Washington State Department of Social & Health Services

STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

日期：_____

_____
家長/監護人

_____
個案號碼

請沿此綫折疊

尊敬的申請人：

我們已收到您提出的職工子女看護計畫請求信。這份申請表格係對您的請求信之回應。

一旦您提供所有下列資訊，我們即可審核您的申請，並決定您是否有享受該項服務的資格。

- 職工子女看護計畫申請書/服務提供者資訊（即使您已參加 WorkFirst 支持服務計畫，也須完整填寫這些內容）；
- 提供您家最近三個月的收入資訊（例如工資單存根影印件、兒童贍養費、社會安全福利收入、安全收入津貼計畫福利(SSI),以及您家中任何人獲得的任何其他收入）。請提供您的工作時程表、工作地點的聯絡人姓名及其電話號碼。您若享受州府的貧困家庭暫時輔助(TANF)的現金補助，可不必提供這方面的證明。
- 若您剛被僱用，尚無工資單存根，可提交一份僱主聲明，說明僱用日期、您的收入額（每小時工資、工資等）以及您的工作時程表。該聲明須包括工作地點的聯絡人姓名及其電話號碼。
- （若此條適用）請提供法院或行政裁定之兒童贍養費金額及已付金額之證明。
- 若照看服務係由一位居家/親屬托兒服務業者提供，該服務提供者須符合本表格第四頁所述的要求，而您須遞交該服務提供者之：
  - 帶有照片的身份識別證件；
  - 有效的社會安全卡，或能證明該服務提供者可在美國合法工作之證件，例如綠卡或工作許可證(EAD)；
  - 目前的地址；以及
  - 背景調查授權書，即 DSHS 09-653。可向您的職工子女看護計畫審批人員索取該表格。**對於在背景調查結果收到之前所獲得的服務，本處不予付費。**

您若有任何不明白的問題，請給我們打電話，電話號碼如下。

工作人員姓名：_____ 電話/傳真號碼：_____

Washington State Department of Social & Health Services

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

申請表格

第 1 部份：申請資訊

若資訊填寫不完整，可能會延誤批准和付款。
請以打字方式填寫或工整填寫。

DATE	WORKER'S NAME
LOCAL OFFICE	
TELEPHONE NUMBER	FAX NUMBER
CASE NUMBER	BIRTHDATE
SSN (OPTIONAL)	TELEPHONE NUMBER
ETHNICITY	GENDER ☐ Male ☐ Female

家中由您負責撫養的兒童

姓名（姓，名，中間名縮寫）	出生日期	性別	族裔	社會安全號碼（自願填寫）	美國公民或合法居民	與申請人的關係
					☐ 是 ☐ 否	
					☐ 是 ☐ 否	
					☐ 是 ☐ 否	
					☐ 是 ☐ 否	
					☐ 是 ☐ 否	
					☐ 是 ☐ 否	

配偶或住在家中的另一位家長/監護人（此欄必須填寫）

姓名	出生日期	社會安全號碼（自願填寫）	與申請人的關係	與上列兒童的關係

申請人

僱主姓名或名稱，WORKFIRST 支持服務計畫活動或學校

地址（工作，WORKFIRST 支持服務計畫活動或學校）

電話號碼　　開始日期

若您已有職業，發薪方法以及工資金額
☐ 每週一次　☐ 每兩週一次
☐ 每月兩次　☐ 每月一次　$

配偶或第二位家長/監護人

僱主姓名或名稱，WORKFIRST 支持服務計畫活動或學校

地址（工作，WORKFIRST 支持服務計畫活動或學校）

電話號碼　　開始日期

若您已有職業，發薪方法以及工資金額
☐ 每週一次　☐ 每兩週一次
☐ 每月兩次　☐ 每月一次　$

您是否付兒童贍養費？ ☐ 是 ☐ 否　　每月金額： $

全家每月掙得/非掙得收入來源

請包括（最近三個月的）影印件：	姓名 本人	姓名	姓名	姓名
工作工資（扣稅前的總額）				
自僱職業				
貧困家庭暫時輔助(TANF)				
您所收到的兒童贍養費				
安全收入津貼計畫(SSI)，社會安全福利(SSA)				
退役軍人、殘障、勞工與工商保險或失業福利				
其他（請具體說明）：				

您是否獲得幫您支付房費的付款證書？ ☐ 是 ☐ 否

家長/監護人活動時程表		
申請人		配偶或第二位家長/監護人
活動（工作、學校、WORKFIRST 活動）		活動（工作、學校、WORKFIRST 活動）
	您工作、學校、WORKFIRST 活動的時程表？	您工作、學校、WORKFIRST 活動的時程表？
星期一		
星期二		
星期三		
星期四		
星期五		
星期六		
星期日		

兒童照看開始日期：

兒童活動時程表		
兒童姓名	學校時程表 （確切的日期及時間）	學校時程表 （確切的日期及時間）

您是否有一個有特殊需要的孩子？ ☐ 是 ☐ 否

若答案爲是，請與審批人員聯絡，以詢問關於滿足特殊需要的付款金額。

聽證權利

您有權提出舉行公平聽證會的請求。您可以與本辦事處聯絡或寫信給行政聽證處，提出舉行一次公平聽證會的請求，該處的地址是 Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489。您須於收到此決定後 90 天內提出聽證請求。您可以代表您自己出席聽證會，也可以請一位律師代表您或您選擇的其他人作您的代表。您可以聯絡某個法律服務處，並獲得免費的法律諮詢或代理。

據我所知，本人在陳述中提供的資訊屬實，正確並且完整。特此聲明，若有不實之處，願受僞證罪處罰。本人理解，若我故意提供僞造資訊，按照華盛頓州法律（華盛頓州修正法規 74.08.055）我將受到處罰。

第一家長/法定監護人簽名	日期	第二家長/法定監護人簽名	日期

您孩子的醫療福利

您是否知道，您可為您的孩子獲得醫療及牙科醫療福利？不需等待，就像數 1-2-3 那麼容易！

1. 您是否獲得州府提供的其他補助，如食品券或現金補助？
   - 若答案爲**是**：則請打電話給負責您個案的財務工作人員，並為您的孩子要求醫療福利。
   - 若答案為**否**：請打免費電話給兒童醫療補助部門，電話號碼是 1-800-204-6429。
2. 請將工作人員所需的資訊告訴他們，他們就可以查清您是否有資格享受這項福利。他們可能已經掌握這些資訊，或可以從電話中受理申請。
3. 您從郵局收到醫療卡。

不要等待 – 祇需打一個電話，即可為您的孩子申請醫療福利！

禁止在任何計畫和活動中以種族、膚色、宗教、信仰、原國籍、性別、年齡、婚姻狀況、喪失能力或越戰退役軍人身份，或殘障情形為由而對任何人進行歧視。

Washington State Department of Social & Health Services

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

申請表格

第 2 部份 服務提供者資訊

（由家長/監護人及服務提供者填寫）

請以打字方式填寫或工整填寫。
若資訊填寫不完整，可能會延誤批准和付款。

DATE	
WORKER'S NAME	
LOCAL OFFICE	
TELEPHONE/FAX NUMBER	
CASE NUMBER	
PARENT/GUARDIAN'S NAME	
PROVIDER NUMBER	
EXPECTED START DATE FOR CARE	

1. 服務提供者姓名及地址

向我們提供的服務提供者姓名、地址及電話號碼均屬公開資訊，可向任何詢問者提供。

2. 照看服務種類：請勾選您提供的照看服務種類

☐ 托兒服務	服務提供者之社會安全號碼及聯邦納稅識別號碼			執照失效日期
☐ 家庭式托兒服務	服務提供者之社會安全號碼及聯邦納稅識別號碼			執照失效日期
☐ 在兒童所居住的家庭提供托兒服務；請閱第 4 頁第 5 項及第 7 項。	服務提供者之社會安全號碼	是否 18 歲以上? ☐ 是 ☐ 否	出生日期	與兒童的關係
☐ 居家/親屬托兒服務；請閱第 4 頁第 6 項及第 7 項。	服務提供者之社會安全號碼	是否 18 歲以上？ ☐ 是 ☐ 否	出生日期	與兒童的關係

3. 您為下列兒童提供照看服務之天數及時間

姓名	出生日期	提供照看服務之天數及時間，請註明係學校上課時間之前或之后

4. 服務提供者：請填寫您照看服務的每日費率

您通常向家長/監護人收費的費率？ **付款被批准前您必須提供此一資訊。**	嬰兒 $	幼兒 $	報名費 ☐ 不收取 ☐ 一次 ☐ 實地考察活動費	若收費，請填寫金額： $_____ ☐ 每名兒童 ☐ 每家 每月$_____ 費率
	學齡前兒童 $	學齡兒童 $		

為有特殊需要的兒童所提供的服務費率，請與審批人員聯絡。

本人明白，此表格並非收費保證。若我獲准提供服務准，我同意接受按照我通常的費率與社會福利服務部費率兩者中較低的一種費率收費。

服務提供者簽名 ☐ 主管 ☐ 非親屬照看者 ☐ 其他 ☐ 業主 ☐ 親屬照看者	日期	電話及傳真號碼（包括地區號碼）

OR AGENCY USE ONLY: ☐ **Check box if licensed provider information was obtained by telephone.**

5. 若服務提供者在您家提供服務，請兒童家長填寫此欄

若對兒童的照看係在您家由您的成年孩子或您的家長提供，則需要填寫下列資訊。若您和服務提供者住在一起，我們即認爲服務提供者的家就是您的家。請填寫第 1、第 2 或第 3 項。若填寫不完整，可能會延誤付款。

1. 服務提供者是我的孩子（親生、過繼、領養或寄養）18 至 20 歲。 ☐ 是 ☐ 否

2. 服務提供者是我的父母（親生、過繼、領養或寄養） ☐ 是 ☐ 否

若答案爲是，請勾選適用於您的方框（係指申請獲得托兒服務者，而非服務提供者）。

☐ 我已喪偶。 ☐ 我已離婚而未再婚。 ☐ 我已婚，分居，或未婚。

☐ 我與有殘障的配偶同住；我的配偶無能力在一個季度中至少連續四週照看我的孩子。

3. ☐ 第 1 項或第 2 項不適用於我（係指申請獲得托兒服務者，而非服務提供者）。

6. 若照看服務不在兒童家中提供，此欄則由服務提供者填寫

服務提供者必須是一位成年親屬。該親屬必須向我們提供所有和他（她）住在一起的 16 歲或 16 歲以上的人的姓名及出生日期。衹需提供 16 歲或 16 歲以上家中成員的名字。

姓名	出生日期	姓名	出生日期

我證實，上面列名者是僅有的與我同住的 16 歲或 16 歲以上者。本人明白，這些人也與我一樣，須接受背景調查。本人也明白，在我獲准擔任職工子女看護計畫的服務提供者期間，若有其他人（16 歲或 16 歲以上）遷入我家，我必須立即通知兒童的家長。

服務提供者簽名	日期

7. 家長及服務提供者證明

您，服務提供者，是否是美國公民，或者可在美國合法工作的外籍人？ ☐ 是 ☐ 否

作爲一位居家/親屬托兒服務業者，您必須：

- 年滿 18 歲或 18 歲以上。
- 衹能在兒童家中提供服務。要在服務提供者家中提供服務，服務提供者必須是兒童的姑母、伯母、舅母、姨母、伯父、叔父、舅父、姨父、姑父、祖父母、外祖父母、兄弟、姊姊，而又不在兒童家中居住；或是兒童的曾祖父母，外曾祖父母。
- 根據華盛頓州行政法規 388-290-0160 或 288-290-0165 條規定，沒有會使服務提供者失去資格的犯罪背景。
- 身心健全，能勝任並滿足受照看兒童的需求。若我們提出要求，兒童的家長必須出示書面證明，證實您身心健全，能為兒童提供安全的照看服務。
- 能照看好兒童，而不施以體罰或精神虐待。
- 在安全的家庭環境場所裡提供兒童照看服務。
- 具備基本的健康常識、傳染病預防常識以及控制和免疫常識。
- 能依兒童的發育需求而提供持續的照看、監護以及活動。
- 如果提供托兒服務的場所在受照看兒童住所以外的地方，若照看者獲悉其本人或居住在同一家庭的任何 16 歲或 16 歲以上者有任何刑事判罪或待決指控，必須立即向兒童家長報告此事。
- 不是該名兒童之親生父母、繼父繼母、領養父母、法定監護人、代替父母地位者或者上述任何人的配偶。

7. 家長及服務提供者證明（續）			
我，作爲家長/監護人，證明我的居家/親屬托兒服務業者符合上述要求。本人明白： ▪ 若我不作此保證，將不能批准付款。 ▪ 某些背景資訊可能會使我的服務提供者失去提供服務的資格。當我的服務提供者不在兒童家中提供服務時，若其本人或與其同住的 16 歲或 16 歲以上者因任何刑事罪行而受指控或被判罪，其有責任立即向我報告。而我有責任立即通知我的社會福利服務部負責托兒工作的工作人員。 ▪ **對於在本處收到全部背景調查結果之日以前所提供的托兒服務，概不支付費用。** ▪ 若該服務提供者終止其托兒服務，我須於五天之內通知職工子女看護計畫的工作人員。 ▪ 若我的服務提供者同時（同一天同一時刻）照看六名以上兒童，則其得不到服務報酬。 ▪ 在本人有資格享受這項福利期間，我不得同時有三位以上收費的居家/親屬托兒服務業者。三這三位托兒服務業者其中祇可有一位擔任替補服務提供者。我也可請一位領有執照或合格證書的服務提供者擔任替補服務提供者。 **據我所知，本人在陳述中提供的資訊屬實，正確並且完整。特此聲明，若有不實之處，願受僞證罪處罰。本人理解，若我故意提供僞造資訊，按照華盛頓州法律（華盛頓州修正法規 74.08.055）我將受到處罰。**			
家長/監護人簽名	日期	服務提供者簽名	日期

所有托兒服務提供者

凡接受社會福利服務部托兒服務付款的服務提供者，均同意下列各項規定：

社會福利服務部保留停止對任何托兒服務申請予以批准/授權之權利。

致服務提供者通知：若托兒服務福利被削減或終止，我們的工作人員將設法告知服務提供者，但社會福利服務部並無事先通知服務提供者之責任。請注意社會服務付款系統(SSPS)付款批准通知書上關於家庭享受資格的終止日期。領有執照或合格證書的服務提供者可聯絡審批人員，以便索取一份服務提供者資訊手冊，「兒童津貼費、領有執照或合格證書的托兒服務提供者手冊」，社會福利服務部 22-877(X)。

額外付款：領有執照或合格證書的服務提供者，不得讓家長/監護人支付社會福利服務部批准的正常托兒服務費率與該服務提供者通常費率間的差額。服務提供者不得讓個案當事人尋找一位第三者為其支付額外付款，或為其支付「自付額。

服務提供者可向一位社會福利服務部的個案當事人收取額外費用，若該家長/監護人：

- 由於私人原因（例如由於家長/監護人去商場購物而不能及時來接孩子）而要求服務提供者為其提供超出批准範圍的托兒服務；或者
- 要求服務提供者為其孩子的自願參加的補充課外活動（例如體操、芭蕾舞等）提供服務。

服務提供者並非社會福利服務部僱員：根據此合約提供服務的服務提供者及其僱員並非社會福利服務部僱員或代理機構。該服務提供者不得聲稱自己是社會福利服務部或華盛頓州的官員或僱員；或者提出獲得根據華盛頓州修正法規第 41.06 條規定政府文職人員所享有的權利、特殊待遇或福利之要求。

托兒服務費率由社會福利服務部規定，並可根據適當情況而扣除稅款。社會福利服務向国稅局(IRS)報告部服務提供者的托兒服務掙得收入額。服務提供者將於每年一月底收到一份 1099 號或 W-2 號稅務表格。該表格將按社會福利服務部檔案中服務提供者最後登錄的地址寄送。