

ကလေးအား စောင့်ရှောက်မှုကို စိစစ်သတ်မှတ်ခြင်း  
Child Care Verification

သို့:

အမှုတွဲ အမှတ်:

ကလေးများအား ထောက်ပံ့ရေး ဌာနခွဲ (DCS) သည် သင့်ကလေး၏

\_\_\_\_\_ ကာလအတွက် စောင့်ရှောက်မှု စရိတ်များကို စိစစ်သတ်မှတ်ပေးရန် လိုအပ်ပါသည်။ ကျေးဇူးပြုပြီး သင်၏ ကလေးအား စောင့်ရှောက်မှုကို စီမံပေးသူ အနေနှင့် (လက်ရှိပုံစံ၏ စာမျက်နှာ 2 ရှိ) **စောင့်ရှောက်မှုကို စိစစ်သတ်မှတ်ရေးဆိုင်ရာ တုံ့ပြန်မှု (Child Care Verification Response)** ကို အောက်ပါ စာရင်းထဲက ကလေး တစ်ယောက်စီအတွက် တစ်ခုစီ သီးသန့် ရေးဖြည့်ပေးရန် တောင်းဆိုပါ။ ၎င်းနောက်မှာ သင်သည် တုံ့ပြန်မှု ပုံစံ တစ်ခုစီကို ရက်စွဲတပ် လက်မှတ်ထိုးပေးလျက်၊ စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ငွေပေးဆပ်ပြီးကြောင်း အထောက်အထားကို ပူးတွဲကာ DCS ထံ အောက်ဖော်ပြပါ လိပ်စာဖြင့် ပြန်ပို့ပေးပါ။ ရေးဖြည့်ပြီး ပုံစံ(များ)ကို \_\_\_\_\_ ရက်ထက် နောက်မကျစေဘဲ ပို့ပေးပါ။

ကလေး အမည်များ

ရက်စွဲ \_\_\_\_\_ တရားဝင် ကိုယ်စားလှယ်  
ကလေးများအား ထောက်ပံ့ရေး ဌာနခွဲ

ရေးဖြည့်ပြီး ပုံစံ(များ)ကို ပို့ပေးရန် လိပ်စာ:  
DIVISION OF CHILD SUPPORT  
PO BOX 11520  
TACOMA WA 98411-5520

ဖုန်းဆက်သွယ်ရေး: \_\_\_\_\_ နယ်မြေအတွင်းမှာ \_\_\_\_\_  
ဖုန်းဆက်သွယ်ရေး: \_\_\_\_\_ နယ်မြေအပြင်မှာ \_\_\_\_\_

စကားဆိုမှု သို့မဟုတ် နားကြားမှုဆိုင်ရာ ပြဿနာရှိလျှင် TTY/TDD ဝန်ဆောင်မှုများကို စီစဉ်ပေးသည်။  
ကျွန်ုပ်တို့၏ ဝက်ဆိုက်ကို [www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support](http://www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support) မှာ ဝင်ကြည့်ပါ။

အလုပ်နေရာ ခန့်ခြင်း၊ ဝန်ဆောင်မှုပေးခြင်း သို့မဟုတ် အစီအစဉ်၏ မည်သည့် လုပ်ငန်းများထဲမှာမဆို၊ လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ ဇာတိနေရပ်၊ ယုံကြည်မှု၊ ဘာသာရေး၊ လိင်၊ အသက်အရွယ် သို့မဟုတ် မသန်စွမ်းမှုကို အကြောင်းပြုပြီး ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းကို ခွင့်မပြုပါ။ လိုအပ်၍ တောင်းခံလာလျှင် လက်ရှိပုံစံကို အခြားပုံစံမျိုးဖြင့် စီစဉ်ပေးနိုင်ပါသည်။

**စောင့်ရှောက်မှုကို စိစစ်သတ်မှတ်ရေးဆိုင်ရာ တုံ့ပြန်မှု**  
**Child Care Verification Response**

စာမျက်နှာ 1 စာရင်းထဲက ကလေး တစ်ဦးချင်းစီအတွက် သီးခြားပုံစံ တစ်ခုစီကို ရေးဖြည့်ပါ။

DCS အမှုတွဲ အမှတ်:			
ကလေး စောင့်ရှောက်မှုကို စီမံပေးသူ၏ အမည် နှင့် လိပ်စာ:			
ကလေး စောင့်ရှောက်မှုကို စီမံပေးသူ၏ တယ်လီဖုန်း နံပါတ်(ဧရိယာ ကုဒ် ထည့်ပေးပါ): (                    )			
ကလေး အမည်:			
ကျွန်ုပ်ကို ဤကလေးအတွက် \$ _____ နှုန်းကျ _____ ပေးချေပါသည်။ ထိုပမာဏထဲမှ \$ _____ ထောက်ပံ့ကြေးကို ကျွန်ုပ်သည် ဝါရှင်တန် ပြည်နယ် သို့မဟုတ် အခြား ပြည်နယ် သို့မဟုတ် အစိုးရ အေဂျင်စီ ထံမှနေပြီး ဤကလေးအတွက် လစဉ် ရရှိပါသည်။			
ဝါရှင်တန် ပြည်နယ် သို့မဟုတ် အခြားပြည်နယ် သို့မဟုတ် အစိုးရ အေဂျင်စီ တစ်စုံတစ်ခုခုမှနေပြီး ထောက်ပံ့ခွင့် မဟုတ်ဘဲ အုပ်ထိန်းသူထံမှ သင်ရရှိခဲ့သည့် မည်သည့် ငွေကြေးပမာဏကိုမဆို ထည့်သွင်းရေးပေးပါ။ ဤစာမျက်နှာမှာ 12 လအတွက် ငွေပေးချေမှုကို ရေးဖို့နေရာ ပါရှိပါသည်။ လိုအပ်လျှင် စာရွက် အပိုများကို ပူးတွဲထည့်ပေးပါ။			
ငွေကြေးပမာဏ	အချိန်ကာလ (လ/နှစ်)	ငွေကြေးပမာဏ	အချိန်ကာလ (လ/နှစ်)
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
\$		\$	
ကျွန်ုပ်သည် မူသားအတွက် အပြစ်ဒဏ်ရှိနိုင်ခြင်း၊ ဝါရှင်တန် ပြည်နယ် ဥပဒေများအရ အပြစ်ရှိနိုင်ခြင်းကို သိရှိနားလည်လျက်၊ တင်ပြချက်များမှာ မှန်ကန် တိကျကြောင်းကို ကြေညာပါသည်။ ကျွန်ုပ်က ကလေးအား ထောက်ပံ့ရေး ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် ပေးလိုက်သည့် အချက်အလက်များကို DCS က အသုံးပြု သွားမည် ဖြစ်ကာ အများပြည်သူ မှတ်တမ်းထဲ ဝင်သွားမှုကို ကျွန်ုပ် သိရှိပါသည်။ အုပ်ထိန်းသူများ မဟုတ်ကြတော့သည့် မိဘများက DCS ထံကို စာရေး တောင်းဆိုလာကြကာ အများပြည်သူတို့အား ဖွင့်ထုတ်ပြသရေး မူဝါဒကို လိုက်နာကြမည်ဆိုလျှင် DCS က ထိုအချက်အလက်များကို ဖွင့်ထုတ်ပြပေးနိုင်ပါသည်။			
ရက်စွဲ	ကလေး စောင့်ရှောက်မှု စီမံပေးသူ၏ လကျမှတ်ချက်	ကလေးစောင့်ရှောက်ရေးထောက်ပံ့သူ အမည်	
ရက်စွဲ	မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လကျမှတ်ချက်	မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ အမည်	