Washington State Department of Social & Health Services

STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

Дата: _____

_____
РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН

_____
НОМЕР ДЕЛА

_____
ЛИНИЯ ПЕРЕГИБА

Уважаемый заявитель!

Мы получили ваш запрос в отношении участия в программе «Уход за ребенком - действующие связи» (Working Connections Child Care, WCCC). Данное заявление отправлено в ответ на ваш запрос.

Мы рассмотрим ваше заявление и определим, имеете ли вы право на участие, если вы предоставите ВСЮ перечисленную ниже информацию.

- Информация о заявлении/поставщике услуг программы WCCC (вам необходимо **заполнить** это, даже если вы участвуете в мероприятиях программы WorkFirst (Работа - прежде всего)).

- Информация о семейном доходе за последние три месяца (например копии корешков чеков зарплаты, выплаты на содержание ребенка, доход в рамках программ социального обеспечения, дополнительная социальная помощь (Supplemental Security Income, SSI) и все другие виды дохода, получаемого кем-либо в вашей семье). Приложите свой график работы, а также укажите лицо для контактов и номер телефона. Вам не нужно представлять подтверждение дохода в виде денежной помощи из средств штата (программа TANF).

- Если вы устроились на работу недавно и у вас нет корешков чеков зарплаты, мы примем заявление от вашего работодателя с указанием даты вашего трудоустройства, размера вашего заработка (почасовая оплата, оклад и т.д.) и вашего будущего графика работы. Пожалуйста, попросите указать в заявлении лицо для контактов и номер телефона.

- Доказательства выплат на содержание ребенка (при наличии таковых) по распоряжению суда или административному распоряжению и подтверждение сделанных выплат.

- Если уход предоставляется поставщиком услуг, являющимся родственником или осуществляющим уход на дому, поставщик должен соответствовать требованиям, перечисленным на стр. 4 данной формы. Кроме того, вы должны представить следующие данные о поставщике услуг:

  - удостоверение личности с фотографией;

  - действующую карточку социального обеспечения (Social Security card) или подтверждение того, что поставщик услуг имеет законное право работать в США, например вид на жительство («Зеленая карта» - Green Card) или разрешение на работу (Employment Authorization document, EAD);

  - текущий адрес; и

  - форму разрешения на проведение проверки биографических данных (Background Authorization) DSHS 09-653. Данную форму вы можете получить у своего сотрудника по разрешениям (authorizing worker) программы WCCC. **Оплата за уход, осуществленный до момента получения всех результатов проверки биографических данных, производиться не будет.**

Если у вас есть вопросы, пожалуйста, позвоните по указанному ниже номеру.

Имя сотрудника: _____ Номер телефона/факса: _____

Washington State Department of Social & Health Services

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ WCCC

ЧАСТЬ 1. ИНФОРМАЦИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ

Неполная информация может привести к задержке утверждения получения вами услуг и оплаты. Пишите разборчиво печатными буквами или печатайте.

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

ПРОЖИВАЮЩИЕ В СЕМЬЕ ДЕТИ, ЗА КОТОРЫХ ВЫ НЕСЕТЕ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

ИМЯ (ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ИНИЦИАЛ ВТОРОГО ИМЕНИ)	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПОЛ	ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SSN) (ПО ЖЕЛАНИЮ)	ГРАЖДАНИН США ИЛИ ЛИЦО, ЗАКОННО ПРОЖИВАЮЩЕЕ В США	СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ЗАЯВИТЕЛЕМ
					☐ Да ☐ Нет	
					☐ Да ☐ Нет	
					☐ Да ☐ Нет	
					☐ Да ☐ Нет	
					☐ Да ☐ Нет	
					☐ Да ☐ Нет	

СУПРУГ ИЛИ ДРУГОЙ РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН РЕБЕНКА, ПРОЖИВАЮЩИЙ В СЕМЬЕ (ОБЯЗАТЕЛЬНО)

ИМЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (ПО ЖЕЛАНИЮ)	СТЕПЕНЬ РОДСТВА С ЗАЯВИТЕЛЕМ	СТЕПЕНЬ РОДСТВА С УКАЗАННЫМИ ДЕТЬМИ

ЗАЯВИТЕЛЬ

ИМЯ (НАЗВАНИЕ) РАБОТОДАТЕЛЯ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST ИЛИ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ

АДРЕС (РАБОТА, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST ИЛИ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ)

НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДАТА НАЧАЛА

ЕСЛИ ВЫ РАБОТАЕТЕ, ТО КАК ЧАСТО ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ ЗАРПЛАТУ **И** В КАКОМ РАЗМЕРЕ?

☐ Раз в неделю ☐ Раз в 2 недели
☐ 2 раза в месяц ☐ Раз в месяц долларов

СУПРУГ ИЛИ ВТОРОЙ РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН

ИМЯ (НАЗВАНИЕ) РАБОТОДАТЕЛЯ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST ИЛИ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ

АДРЕС (РАБОТА, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST ИЛИ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ)

НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДАТА НАЧАЛА

ЕСЛИ ВЫ РАБОТАЕТЕ, ТО КАК ЧАСТО ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ ЗАРПЛАТУ **И** В КАКОМ РАЗМЕРЕ?

☐ Раз в неделю ☐ Раз в 2 недели
☐ 2 раза в месяц ☐ Раз в месяц долларов

Выплачиваете ли вы средства на содержание ребенка? ☐ Да ☐ Нет Сумма в месяц: долларов

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ ИСТОЧНИКИ ЗАРАБОТАННОГО/НЕЗАРАБОТАННОГО ДОХОДА ДЛЯ ВСЕХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ

Приложить КОПИИ (за последние 3 месяца):	ИМЯ **САМ (А)**	ИМЯ	ИМЯ	ИМЯ
Работа (валовой доход, до вычета налогов)				
Самостоятельная занятость				
Временная помощь нуждающимся семьям (TANF)				
Полученные выплаты на содержание детей				
Социальное обеспечение (SSI, SSA)				
Пособия Управления по делам ветеранов, по инвалидности, департамента L&I или по безработице				
Прочее (указать):				

Получаете ли вы какие-либо ваучеры, помогающие вам платить за жилье? ☐ Да ☐ Нет

ГРАФИК ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА		
ЗАЯВИТЕЛЬ		СУПРУГ ИЛИ ВТОРОЙ РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН
ВИД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (РАБОТА, УЧЕБА, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST)		ВИД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (РАБОТА, УЧЕБА, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST)
	КАКОВ ВАШ ГРАФИК РАБОТЫ, УЧЕБЫ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST?	КАКОВ ВАШ ГРАФИК РАБОТЫ, УЧЕБЫ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ WORKFIRST?
Понедельник		
Вторник		
Среда		
Четверг		
Пятница		
Суббота		
Воскресенье		
Дата начала предоставления услуг по уходу за ребенком:		

ГРАФИК ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ		
ИМЕНА ДЕТЕЙ	РАСПИСАНИЕ ЗАНЯТИЙ В ШКОЛЕ (С УКАЗАНИЕМ ТОЧНЫХ ДНЕЙ И ВРЕМЕНИ)	РАСПИСАНИЕ ЗАНЯТИЙ В ШКОЛЕ (С УКАЗАНИЕМ ТОЧНЫХ ДНЕЙ И ВРЕМЕНИ)

Есть ли у вас ребенок с особыми потребностями? ☐ Да ☐ Нет

Если да, пожалуйста, обратитесь к сотруднику по разрешениям для получения информации о ставках оплаты по уходу за детьми с особыми потребностями.

ПРАВА НА ПРОВЕДЕНИЕ СЛУШАНИЯ

У вас есть право на проведение слушания. Для реализации этого права обратитесь в данный офис или напишите в Управление по административным слушаниям по адресу: Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489. Вы должны подать ходатайство о проведении слушания в течение 90 дней с момента получения вами решения. На слушании вы имеете право представлять свои интересы самостоятельно, иметь в качестве представителя адвоката или любое другое лицо по вашему выбору. Возможно, обратившись в отдел юридических услуг, вы получите бесплатную юридическую консультацию или услуги представителя.

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что информация, предоставленная мною в данном заявлении, является достоверной, точной и полной, насколько мне известно, и понимаю, что в случае умышленной фальсификации данной информации я могу понести наказание в соответствии с законодательством штата Вашингтон (RCW 74.08.055).

ПОДПИСЬ ПЕРВОГО РОДИТЕЛЯ/ЗАКОННОГО ОПЕКУНА	ДАТА	ПОДПИСЬ ВТОРОГО РОДИТЕЛЯ/ЗАКОННОГО ОПЕКУНА	ДАТА

ПРОГРАММА MEDICAL ДЛЯ ВАШИХ ДЕТЕЙ

Знаете ли вы, что вы можете получить для своих детей медицинскую и стоматологическую страховку? Нет никакой очереди, и процедура проста как раз, два, три!

1. Получаете ли вы от штата помощь любого другого вида, например продовольственные талоны или денежную помощь?
   - **ДА:** Позвоните финансовому работнику, отвечающему за ваше дело, и попросите медицинскую страховку для своих детей.
   - **НЕТ:** Позвоните по бесплатному телефону 1-800-204-6429 для получения помощи программы Children's Medical (программа Medical для детей).
2. Предоставьте работнику всю необходимую для установления наличия у вас права на участие в программе информацию. Возможно, они уже располагают данной информацией или смогут получить ее по телефону.
3. Получите медицинскую карточку по почте.

Не медлите – от получения медицинской страховки для ваших детей вас отделяет всего лишь телефонный звонок!

Во всех программах и мероприятиях дискриминация запрещена. Никто не может быть исключен на основе расы, цвета кожи, религии, вероисповедания, национального происхождения, пола, возраста, семейного положения, статуса инвалида войны или ветерана Вьетнамской войны, а также на основе физических или умственных недостатков.

Washington State Department of Social & Health Services

ПРОГРАММА WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ WCCC

ЧАСТЬ 2. ИНФОРМАЦИЯ О ПОСТАВЩИКЕ УСЛУГ

(ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ/ОПЕКУНОМ И ПОСТАВЩИКОМ УСЛУГ)

Заполнять разборчиво.
Неполная информация может привести к задержке оплаты.

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

1. ИМЯ И АДРЕС ПОСТАВЩИКА УСЛУГ
Переданные нам имя, адрес и номер телефона поставщика услуг являются общедоступной информацией и могут предоставляться любым лицам по их запросу.

2. ВИД УХОДА: ОТМЕТЬТЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ПУНКТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ВИД ОСУЩЕСТВЛЯЕМОГО ВАМИ УХОДА

☐ Посторонний уход за детьми	SSN ПОСТАВЩИКА УСЛУГ ИЛИ ЕГО ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА			СРОК ДЕЙСТВИЯ ЛИЦЕНЗИИ
☐ Семейный центр по уходу за детьми	SSN ПОСТАВЩИКА УСЛУГ ИЛИ ЕГО ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА			СРОК ДЕЙСТВИЯ ЛИЦЕНЗИИ
☐ Уход на дому у ребенка; см. пункты 5 и 7 на стр. 4.	SSN ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	18 ЛЕТ ИЛИ СТАРШЕ? ☐ Да ☐ Нет	ДАТА РОЖДЕНИЯ	СТЕПЕНЬ РОДСТВА С РЕБЕНКОМ
☐ Уход на дому у родственника; см. пункты 6 и 7 на стр. 4.	SSN ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	18 ЛЕТ ИЛИ СТАРШЕ? ☐ Да ☐ Нет	ДАТА РОЖДЕНИЯ	СТЕПЕНЬ РОДСТВА С РЕБЕНКОМ

3. УКАЖИТЕ ДНИ И ВРЕМЯ, КОГДА ВЫ БУДЕТЕ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ УСЛУГИ ПО УХОДУ ЗА СЛЕДУЮЩИМИ ДЕТЬМИ

ИМЕНА	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ДНИ И ВРЕМЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ПО УХОДУ, УКАЗАТЬ ВРЕМЯ ДО И ПОСЛЕ ШКОЛЫ

4. ПОСТАВЩИК УСЛУГ: УКАЖИТЕ РАЗМЕР <u>СУТОЧНЫХ</u> СТАВОК, КОТОРЫЕ ВЫ БЕРЕТЕ ЗА УСЛУГИ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ

Какую плату вы обычно взимаете с родителей/опекунов? **Данная информация должна быть предоставлена до получения разрешения на оплату.**	МЛАДЕНЕЦ ДОЛЛАРОВ	РЕБЕНОК, НАЧИНАЮЩИЙ ХОДИТЬ ДОЛЛАРОВ	ПЛАТА ЗА РЕГИСТРАЦИЮ ☐ НЕТ ☐ ЕДИНОВРЕМЕННАЯ ☐ ПЛАТА ЗА ВЫЕЗД К РЕБЕНКУ	ЕСЛИ ЕСТЬ, УКАЗАТЬ СУММУ: _____ДОЛЛАРОВ ☐ НА РЕБЕНКА ☐ НА СЕМЬЮ _____ДОЛЛАРОВ В МЕСЯЦ СТАВКА
	ДОШКОЛЬНИК ДОЛЛАРОВ	ШКОЛЬНИК ДОЛЛАРОВ		

Для получения информации о ставках оплаты по уходу за детьми с особыми потребностями обратитесь к сотруднику по разрешениям.

Я понимаю, что заполнение данной формы не гарантирует получения оплаты. Если мне будет позволено осуществлять уход, я согласен получать плату за услуги по уходу за детьми по своей обычной ставке или по ставке департамента DSHS, в зависимости от того, какая из сумм меньше.

ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА И ФАКСА (С УКАЗАНИЕМ КОДА РАЙОНА)
☐ Директор ☐ Не родственник, осуществляющий уход ☐ Прочее ☐ Владелец ☐ Родственник, осуществляющий уход		

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

5. ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ, ЕСЛИ УХОД ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ У ВАС НА ДОМУ

Следующая информация должна быть предоставлена, если уход за ребенком осуществляется у вас на дому вашим совершеннолетним ребенком или вашим родителем. Если вы проживаете вместе с поставщиком услуг, мы считаем, что дом поставщика также является и вашим домом. Пожалуйста, заполните пункт 1, 2 или 3. Неполная информация может привести к задержке оплаты.

1. **Поставщик – мой ребенок** (родной, неродной, усыновленный или приемный) в возрасте от 18 до 20 лет. ☐ Да ☐ Нет

2. **Поставщик – мой родитель** (родной, неродной, усыновивший или приемный). ☐ Да ☐ Нет

   Если да, пожалуйста, отметьте относящийся к вам пункт (к лицу, желающему получать услуги по уходу за ребенком, а не к поставщику услуг).

   ☐ Я вдовец (вдова). ☐ Я разведен (на) и не вступил (а) в брак повторно. ☐ Я состою в браке, проживаю с супругом раздельно или никогда не состоял (а) в браке.

   ☐ Я проживаю с супругом-инвалидом, который не в состоянии ухаживать за ребенком по крайней мере в течение 4 недель подряд в календарном квартале.

3. ☐ **Пункты 1 и 2 ко мне не относятся** (к лицу, желающему получать услуги по уходу за ребенком, а не к поставщику услуг).

6. ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПОСТАВЩИКОМ УСЛУГ, ЕСЛИ УХОД ЗА РЕБЕНКОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА ПРЕДЕЛАМИ ДОМА РЕБЕНКА

Поставщик услуг должен быть совершеннолетним родственником. Этот родственник должен предоставить в Департамент информацию, содержащую имена и даты рождения всех лиц, достигших 16 лет, которые проживают вместе с поставщиком услуг. Необходимо перечислить ТОЛЬКО имена членов семьи в возрасте 16 лет или старше.

ИМЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ИМЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ

Я подтверждаю, что выше перечислены только лица, достигшие 16 лет и проживающие вместе со мной. Я понимаю, что данные лица будут подвергнуты такой же проверке биографических данных, как и я. Я также понимаю, что в случае переезда в мой дом другого лица в возрасте 16 лет или старше до тех пор, пока я являюсь поставщиком услуг, утвержденным программой WCCC, я обязан немедленно уведомить об этом родителя.

ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	ДАТА

7. СЕРТИФИКАЦИЯ РОДИТЕЛЯ И ПОСТАВЩИКА УСЛУГ

Являетесь ли вы, поставщик услуг, гражданином США или иностранцем, имеющим законное право на работу в США? ☐ Да ☐ Нет

Для того чтобы стать поставщиком услуг, являющимся родственником или осуществляющим уход на дому, вы:

- Должны быть не моложе 18 лет.
- Должны осуществлять уход только на дому у ребенка. Уход может осуществляться на дому у поставщика услуг, только если он/она является ребенку одним из следующих родственников: тетя, дядя, бабушка или дедушка, сестра или брат, проживающие отдельно, двоюродная бабушка, двоюродный дедушка, двоюродная прабабушка или двоюродный прадедушка.
- Не должны иметь лишающего вас определенных прав уголовного прошлого в соответствии с положениями Административного кодекса штата Вашингтон WAC 388-290-0160 или WAC 288-290-0165.
- Должны обладать физическим и психическим здоровьем, достаточным для удовлетворения всех потребностей ребенка, за которым вы ухаживаете. По запросу департамента родитель (ли) должен (ны) представить письменное подтверждение того, что ваше физическое и психическое здоровье позволяет вам стать безопасным поставщиком услуг по уходу за ребенком.
- Должны уметь осуществлять уход за ребенком без применения физических наказаний и психического насилия.
- Должны осуществлять уход за ребенком в безопасном доме.
- Должны знать об общей медицинской практике, предотвращении и контроле инфекционных заболеваний, а также о профилактических прививках.
- Должны осуществлять постоянный уход, надзор и действия, исходя из потребностей ребенка в развитии.
- Должны немедленно уведомить родителя о любом осуждении в уголовном порядке или обвинении, находящемся на рассмотрении суда, в отношении вас либо проживающих в доме лиц, достигших 16 лет, если уход осуществляется за пределами дома ребенка.
- Не должны являться ребенку биологическим, неродным или приемным родителем, законным опекуном, лицом, замещающим родителей, или супругом любого из указанных лиц.

7. СЕРТИФИКАЦИЯ РОДИТЕЛЯ И ПОСТАВЩИКА УСЛУГ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)			
Я, будучи родителем/опекуном, подтверждаю, что мой поставщик услуг, являющийся родственником или осуществляющий уход на дому, соответствует вышеперечисленным требованиям. Я понимаю, что: ▪ Если я не могу дать таких гарантий, оплата разрешена не будет. ▪ Определенная биографическая информация может лишать моего поставщика услуг определенных прав. Мой поставщик услуг обязан немедленно сообщить мне, если он или любое лицо в возрасте 16 лет или старше, проживающее вместе с поставщиком услуг, в случае если уход осуществляется за пределами дома ребенка, обвиняется в совершении или осуждено за совершение какого-либо преступления. Я в свою очередь обязан (а) немедленно сообщить об этом своему сотруднику департамента DSHS по вопросам ухода за детьми. ▪ **Оплата за уход, осуществленный до момента получения всех результатов проверки биографических данных, производиться не будет.** ▪ Если данный поставщик услуг прекратит осуществлять уход за ребенком, я обязан (а) уведомить об этом персонал программы WCCC в течение пяти дней. ▪ Мой поставщик услуг не может получать оплату за услуги по уходу более чем за шестью детьми одновременно (в одни и те же часы и дни). ▪ Я не имею права пользоваться услугами более чем трех полномочных поставщиков, являющихся родственниками или осуществляющих уход на дому, одновременно за все время моего участия в программе. Только один из этих трех поставщиков услуг может являться резервным (запасным) поставщиком. Для получения резервного ухода я могу воспользоваться услугами лицензированного/сертифицированного поставщика услуг. **Я утверждаю под страхом наказания за лжесвидетельство, что информация, предоставленная мною в данном заявлении, является достоверной, точной и полной, насколько мне известно, и понимаю, что в случае умышленной фальсификации данной информации я могу понести наказание в соответствии с законодательством штата Вашингтон (RCW 74.08.055).**			
ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА	ДАТА	ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	ДАТА

ВСЕ ПОСТАВЩИКИ УСЛУГ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ

Принимая оплату от департамента DSHS за услуги по уходу за детьми, поставщики соглашаются со следующим:

Департамент DSHS оставляет за собой право приостанавливать утверждение/разрешение по любому запросу в отношении ухода за ребенком.

Примечание по уведомлению поставщика услуг: Несмотря на все старания персонала, департамент DSHS не обязан заблаговременно уведомлять поставщиков услуг по уходу за детьми о сокращении объема или прекращении предоставления льгот. Пожалуйста, обращайте внимание на дату окончания прав на участие семьи в Уведомлении о разрешении на оплату Системы социальных выплат (Social Service Payment System, SSPS). Лицензированные/сертифицированные поставщики услуг могут обратиться к сотруднику по разрешениям для получения экземпляра информационной брошюры для поставщиков услуг «Субсидии на детей. Брошюра для лицензированных и сертифицированных поставщиков услуг по уходу за детьми» (Child Subsidies, A Booklet for Licensed and Certified Child Care Providers), DSHS 22-877(X).

Дополнительная оплата: Лицензированные и сертифицированные поставщики услуг не имеют права требовать от родителей/опекунов доплачивать разницу между ставкой за обычные услуги по уходу за детьми, утвержденной департаментом DSHS, и обычными ставками поставщика услуг. Поставщик услуг не имеет права вынуждать клиента искать третье лицо для осуществления дополнительных выплат или внесения доплаты.

Поставщик услуг может потребовать с клиента департамента DSHS дополнительную плату, если родитель/опекун:

- требует осуществлять уход за ребенком сверх разрешенного объема по личным причинам (например, родитель/опекун поздно забирает детей, потому что ходил по магазинам); или
- просит об участии детей в дополнительных развивающих программах (например гимнастика, балет и т.д.).

Поставщики услуг не являются работниками департамента DSHS: Поставщик услуг и его сотрудники, работающие в рамках данного соглашения, не являются сотрудниками или представителями департамента DSHS. Поставщик услуг не должен заявлять, что он является служащим или сотрудником департамента DSHS либо штата Вашингтон, а также не должен ссылаться на наличие какого-либо права, привилегии или льготы, которые причитаются государственным служащим в соответствии с главой 41.06 RCW.

Ставки за услуги по уходу за детьми устанавливаются департаментом DSHS, и в соответствующих случаях могут удерживаться налоги. Департамент DSHS сообщает информацию о заработках в связи с уходом за детьми в Налоговую службу (Internal Revenue Service, IRS). В конце января каждого года поставщикам услуг будет отправляться форма 1099 или W-2. Форма будет отправляться по последнему адресу, имеющемуся в архиве департамента DSHS.