شماره فکس مرکز تماس	شماره تلفن مرکز تماس
تاریخ	شماره شناسایی مشتری

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

نامه اعطا یا تغییر CCSP

CCSP Award or Change Letter

Washington State Department of Social & Health Services

☐ مراقبت فصلی از کودک

☐ ارتباطات کاری مراقبت از کودک

شما واجد شرایط دریافت سهمیه پرداخت ماهیانه مراقبت از کودک هستید که از _____شروع شده و در _____پایان می‌یابد.

لطفا اطلاعات مهم پیوست مربوط به حقوق و مسئولیت‌های برنامه‌های یارانه مراقبت از کودک (CCSP) خود را مطالعه کنید.

مراقبت از کودک جهت _____برای موارد زیر تأیید شده است:

☐ اشتغال ☐ فعالیت تأیید شده WorkFirst ☐ مدرسه ☐ سایر: _____.

مراقبت از کودک جهت _____ برای موارد زیر تأیید شده است:

☐ اشتغال ☐ فعالیت تأیید شده WorkFirst ☐ مدرسه ☐ سایر: _____.

مراقبت از کودک تأیید شده برای ☐ نیم‌روز ☐ روز کامل ☐ ساعت

مراقبت از کودک تأیید شده برای ☐ نیم‌روز ☐ روز کامل ☐ ساعت

مراقبت از کودک تأیید شده برای ☐ نیم‌روز ☐ روز کامل ☐ ساعت

مراقبت از کودک تأیید شده برای ☐ نیم‌روز ☐ روز کامل ☐ ساعت

☐ کمک هزینه ماهیانه شما 15.00 دلار از _____ تا _____ است.

☐ کمک هزینه ماهیانه شما _____ دلار از _____ تا _____ است.

کمک هزینه شما عبارت است از سهم شما از هزینه‌های مراقبت از کودک و باید مستقیما به ارائه‌دهنده خدمات پرداخت گردد. کمک هزینه شما بر اساس تعداد اعضای خانواده و درآمد ماهیانه شما تعیین می‌گردد.

1. تعداد اعضای خانواده _____
2. درآمد ناخالص دریافتی (قبل از کسر مالیات) _____ دلار
3. درآمد خوداشتغالی (پس از کسورات مجاز) _____ دلار
4. درآمدهای دریافت نشده معادل (SSA، SSI، حمایت دریافتی جهت کودک، مجموع پرداخت‌ها) _____ دلار
5. کل درآمد (جمع سطرهای 2 تا 4 در بالا) _____ دلار
6. مبلغ پرداخت شده برای حمایت از کودک به دستور دادگاه _____ دلار
7. تعیین درآمد قابل محاسبه (کسر سطر 6 از سطر 5) _____ دلار
(درآمد قابل محاسبه برای تعیین واجد شرایط بودن و کمک هزینه محاسبه می‌شود)
8. کمک هزینه به صورت زیر محاسبه می شود:

درآمد قابل محاسبه	**کمک هزینه ماهیانه**
برابر با یا کمتر از 82% خط فقر فدرال (FPL) معادل	15 دلار
بیشتر از 82% تا 137.5% FPL معادل	65 دلار
بالای 137.5% و تا 200% از FPL	

به جدول پیوست محاسبه کمک هزینه مراجعه کنید.

کمک هزینه شما به دلایل زیر (طبق WAC 170-290-0085) دچار تغییر شده است:

☐ دوره مجوز شما منقضی شده است.
☐ تعداد اعضای خانواده شما تغییر پیدا کرده است.
☐ درآمد شما کاهش یافته است.
☐ سایر (توضیح دهید): _____

_____
شماره تلفن مرکز تماس

_____
شماره فکس مرکز تماس

جدول محاسبه کمک هزینه
معتبر از تاریخ 09/01/2013

اگر درآمد قابل محاسبه عبارت باشد از:

اگر تعداد اعضای خانوار عبارت باشد از:	100% FPL	بالای 175% FPL	0 تا 82% FPL		بیش از 82 تا 137.5%		بیش از 137.5 تا 200%		137.5% FPL
1	958 دلار	1,916 دلار	0 دلار	786 دلار	787 دلار	1,317 دلار	1,318 دلار	1,916 دلار	1,317 دلار
2	1,293 دلار	2,586 دلار	0 دلار	1,060 دلار	1,061 دلار	1,778 دلار	1,779 دلار	2,586 دلار	1,778 دلار
3	1,628 دلار	3,256 دلار	0 دلار	1,335 دلار	1,336 دلار	2,239 دلار	2,240 دلار	3,256 دلار	2,239 دلار
4	1,963 دلار	3,926 دلار	0 دلار	1,610 دلار	1,611 دلار	2,699 دلار	2,700 دلار	3,926 دلار	2,699 دلار
5	2,298 دلار	4,596 دلار	0 دلار	1,884 دلار	1,885 دلار	3,160 دلار	3,161 دلار	4,596 دلار	3,160 دلار
6	2,633 دلار	5,266 دلار	0 دلار	2,159 دلار	2,160 دلار	3,620 دلار	3,621 دلار	5,266 دلار	3,620 دلار
7	2,968 دلار	5,936 دلار	0 دلار	2,434 دلار	2,435 دلار	4,081 دلار	4,082 دلار	5,936 دلار	4,081 دلار
8	3,303 دلار	6,606 دلار	0 دلار	2,708 دلار	2,709 دلار	4,542 دلار	4,543 دلار	6,606 دلار	4,542 دلار
9	3,638 دلار	7,276 دلار	0 دلار	2,983 دلار	2,984 دلار	5,002 دلار	5,003 دلار	7,276 دلار	5,002 دلار
10	3,973 دلار	7,946 دلار	0 دلار	3,258 دلار	3,259 دلار	5,463 دلار	5,464 دلار	7,946 دلار	5,463 دلار
		فاقد شرایط	کمک هزینه 15 دلاری		کمک هزینه 65 دلاری		FPL 137.5% را از درآمد قابل محاسبه کسر کنید، سپس در 0.50 ضرب نموده و 65 دلار را اضافه کنید		

مراحل محاسبه واجد شرایط بودن و کمک هزینه WCCC:

1. تعیین درآمد کل این عدد از جمع درآمد ناخالص و درآمد غیروابسته به کار به دست می آید.
2. تعیین درآمد قابل محاسبه. این عدد عبارت است از درآمد کل منهای هزینه پرداختی جهت حمایت از کودک.
3. درآمد قابل محاسبه را با ستون 2 مقایسه کنید. اگر مبلغ بیشتر است، فرد واجد شرایط نیست. اگر درآمد قابل محاسبه کمتر از عدد مندرج در ستون 2 باشد، لازم است برای تعیین محدوده صحیح درآمدی و کمک هزینه، ستونهای 3، 4 یا 5 را بررسی کنید.

حقوق و مسئولیت‌های برنامه‌های یارانه مراقبت از کودک (CCSP)

وظایف من به شرح زیر است:

- ارائه اطلاعاتی که برای تعیین دقیق صلاحیت و کمک هزینه‌های مراقبت از کودک من لازم است.
- انتخاب ارائه‌دهنده‌ای که الزامات WAC 170-290-0125 را برآورده کند و ترتیبات مربوط به مراقبت از کودک من را انجام دهد.
- پرداخت و فراهم کردن پرداخت کمک هزینه ماهیانه CCSP من به ارائه‌دهنده خدمات مراقبت از کودک من. **انجام ندادن این کار می‌تواند به قطع یارانه مراقبت از کودک من منجر شود.**
- همکاری با فرآیند بازنگری تضمین کیفیت درخصوص حفظ واجد شرایط بودن برای CCSP. در صورت اعلام تضمین کیفیت مبنی بر عدم همکاری من، فاقد شرایط مزایای CCSP خواهم شد و این وضعیت تا زمانی که الزامات تضمین کیفیت را انجام ندهم یا 30 روز پس از تعیین عدم همکاری به قوت خود باقی می‌ماند.
- همکاری با بازرس تشخیص زودهنگام تقلب (FRED). اگر از همکاری با محقق (ارائه اطلاعات درخواست شده) امتناع کنم، این مسئله می‌تواند بر مزایای من تأثیر بگذارد.
- اعلام تغییر مربوط به ارائه‌دهندگان ظرف پنج روز به مددکار مجاز CCSP.
- اعلام تغییرات مجوز مراقبت از کودک، ظرف مدت ده روز، به ارائه‌دهنده.
- **جهت ارتباطات کاری مراقبت از کودک: ارائه کلیه اطلاعات مربوط اتهامات تعلیقی یا اطلاعات محکومیت اشخاص زیر به مأمور تأییدکننده مراقبت از کودک، ظرف مدت 24 ساعت پس از مطلع شدن از آن:**
  1) ارائه‌دهنده خدمات مراقبت عضو خانواده/خویشاوند.
  2) هر فردی که شانزده سال به بالا باشد و همراه با ارائه‌دهنده خدمات مراقبت زندگی کند، در صورتی که مراقبت در خارج از خانه کودک و تنها جهت ارتباطات کاری مراقبت از کودک صورت بگیرد.

- اعلام تغییرات به مددکار مجاز CCSP ظرف 10 روز در موارد زیر:
  - ◀ تغییرات مربوط به ساعات لازم مراقبت از کودک.
  - ◀ تغییرات مربوط به درآمد خانوار، شامل هرگونه کمک WorkFirst یا کمک هزینه فرزند.
  - ◀ تغییرات مربوط به تعداد اعضای خانوار نظیر خروج/ورود هریک از اعضای خانواده اعم از والدین یا همسر، از/به خانه.
  - ◀ تغییرات مربوط به استخدام، آموزش یا فعالیت مجاز TANF.
  - ◀ تغییرات مربوط به نشانی یا شماره تلفن برای ارائه‌دهندگان عضو خانواده/خویشاوند.
  - ◀ تغییرات مربوط به نشانی یا شماره تلفن منزل.
  - ◀ تغییرات مربوط به تعهد کمک هزینه فرزند.
- ارائه فوری تمام اطلاعات درخواستی مربوط به ارائه‌دهنده خدمات من. پرداخت به ارائه‌دهنده خدمات مراقبت عضو خانواده/خویشاوند قبل از تاریخی که تمام نتایج بررسی سوابق دریافت گردد، انجام نخواهد شد.
- عدم سپردن کودکان برای مراقبت به دلایلی غیر از موارد ذکر شده در ابتدای این فرم، مگر اینکه با ارائه‌دهنده خدمات جهت پرداخت شخصی هزینه‌های مراقبت توافق کرده باشم. اگر بخواهم در فعالیتی بجز آنچه که در ابتدای این فرم مجاز دانسته شده است شرکت کنم و بخواهم ایالت هزینه مراقبت از فرزندم را بپردازد، ابتدا باید با مددکار مجاز مراقبت از کودک خود تماس بگیرم.

اعلام نکردن فوری تغییرات ممکن است به پرداخت مبلغ بیش از اندازه منجر شود یا من را به پرداخت مبلغی بیش از سهم خود از هزینه‌های مراقبت از کودک، مجبور کند.

حقوق و مسئولیت‌های برنامه‌های یارانه مراقبت از کودک (CCSP) (ادامه)

من می‌دانم که:	
• با من، بدون توجه به نژاد، رنگ، گرایشهای سیاسی، تابعیت، مذهب، سن، جنسیت، معلولیت یا محل تولد، باید محترمانه و عادلانه رفتار شود. • تعیین واجد شرایط بودن من ظرف سی روز از تاریخ درخواستم انجام خواهد شد. • حقوق و مسئولیت‌های من درخصوص مزایای CCSP به‌طور مکتوب به من اطلاع داده شده است. • اطلاعات من، طبق ضوابط فدرال یا کشوری در اختیار سایر نهادها قرار می گیرد. • کاهش یا قطع مزایا از سوی دولت، باید ده روز قبل از آن به صورت مکتوب (جز در موارد مندرج در WAC 170-290-0120) به اطلاع من برسد. • اگر با تصمیم مربوط به پرونده CCSP خود موافق نباشم می‌توانم درخواست جلسه دادرسی بدهم.	• من می توانم از یک ناظر یا مجری قانون بخواهم تا حکم یا اقدام تاثیرگذار بر مزایای من را بدون ایجاد خلل در حق درخواست جلسه دادرسی، مورد بازنگری قرار دهد. • من می توانم از خدمات ترجمه شفاهی و کتبی به مدت معقول و به صورت رایگان استفاده کنم. • من شخصا می‌توانم ارائه‌دهنده خدماتی که واجد شرایط WAC 170-290-0125 باشد، را انتخاب کنم. • می‌توانم از بازرس تشخیص زودهنگام تقلب (FRED) از اداره تقلب و پاسخگویی (OFA) بخواهم بعدا مراجعه کند. من مجبور نیستم بازرس را به منزل خود راه بدهم. این درخواست تاثیری بر روی صلاحیت من برای برخورداری از مزایا نخواهد داشت. اگر از همکاری با محقق (ارائه اطلاعات درخواست شده) امتناع کنم، این مسئله می‌تواند بر مزایای من تأثیر بگذارد.

حقوق دادرسی

اگر با این تصمیم مخالف هستید، می‌توانید درخواست دادرسی بدهید و این کار را با تماس با این دفتر یا ارسال نامه به دفتر دادرسی‌های اداری به نشانی زیر انجام دهید: P O Box 42489, Olympia, WA 98504-2489. شما باید درخواست دادرسی را به شرح زیر انجام دهید:

- در تاریخ تنفیذ این اقدام، قبل از آن یا حداکثر 10 روز بعد از اینکه ما اطلاعیه اقدام را برای شما ارسال کردیم، در صورتی که هم‌اکنون مزایایی را دریافت می‌کنید و می‌خواهید این مسئله ادامه پیدا کند
- ظرف مدت 90 روز از تاریخ دریافت این نامه.

در جلسه دادرسی، حق دارید خودتان از خودتان دفاع کنید، یا یک وکیل یا هر فرد دیگری که انتخاب می‌کنید به نمایندگی از شما حضور پیدا کند. ممکن است بتوانید از طریق تماس با دفتر خدمات حقوقی، مشاوره حقوقی یا وکالت رایگان دریافت کنید.