



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

**Carta de alteração ou  
concessão de CCSP  
CCSP Award or Change Letter**

|                                    |                            |
|------------------------------------|----------------------------|
| CENTRAL DE ATENDIMENTO TELEFONE    | CENTRAL DE ATENDIMENTO FAX |
| NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE | DATA                       |

- Programa Seasonal Child Care
- Programa Working Connections Child Care

Você é elegível para assistência infantil através de co-pagamento mensal a partir de \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_.

**Leia as informações importantes anexadas às Responsabilidades e Direitos dos Programas de Subsídio a Pensão Infantil (CCSP).**

A assistência infantil foi aprovada por \_\_\_\_\_ para o seguinte:

- Emprego
- Atividade aprovada por WorkFirst
- Escola
- Outro: \_\_\_\_\_.

A assistência infantil foi aprovada por \_\_\_\_\_ para o seguinte:

- Emprego
- Atividade aprovada por WorkFirst
- Escola
- Outro: \_\_\_\_\_.

A assistência infantil foi aprovada para  tempo parcial  tempo integral  Horas

A assistência infantil foi aprovada para  tempo parcial  tempo integral  Horas

A assistência infantil foi aprovada para  tempo parcial  tempo integral  Horas

A assistência infantil foi aprovada para  tempo parcial  tempo integral  Horas

Seu co-pagamento mensal será de \$15.00 entre \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_.

Seu co-pagamento mensal será de \$ \_\_\_\_\_ entre \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_.

**Co-pagamento é sua parcela de custos da assistência infantil e o pagamento deve ser feito diretamente para o fornecedor dos serviços. O co-pagamento é baseado no tamanho da sua família e na sua renda mensal.**

1. Tamanho da família \_\_\_\_\_
2. Renda salarial bruta (antes dos impostos) \$ \_\_\_\_\_
3. Renda de autônomo (depois das deduções permitidas) \$ \_\_\_\_\_
4. Renda não salarial equivalente (SSI, SSA, pensão alimentícia recebida, pagamentos totais) \$ \_\_\_\_\_
5. RENDA TOTAL (acrescentar linhas 2 a 4 acima) \$ \_\_\_\_\_
6. Pensão alimentícia paga através de ordem judicial \$ \_\_\_\_\_
7. Determine a renda contável (subtraia a linha 6 da linha 5)  
(A renda contável é usada para determinar a qualificação e o co-pagamento.) \$ \_\_\_\_\_
8. O co-pagamento é calculado da seguinte maneira:

**RENDA CONTÁVEL**

**CO-PAGAMENTO MENSAL**

|   |      |
|---|------|
| De ou abaixo de 82% da Linha Federal de Pobreza (FPL) | \$15 |
| Acima de 82% e até 137,5% do FPL                      | \$65 |
| Acima de 137,5% e até 200% do FPL                     |      |

Confira a tabela de cálculo de co-pagamento em anexo.

Seu co-pagamento está sendo alterado porque (de acordo com WAC 170-290-0085):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seu período de autorização acabou. | <input type="checkbox"/> O tamanho da sua família mudou. |
| <input type="checkbox"/> Sua renda diminuiu.                | <input type="checkbox"/> Outro (explique): _____         |

\_\_\_\_\_  
CENTRAL DE ATENDIMENTO TELEFONE

\_\_\_\_\_  
CENTRAL DE ATENDIMENTO FAX

**TABELA DE CÁLCULO DE CO-PAGAMENTO**  
**Válido a partir de 09/01/2013**

Se a renda contável for de:

| SE O TAMANHO DA FAMÍLIA FOR | 100% FPL | ACIMA DE 175% FPL | DE 0 A 82% FPL       |         | ACIMA DE 82 A 137,5% |         | ACIMA DE 137,5 A 200%   |         | 137,5% FPL |
|-----------------------------|----------|-------------------|----------------------|---------|----------------------|---------|---|---------|------------|
| 1                           | \$ 958   | \$1,916           | \$0                  | \$786   | \$787                | \$1,317 | \$1,318   | \$1,916 | \$1,317    |
| 2                           | \$1,293  | \$2,586           | \$0                  | \$1,060 | \$1,061              | \$1,778 | \$1,779   | \$2,586 | \$1,778    |
| 3                           | \$1,628  | \$3,256           | \$0                  | \$1,335 | \$1,336              | \$2,239 | \$2,240   | \$3,256 | \$2,239    |
| 4                           | \$1,963  | \$3,926           | \$0                  | \$1,610 | \$1,611              | \$2,699 | \$2,700   | \$3,926 | \$2,699    |
| 5                           | \$2,298  | \$4,596           | \$0                  | \$1,884 | \$1,885              | \$3,160 | \$3,161   | \$4,596 | \$3,160    |
| 6                           | \$2,633  | \$5,266           | \$0                  | \$2,159 | \$2,160              | \$3,620 | \$3,621   | \$5,266 | \$3,620    |
| 7                           | \$2,968  | \$5,936           | \$0                  | \$2,434 | \$2,435              | \$4,081 | \$4,082   | \$5,936 | \$4,081    |
| 8                           | \$3,303  | \$6,606           | \$0                  | \$2,708 | \$2,709              | \$4,542 | \$4,543   | \$6,606 | \$4,542    |
| 9                           | \$3,638  | \$7,276           | \$0                  | \$2,983 | \$2,984              | \$5,002 | \$5,003   | \$7,276 | \$5,002    |
| 10                          | \$3,973  | \$7,946           | \$0                  | \$3,258 | \$3,259              | \$5,463 | \$5,464   | \$7,946 | \$5,463    |
|                             |          | NÃO ELEGÍVEL      | \$15 DE CO-PAGAMENTO |         | \$65 DE CO-PAGAMENTO |         | SUBTRAIA 137,5% FPL DA RENDA CONTÁVEL, MULTIPLIQUE POR 0,50 E ACRESCENTE \$65 |         |            |

COMO CALCULAR A ELEGIBILIDADE E O CO-PAGAMENTO CCSP:

1. Determine a renda TOTAL. Ela é a soma de todos os rendimentos salariais e não salariais brutos.
2. Determine a renda CONTÁVEL. Essa é a renda TOTAL menos a pensão alimentícia paga.
3. Compare a renda CONTÁVEL com a Coluna 2. Se o montante for maior, o cliente não é elegível. Se CONTÁVEL A renda está abaixo da coluna 2, então marque a faixa de renda e co-pagamento na coluna 3, 4 ou 5.

**Responsabilidades e Direitos da CCSP**

| <b>Sou responsável por:</b>  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer informação, de forma que eu possa determinar corretamente minha elegibilidade e os co-pagamentos.</li> <li>• Escolher um fornecedor que atenda aos requisitos da norma WAC 170-290-0125 e fazer os arranjos para assistência ao(à) meu(minha) filho(a).</li> <li>• Pagar ou indicar alguém para fazer os co-pagamentos mensais do CCSP diretamente ao fornecedor dos serviços. <b>O não cumprimento dessas obrigações pode resultar na suspensão dos subsídios de assistência infantil.</b></li> <li>• Cooperar com o processo de análise de garantia de qualidade para continuar elegível para o CCSP. Ficarei inelegível para os benefícios do CCSP se a garantia de qualidade determinar que não houve cooperação, e continuarei inelegível até que eu atenda aos requisitos da garantia de qualidade, ou por trinta dias a partir da determinação de não cooperação.</li> <li>• Cooperar com o investigador de Detecção Antecipada de Fraude (FRED). Se eu me recusar a cooperar (fornecer as informações solicitadas) com o investigador, poderei perder benefícios.</li> <li>• Notificar o encarregado das autorizações CCSP sobre qualquer alteração relativa aos fornecedores.</li> <li>• Notificar meu fornecedor, no prazo de dez dias, sobre qualquer modificação na autorização de fornecimento dos serviços de assistência infantil.</li> <li>• <b>Para conexões de trabalho de pensão infantil: Informar ao encarregado das autorizações dos serviços, no prazo de 24 horas, sobre taxas pendentes ou informação sobre condenação de que tiver conhecimento.</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Meu fornecedor em casa/parente.</li> <li>2) Qualquer pessoa com dezesseis anos de idade ou mais que viva com o fornecedor dos serviços quando os serviços forem oferecidos fora da residência da criança, apenas para o programa Working Connections Child Care.</li> </ol> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar ao encarregado das autorizações CCSP, no prazo de dez dias, sobre as seguintes alterações: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ mudança do número de horas do serviço de assistência infantil;</li> <li>▶ mudança da renda familiar, incluindo as subvenções WorkFirst e pensões alimentícias;</li> <li>▶ mudança no número de membros da família, incluindo acréscimo ou saída de qualquer membro da família, pai ou mãe, ou cônjuge;</li> <li>▶ mudança de emprego, escola ou atividade aprovada TANF;</li> <li>▶ mudança de endereço ou número de telefone de fornecedores em casa/parentes;</li> <li>▶ mudança de endereço doméstico ou número de telefone;</li> <li>▶ mudanças na obrigação de fornecer pensão alimentícia.</li> </ul> </li> <li>• Devolver imediatamente todas as informações solicitadas para o fornecedor. Não haverá pagamento emitido para o meu fornecedor em casa/ parente por serviços prestados antes da data de recebimento dos resultados da verificação de histórico.</li> <li>• Só deixarei meus filhos aos cuidados do serviço de assistência infantil de acordo com as razões listadas na primeira página deste formulário, a não ser que eu mesmo pague ao meu fornecedor pelo serviço. Se eu quiser participar de uma atividade diferente daquela autorizada na primeira página desse formulário, e quiser que o estado pague pelo serviço de assistência para o meu filho, devo antes entrar em contato com o encarregado das autorizações.</li> </ul> <p><b>A falha em informar as mudanças acima referidas pode resultar em pagamento indevido ou na necessidade de pagamento adicional sobre sua parcela de custos pelos serviços.</b></p> |

## Responsabilidades e Direitos da CCSP

### Entendo que:

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• serei tratado com polidez e justiça, não importando minha raça, cor, convicção política, nacionalidade, religião, idade, sexo, incapacidade ou local de nascimento;</li><li>• minha elegibilidade CCSP será determinada no prazo de trinta dias, a contar da data de inscrição;</li><li>• serei informado, por escrito, de todos os meus direitos e responsabilidades legais relacionados ao CCSP;</li><li>• minhas informações serão compartilhadas com outras agências, sempre que exigido pelas leis federais ou estaduais;</li><li>• receberei uma notificação por escrito, no mínimo dez dias antes que o estado faça qualquer alteração para reduzir ou interromper os benefícios, conforme estabelecido na norma WAC 170-290-0120;</li><li>• poderei solicitar uma audiência, se eu não concordar com uma decisão relativa ao meu caso no CCSP;</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• poderei pedir a um administrador ou supervisor que reveja uma decisão ou ação que afete os meus benefícios, sem afetar meus direitos a uma audiência;</li><li>• poderei contar com os serviços de um intérprete ou tradutor durante um período de tempo razoável, gratuitamente;</li><li>• poderei escolher meu fornecedor de serviços, contanto que ele atenda aos requisitos da norma WAC 170-290-0125;</li><li>• poderei solicitar ao investigador de Detecção Antecipada de Fraudes (FRED) da Secretaria de Fraudes e Contabilidade (OFA) que volte em outra ocasião; não tenho de deixar o investigador entrar na minha residência. Essa solicitação não afetará minha elegibilidade para os benefícios. Se eu me recusar a cooperar (fornecer as informações solicitadas) com o investigador, poderei perder benefícios.</li></ul> |
|--|--|

### DIREITOS DE AUDIÊNCIA

Você tem o direito de solicitar uma audiência caso não concorde com essa decisão; entre em contato com esse departamento ou envie uma carta para o Office of Administrative Hearings (Departamento de Audiências Administrativas), PO Box 42489, Olympia, WA 98504-2489. Você deve solicitar sua audiência:

- antes ou na data da medida tomada ou em até 10 (dez) dias a contar da data de envio da notificação sobre a referida medida, SE você recebe benefícios atualmente e deseja que eles sejam mantidos, ou
- dentro de 90 dias a contar da data de recebimento dessa carta.

Durante a audiência, você tem o direito de atuar em seu próprio nome ou ser representado por um advogado ou por pessoa à sua escolha. Você pode obter consultoria ou representação jurídica gratuita entrando em contato com uma agência de serviços jurídicos.