:

- На день або до вступу рішення в дію або не пізніше, як через 10 днів після відправлення нами вам повідомлення про це рішення, ЯКЩО ви отримуєте пільги зараз та бажаєте отримувати їх у майбутньому, або
- Впродовж 90 днів від дати отримання вами цього листа.

Під час слухання, ви маєте право представляти самого себе, бути представленим адвокатом або особою на ваш вибір. Ви можете бути в змозі отримати безкоштовну правничу пораду або захист, якщо звернетесь до офісу юридичних послуг.

**Я заявляю під страхом покарання за лжесвідчення, що інформація, надана мною у цій декларації, є правдивою, правильною та повною, наскільки мені це відомо, та розумію, що умисна фальсифікація цієї інформації з мого боку може призвести до покарання згідно з законами штату Вашингтон. (RCW 74.08.055)**

| ПІДПИС ПЕРШОГО З БАТЬКІВ / ОФІЦІЙНИХ ОПІКУНІВ | ДАТА | ПІДПИС ДРУГОГО З БАТЬКІВ / ОФІЦІЙНИХ ОПІКУНІВ | ДАТА |
|---|---|---|---|
| | | | |

**Дискримінацію заборонено у всіх програмах та діях: Жодна особа не має бути виключена через її расу, колір, релігію, віросповідання, національність, стать, вік, сімейний статус, статус інваліда війни або ветерана в’єтнамської війни або розумові розлади.**

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

# Заява CCSP (CCSP Application)

## Частина 2A. Інформація щодо ліцензованого постачальника

(МАЄ ЗАПОВНЮВАТИСЯ ОДНИМ З БАТЬКІВ/ОПІКУНОМ ТА ПОСТАЧАЛЬНИКОМ)

Заповнюйте розбірливо. Неповна інформація може затримати схвалення оплати.

| | |
|---|---|
| ДАТА | |
| НОМЕР ТЕЛЕФОНА ЦЕНТРУ ПОСЛУГ ДЛЯ КЛІЄНТІВ | |
| НОМЕР ФАКСУ: | |

**1. ІМ'Я, ПРІЗВИЩЕ ТА АДРЕСА ПОСТАЧАЛЬНИКА**

Ім'я, прізвище та адреса постачальника, надані нам, є публічною інформацією, та можуть бути надані за проханням будь-якої особи.

| | |
|---|---|
| ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА | |
| ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ОДНОГО З БАТЬКІВ/ОПІКУНА | |
| ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ПОСТАЧАЛЬНИКА | НОМЕР ПОСТАЧАЛЬНИКА |
| АДРЕСА ПОСТАЧАЛЬНИКА | НОМЕР ТЕЛЕФОНУ ПОСТАЧАЛЬНИКА |
| МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ КОД | ОЧІКУВАНА ДАТА ПОЧАТКУ НАДАННЯ ПОСЛУГ |

**2. ТИП ДОГЛЯДУ: ВІДМІТЬТЕ ВІДПОВІДНЕ ПОЛЕ, ЩО ВКАЗУЄ НА ТИП ДОГЛЯДУ, ЯКИЙ ВИ НАДАЄТЕ. ПОСТАЧАЛЬНИК ЗАПОВНЮЄ РОЗДІЛИ 3 ТА 4.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Ліцензований центр догляду за дітьми | SSN АБО ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР ПЛАТНИКА ФЕДЕРАЛЬНОГО ПОДАТКУ ПОСТАЧАЛЬНИКА | ☐ Ліцензований дитсадок сімейного типу | SSN АБО ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР ПЛАТНИКА ФЕДЕРАЛЬНОГО ПОДАТКУ ПОСТАЧАЛЬНИКА |

**3. ВКАЖІТЬ ДНІ ТА ЧАС, КОЛИ НАДАВАТИМУТЬСЯ ПОСЛУГИ ДОГЛЯДУ ЗА НАСТУПНИМИ ДІТЬМИ (ДОДАТКОВИХ ДІТЕЙ, ЗА ЯКИМИ ВИ НАГЛЯДАЄТЕ, ВКАЖІТЬ В РОЗДІЛІ П'ЯТЬ)**

| ІМЕНА ТА ПРІЗВИЩА | ДАТА НАРОДЖЕННЯ | ДНІ ТА ЧАС НАДАННЯ ДОГЛЯДУ, ВКАЗАТИ ЧАС ДО ТА ПІСЛЯ ШКОЛИ |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**4. ОФІЦІЙНИЙ ПОСТАЧАЛЬНИК: <u>ВКАЖІТЬ СВОЮ СТАВКУ ЗА ДЕНЬ</u>**

Яку ставку ви зазвичай встановлюєте для батьків/опікунів?

Цю інформацію необхідно надати до схвалення платежів.

Якщо вам необхідна допомога, зателефонуйте на лінію постачальників за номером 1-800-394-4571 або напишіть електронного листа на адресу providerhelp@dshs.wa.gov.

| | | | |
|---|---|---|---|
| НЕМОВЛЯ (0-11 МІСЯЦІВ) $ | ДИТИНА ДОЯСЕЛЬНОГО ВІКУ (12-17 МІСЯЦІВ) $ | ДИТИНА ЯСЕЛЬНОГО ВІКУ (18-29 МІСЯЦІВ) $ | ЯКЩО ТАК, СУМА: $_____ ☐ ЗА ДИТИНУ ☐ ЗА РОДИНУ |
| ДИТИНА ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ (30 МІСЯЦІВ – 5 РОКІВ, ЩЕ НЕ В ШКОЛІ) $ | ДИТИНА ШКІЛЬНОГО ВІКУ (5-12 РОКІВ) $ | РЕЄСТРАЦІЙНИЙ ЗБІР ☐ НЕМАЄ ☐ ОДНОРАЗОВИЙ ☐ ЩОРІЧНИЙ ☐ ПЛАТА ЗА ВИЇЗД | $_____ НА МІСЯЦЬ СТАВКА |

**За інформацією щодо ставок для дітей з особливими потребами зверніться до колл-центру.**

**Я розумію, що заповнення цієї форми не гарантує виплат. Якщо догляд за дитиною буде схвалено, я погоджуюсь на оплату догляду за дитиною за моєю стандартною ставкою або за ставкою штату, залежно від того, що є меншим.**

| | | |
|---|---|---|
| ПІДПИС ПОСТАЧАЛЬНИКА ☐ Директор ☐ Власник ☐ Інше | ДАТА | НОМЕР ТЕЛЕФОНУ ТА ФАКСУ (ВКЛЮЧАЮЧИ КОД РЕГІОНУ) |

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

# Заявка тільки для WCCC (WCCC Only Application)

## Частина 2B. Інформація про постачальника, що є членом родини / другом / сусідом

(МАЄ ЗАПОВНЮВАТИСЯ ОДНИМ З БАТЬКІВ/ОПІКУНОМ ТА ПОСТАЧАЛЬНИКОМ)

Заповнюйте розбірливо. Неповна інформація може затримати схвалення оплати.

| | |
|---|---|
| ДАТА | |
| НОМЕР ТЕЛЕФОНУ ЦЕНТРУ ПОСЛУГ ДЛЯ КЛІЄНТІВ | |
| НОМЕР ФАКСУ | |

**РОЗДІЛ 1. ІМ'Я, ПРІЗВИЩЕ ТА АДРЕСА ПОСТАЧАЛЬНИКА**

Ім'я, прізвище та адреса постачальника, надані нам, є публічною інформацією, та можуть бути надані за проханням будь-якої особи.

| | |
|---|---|
| | ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА |
| | ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ОДНОГО З БАТЬКІВ/ОПІКУНА |
| ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ПОСТАЧАЛЬНИКА | НОМЕР ПОСТАЧАЛЬНИКА |
| АДРЕСА ПОСТАЧАЛЬНИКА (ЯКЩО ДОГЛЯД НАДАВАТИМЕТЬСЯ В ДОМІ ПОСТАЧАЛЬНИКА, ВКАЗАТИ ФІЗИЧНУ АДРЕСУ, А НЕ ПОШТОВУ) | НОМЕР ТЕЛЕФОНУ ПОСТАЧАЛЬНИКА |
| МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ КОД | ОЧІКУВАНА ДАТА ПОЧАТКУ НАДАННЯ ПОСЛУГ |

**РОЗДІЛ 2. МАЄ ЗАПОВНЮВАТИСЯ ТИМ З БАТЬКІВ, ХТО ПОДАЄ ЗАЯВУ НА ДОГЛЯД ЗА ДІТЬМИ**

1. Чи є постачальник вашою дитиною (рідною, всиновленою, пасинком/падчеркою або вихованцем) віком від 18 до 20 років.
   ☐ Так ☐ Ні
2. Чи є постачальник одним з ваших батьків (рідним, прийомним, вітчимом/мачухою або опікуном). ☐ Так ☐ Ні
   Якщо ви відповіли «так» на питання 2, відмітьте нижче поля, що стосуються вас.
   Ви: ☐ Вдовець/Вдова. ☐ Розведений(-а). ☐ Одружений(-а), розлучений(-а) або ніколи не були у шлюбі.
   ☐ Мешкаю із чоловіком/дружиною інвалідом, який(-а) не може доглядати за моєю дитиною протягом мінімум чотирьох тижнів в одному календарному кварталі.
3. ☐ Пункти 1 та 2 не відносяться до мене.

**РОЗДІЛ 3. МАЄ ЗАПОВНЮВАТИСЯ ПОСТАЧАЛЬНИКОМ, ЩО Є ЧЛЕНОМ РОДИНИ / ДРУГОМ / СУСІДОМ**

| | | |
|---|---|---|
| SSN ПОСТАЧАЛЬНИКА | ВІДНОШЕННЯ ДО ДИТИНИ | АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ ПОСТАЧАЛЬНИКА |
| ЧИ Є ПОСТАЧАЛЬНИК НЕПОВНОЛІТНІМ? ☐ Так ☐ Ні | ДАТА НАРОДЖЕННЯ | ЧИ Є ПОСТАЧАЛЬНИК ГРОМАДЯНИНОМ США АБО РЕЗИДЕНТОМ, ЩО МАЄ ПРАВО ПРАЦЮВАТИ У США? ☐ Так ☐ Ні |

**Ви мусите:**

Надавати догляд тільки в домі, де мешкають діти. Догляд може надаватися в домі постачальника, якщо він/вона є одним з наступних родичів для дітей: дядько, тітка, бабуся або дідусь, брат або сестра, що мешкають окремо, двоюрідний дід, двоюрідна бабуся, прадід або прабабуся.

| | |
|---|---|
| Чи ви мешкаєте разом з дитиною, яку доглядаєте? ☐ Так ☐ Ні | ☐ Догляд надаватиметься в домі, де мешкають діти. Перейдіть до розділу 5.<br>☐ Догляд надаватиметься в домі постачальника. Заповніть розділ 4. |

**РОЗДІЛ 4. ЗАПОВНЮЄ ПОСТАЧАЛЬНИК, ЯКЩО ДОГЛЯД ЗА ДИТИНОЮ НАДАЄТЬСЯ В ДОМІ ПОСТАЧАЛЬНИКА, В ЯКОМУ ДИТИНА НЕ МЕШКАЄ**

Якщо догляд відбуватиметься в вашому будинку, в якому дитина не мешкає, надайте департаменту імена, дати народження та наявність судимостей за сексуальні злочини всіх осіб старше 16 років, що мешкають з вами:

| ПРІЗВИЩЕ, ІМ'Я | ДАТА НАРОДЖЕННЯ | ЗАРЕЄСТРОВАНА ОСОБА, ЩО МАЄ СУДИМІСТЬ ЗА СЕКСУАЛЬНІ ЗЛОЧИНИ | **Якщо ви не проінформуєте департамент про наявність особи, що має судимість за сексуальні злочини, у домі, в якому надаватиметься догляд, це призведе до постійної дискваліфікації постачальника. WAC 170-290-0160** |
|---|---|---|---|
| 1. | | ☐ Так ☐ Ні | |
| 2. | | ☐ Так ☐ Ні | |
| 3. | | ☐ Так ☐ Ні | |
| 4. | | ☐ Так ☐ Ні | |

Я підтверджую, що вказані вище особи є єдиними особами старше 16 років, що мешкають зі мною. Я розумію, що особиста інформація цих осіб перевірятиметься таким же чином, як і моя. Я також розумію, що якщо інша особа старше 16 років переїде в мій дім у той час, протягом якого я буду офіційним постачальником WCCC, я маю негайно повідомити одного з батьків.

| | |
|---|---|
| ПІДПИС ПОСТАЧАЛЬНИКА | ДАТА |

| РОЗДІЛ 5. МАЄ ЗАПОВНЮВАТИ ПОСТАЧАЛЬНИК, ЩО Є ЧЛЕНОМ РОДИНИ / ДРУГОМ / СУСІДОМ | | |
|---|---|---|
| Постачальники, що є членами родини / друзями / сусідами, можуть просити від штату оплати не більше ніж за 6 (шість) дітей водночас. ВКАЖІТЬ ДНІ, ЧАС ТА СТАВКУ, ЗА ЯКОЮ ВИ НАДАВАТИМЕТЕ ДОГЛЯД ЗА ДИТИНОЮ (ДІТЬМИ). | | |
| ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ДИТИНИ | ДАТА НАРОДЖЕННЯ | ДНІ ТА ЧАС НАДАННЯ ДОГЛЯДУ, ВКАЗАТИ ЧАС ДО ТА ПІСЛЯ ШКОЛИ |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Моя звичайна погодинна ставка на дитину становить: $ . Я розумію, що мені платитимуть мою ставку або ставку штату, залежно від того, яка є меншою. | | |

ЗА ІНФОРМАЦІЄЮ ЩОДО СТАВОК ДЛЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ ЗВЕРНІТЬСЯ ДО КОЛЛ-ЦЕНТРУ.

## РОЗДІЛ 6. МАЄ ПРОЧИТАТИ ТА ПІДПИСАТИ ПОСТАЧАЛЬНИК

**Обов'язки постачальника:**

- Пройти перевірку особистої інформації Якщо ви доглядаєте за дитиною у своєму будинку, необхідно також пройти перевірку особистої інформації для кожної особи старше 16 років, що мешкає у вашому домі або переїжджає до вас.
- Протягом 24 годин повідомити департамент DSHS про будь-які судимості або звинувачення проти вас або будь-якої особи старше 16 років, що мешкає в вашому домі, якщо догляд відбувається в вашому домі.
- Протягом 10 днів повідомити департамент DSHS, якщо ви змінюєте ім'я, прізвище, адресу або номер телефону.

**Придатність постачальника:**

- Бути віком старше 18 років та громадянином або резидентом США.
- Надавати догляд тільки в домі, де мешкають діти. Догляд може надаватися в домі постачальника, якщо він/вона є одним з наступних родичів для дітей: дядько, тітка, бабуся або дідусь, брат або сестра, що мешкають окремо, двоюрідний дід, двоюрідна бабуся, прадід або прабабуся.
- Не мати кримінального минулого, що робить вас непридатним для такої роботи, згідно з WAC 170-290-0160 або WAC 170-290-0165.
- Бути достатньо здоровим фізично та психічно, щоб задовольняти потреби дитини в догляді. Якщо персонал про це попросить, батьки (або один з батьків) мають надати письмове підтвердження, що ви є достатньо здоровим фізично та психічно, щоб бути безпечним постачальником догляду за дитиною.
- Мати можливість доглядати за дитиною, не використовуючи фізичних покарань або психологічного насильства.
- Надавати безпечний догляд дитини (дітей) у безпечному домі.
- Бути обізнаним щодо основних принципів охорони здоров'я, профілактики та контролю інфекційних захворювань та щеплень.
- Надавати постійний догляд, нагляд та види діяльності, базуючись на вікових потребах дитини.
- Негайно повідомляти батьків про будь-які судимості або звинувачення проти вас або будь-якої особи старше 16 років, що мешкає у вашому домі, якщо догляд відбувається не в домі, в якому мешкає дитина.
- Не бути одним з біологічних або прийомних батьків, вітчимом/мачухою, офіційним опікуном, повнолітньою особою, що діє в якості одного з батьків, або чоловіком/дружиною таких осіб.

**Записи відвідувань:**

- Записи мають:
  - Відображати дні та час догляду за кожною дитиною
  - Включати підпис одного з батьків/опікуна та дату відвідувань щонайменше раз на тиждень
  - Зберігатися протягом 5 (п'яти) років
  - Надаватися протягом 14 днів, якщо департамент DSHS або DEL захоче з ними ознайомитись

**Розрахунок:**

- Ви не отримаєте оплату за догляд за дитиною, наданий до моменту отримання результатів перевірки вашої особистої інформації департаментом DSHS. Якщо ви надаєте догляд до отримання результатів перевірки вашої особистої інформації, за оплату вам відповідальна родина.
- Ви можете отримувати оплату від DSHS не більше ніж за 6 (шість) дітей протягом одних і тих же годин догляду.
- Переглядайте записи щоденних відвідувань з метою визначити кількість годин, що підлягають оплаті, базуючись на відвідуваннях дитини та вашому дозволі.

## РОЗДІЛ 6. ПРОДОВЖЕННЯ

**Місцевий міжнарожний союз найманого персоналу 925 (SEIU 925)**

SEIU 925 представляє постачальників, що є родичами/друзями/сусідами. Колективний трудовий договір включає положення та переваги для членів SEIU 925. Члени союзу платять внески в розмірі 2% від послуг з догляду за дітьми, що оплачуються штатом. Внески не перевищують $50 на місяць.

Додаткову інформацію можна знайти у: «Керівництві для постачальників догляду за дітьми, що є родичами, друзями або сусідами» (*A Guide for Family, Friends and Neighbors Child Care Providers*), за адресою: http://www.del.wa.gov/requirements/info/subsidy.aspx

Я розумію, що заповнення цієї форми **не гарантує виплат.** Якщо догляд за дитиною буде схвалено, я погоджуюсь на оплату догляду за дитиною за моєю стандартною ставкою або за ставкою штату, **залежно від того, що є меншим**. Я розумію, що виплати будуть встановлені тільки після того, як департамент отримає все результати перевірки особистої інформації. Я прочитав(-ла) та зрозумів(-ла) Розділ 6 цієї форми.

**Я заявляю під страхом покарання за лжесвідчення, що інформація, надана мною у цій декларації, є правдивою, правильною та повною, наскільки мені це відомо, та розумію, що умисна фальсифікація цієї інформації з мого боку може призвести до покарання згідно з законами штату Вашингтон. (RCW 74.08.055)**

| ПІДПИС ПОСТАЧАЛЬНИКА | ДАТА | ☐ Доглядач, що не є родичем<br>☐ Доглядач, що є родичем |
|---|---|---|

## РОЗДІЛ 7. МАЄ ПРОЧИТАТИ ТА ПІДПИСАТИ ОДИН З БАТЬКІВ

Я, один з батьків/опікун, підтверджую, що мій постачальник, який є родичем/другом/сусідом, відповідає вказаним вище вимогам. Я розумію, що:

- Якщо я не можу дати таких гарантій, виплати не будуть схвалені.
- Певна особиста інформація може дискваліфікувати мого постачальника. Мій постачальник відповідальний за те, щоб негайно повідомляти мене, якщо він або будь-яка інша особа старше 16 років, що мешкає з ним, якщо догляд надається не в домі, де мешкає дитина, має судимість або звинувачується у будь-якому злочині. У такому випадку я відповідаю за те, щоб негайно повідомити про це свого інспектора WCCC.
- Особі, яка надає послуги догляду за дитиною (дітьми), не будуть сплачувати жодних грошей до моменту отримання всіх результатів перевірки особистої інформації.
- Я маю повідомити персонал CCSP протягом п’яти днів, якщо постачальник припинить надавати послуги догляду за дитиною.
- Мій постачальник не отримуватиме оплати за догляд за більше ніж шість дітей водночас (в ті самі години та дні).
- Я не можу призначати більше трьох постачальників, що є родичами/друзями/сусідами, на отримання платежів від WCCC водночас протягом ствердженого періоду. Тільки один з цих трьох постачальників може бути запасним (додатковим) постачальником. Я можу використовувати ліцензованого/сертифікованого постачальника для додаткового догляду.
- Як роботодавець постачальника, що є вашим родичем/другом/сусідом, ви відповідаєте за те, щоб ваш постачальник заповнив форму I-9 перевірки права на працевлаштування USCIS.
  - Всі роботодавці США мають заповнювати та зберігати форму I-9 на кожну особу, яку вони наймають на роботу в США.
  - Це включає громадян та негромадян.
  - Щодо цієї форми, роботодавець має перевірити право на працевлаштування та документ(и), що засвідчують особу, які працівник надає для визначення, чи є ці документи дійсними та чи відносяться вони до особи, та внести інформацію про документи у форму I-9.
  - Перелік допустимих документів наведено на останній сторінці форми. *Форму та інструкції можна знайти за посиланням:* ***http://www.uscis.gov/i-9***
- Якщо у вас або постачальника зміняться умови проживання, негайно повідомте про це (така зміна може вплинути на те, які податкові документи будуть відправлені постачальнику за його послуги).

**Я заявляю під страхом покарання за лжесвідчення, що інформація, надана мною у цій декларації, є правдивою, правильною та повною, наскільки мені це відомо, та розумію, що умисна фальсифікація цієї інформації з мого боку може призвести до покарання згідно з законами штату Вашингтон. (RCW 74.08.055)**

| ПІДПИС ОДНОГО З БАТЬКІВ/ОПІКУНА | ДАТА |
|---|---|