Washington State Department of Social & Health Services

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS

学龄儿童境况变化

School-Aged Children Change of Circumstances

您的姓名	社会安全号码
您的个案当事人识别号码	日期

您有责任报告以下情况变化：如果您家领取托儿补助，您必须依据华盛顿州行政法规 WAC 170-290-0031 或 WAC 170-290-3570 之规定报告您孩子的时程安排变化。 您必须于此类变化发生之日起十(10)天内通知我们。 如果您改换服务提供者，您必须于改换之日起五(5)天内报告这一变化。 若不及时报告此类情况，则会导致无法倒填情况变化日期，并会导致对您的溢付情况，或者会导致您对服务提供者欠债。

☐ 学校放假（暑假）

您孩子的学校将于：_____（日期）开始放暑假。

您孩子的活动时程安排：若您还有其他子女，请另加附页填写他们的情况。

儿童姓名	托儿服务时程安排（日期与时间）

☐ 学校开学 / 返校上课

您孩子的学校将于：_____（日期）结束暑假并开学上课。

您孩子的活动时程安排：若您还有其他子女，请另加附页填写他们的情况。

儿童姓名	学校时程安排	托儿服务时程安排（日期与时间）

☐ 改换服务提供者

由于我孩子转学，将导致改换服务提供者：

目前服务提供者提供服务的最后一天：_____（日期）新服务提供者开始提供服务的第一天：_____（日期）

新服务提供者的姓名	电话号码	社会服务支付系统(SSPS)识别号码（若有则请提供）
☐ 领有执照的服务提供者：	(　　)	

☐ 非持照服务提供者（家属/朋友/邻居），仅限职工子女看护计划

若想获得家属/朋友/邻居服务提供者资格，相关服务提供者必须符合华盛顿州行政法规 WAC 170-290-0130 所规定的资格条件，并提供华盛顿州行政法规 WAC 170-290-0135 中所列的情况。 以下问题用于说明将需要向您寄送的其它表格。 切记，在非持照服务提供者处于批准手续办理期间，您可选择让领有执照的服务提供者提供服务。

新服务提供者的姓名或名称：_____ 与儿童的关系：_____

如果将在服务提供者家里提供托儿服务，请问有几名 16 岁以上者住在该位服务提供者家里。

☐ 不再需要托儿服务

本人请求终止托儿补助，原因如下：

☐ 由于我孩子转学，因此于：_____（日期）起，我不再需要托儿补助

☐ 于：_____（日期）起，我孩子将外出渡暑假

☐ 于：_____（日期）起，我的就业/活动将结束

☐ 其它变化（若勾选，则请在下面加以说明）：

声明与签名

本人特此郑重声明：据我所知，我在此声明书中所提供的情况属实、正确且完整，否则愿受伪证罪处罚；而且我清楚，若蓄意伪造此情况，本人将会受到华盛顿州法律规定的处罚。（华盛顿州修订法规 RCW 74.08.055）

签名	日期	电话号码