



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)  
**Carta de otorgamiento o de  
 cambio de CCSP**  
 CCSP Award or Change Letter

NÚMERO DE TELÉFONO DEL CENTRO DE ATENCIÓN	NÚMERO DE FAX DEL CENTRO DE ATENCIÓN
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	FECHA

- Cuidado Infantil Temporal
- Cuidado Infantil de Conexiones Activas

Usted cumple los requisitos para el cuidado de niños con un copago mensual que comienza el \_\_\_\_\_ y finaliza el \_\_\_\_\_.

**Lea la importante información que se adjunta a Derechos y Responsabilidades de los Programas de Subsidio de Cuidado Infantil (CCSP)**

El cuidado de niños es aprobado por \_\_\_\_\_ debido a lo siguiente:

Empleo  Actividad de WorkFirst  Escuela  Otro: \_\_\_\_\_.

El cuidado de niños es aprobado por \_\_\_\_\_ debido a lo siguiente:

Empleo  Actividad de WorkFirst  Escuela  Otro: \_\_\_\_\_.

El cuidado de niños es aprobado por \_\_\_\_\_ por  Medio-días  Días completos  Horas

El cuidado de niños es aprobado por \_\_\_\_\_ por  Medio-días  Días completos  Horas

El cuidado de niños es aprobado por \_\_\_\_\_ por  Medio-días  Días completos  Horas

El cuidado de niños es aprobado por \_\_\_\_\_ por  Medio-días  Días completos  Horas

Su copago mensual será de \$15,00 desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

Su copago mensual será de \$ \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

**El copago es su parte de los costos del cuidado de niños y debe pagarse directamente a su proveedor. Su copago se basa en el tamaño de su familia y en su ingreso mensual.**

1. Tamaño de la familia \_\_\_\_\_
2. Ingresos ganados brutos (antes de impuestos) \$ \_\_\_\_\_
3. Ingresos por empleo independiente (luego de deducciones permitidas) \$ \_\_\_\_\_
4. Equivalentes a los ingresos no ganados (SSI, SSA, manutención para niños recibida, pagos globales) \$ \_\_\_\_\_
5. INGRESOS TOTALES (sumar línea 2 a 4) \$ \_\_\_\_\_
6. Manutención para niños ordenada por el juzgado pagada \$ \_\_\_\_\_
7. Determinar el ingreso contable (restar la línea 6 de la línea 5)  
(El ingreso contable se utiliza para determinar la elegibilidad y el copago) \$ \_\_\_\_\_
8. El copago se calcula de la siguiente manera:

<u>INGRESO CONTABLE</u>	<u>COPAGO MENSUAL</u>
Nivel de pobreza federal (FPL) de 82% o por debajo de esta cifra	\$15
FPL por sobre 82% y hasta 137,5%	\$65
FPL por sobre 137,5% y hasta 200%	
Ver Tabla de Cálculo del Copago adjunta.	

Su copago está cambiando porque (según WAC 170-290-0085):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Venció su período de autorización.<br><input type="checkbox"/> Disminuyeron sus ingresos. | <input type="checkbox"/> Cambió el tamaño de su familia.<br><input type="checkbox"/> Otro (explique): _____ |
|--|---|

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO DEL CENTRO DE ATENCIÓN

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE FAX DEL CENTRO DE ATENCIÓN

**TABLA DE CÁLCULO DEL COPAGO**  
**En vigencia a partir del 09/07/2013**

Si el Ingreso Contable es:

SI EL TAMAÑO DE LA FAMILIA ES:	FPL DE 100%	FPL SUPERIOR A 175%	FPL DE 0 A 82%		MAYOR QUE 82 Y HASTA 137,5%		MAYOR QUE 137,5 HASTA 200%		FPL DE 137,5%
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
		NO ELEGIBLE	\$15 de COPAGO		\$65 de COPAGO		RESTAR EL FPL DE 137,5% DEL INGRESO CONTABLE Y DESPUÉS, MULTIPLICAR POR .50 Y SUMAR \$65		

PASOS PARA CALCULAR LA ELEGIBILIDAD Y EL COPAGO DE WCCC:

1. Determinar el ingreso TOTAL. Esto es la suma de todos los ingresos brutos ganados y no ganados.
2. Determinar el ingreso CONTABLE. Esto es el ingreso TOTAL menos la manutención para niños pagada.
3. Comparar el ingreso CONTABLE con la Columna 2. Si el monto es mayor, el cliente no es elegible. Si el ingreso CONTABLE es inferior a la columna 2, controle las columnas 3, 4 ó 5 para obtener un correcto rango de ingreso y copago.

**Derechos y responsabilidades de CCSP**

**Soy responsable de:**

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar información para que ustedes puedan determinar mi elegibilidad y autorizar los pagos del cuidado de niños correctamente.</li> <li>• Elegir un proveedor que satisfaga los requisitos de WAC 170-290-0125 y hacer mis propios arreglos para el cuidado de niños.</li> <li>• Pagar, o hacer arreglos para que alguien pague, mi copago mensual de CCSP directamente a mi proveedor de cuidado de niños. <b>No hacerlo puede provocar la finalización de mis subsidios de cuidado de niños.</b></li> <li>• Cooperar con el proceso de revisión de aseguramiento de la calidad para seguir siendo elegible para CCSP. He dejado de ser elegible para los beneficios de CCSP debido a una determinación de no cooperación con el proceso de aseguramiento de la calidad y permaneceré siendo no elegible hasta que satisfaga los requisitos de aseguramiento de la calidad o por 30 días a partir de la determinación de no cooperación.</li> <li>• Cooperar con el investigador de Detección Temprana de Fraudes (FRED). Rehusarme a cooperar (proporcionar la información requerida) con el investigador, puede afectar mis beneficios.</li> <li>• Notificar al asistente social autorizado de CCSP, dentro de un lapso de cinco días, acerca de cualquier cambio en los proveedores.</li> <li>• Notificar a mi proveedor dentro de un lapso de diez días cuando cambiamos su autorización de cuidado de niños.</li> <li>• <b>Para Cuidado Infantil de Conexiones Activas: Informar al asistente social autorizado de cuidado de niños, dentro de un lapso de 24 horas, de cualquier acusación pendiente o información sobre condenas de las que me entere:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mi proveedor de cuidado brindado por parientes o en el hogar.</li> <li>2) Persona de dieciséis años o más que vive con el proveedor cuando el cuidado se produce fuera del hogar del niño sólo para Working Connections Child Care.</li> </ol> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar cambios al asistente social autorizado de CCSP dentro de un lapso de 10 días: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ La cantidad de horas de cuidado de niños que deben cambiarse.</li> <li>▶ El ingreso del hogar, como un subsidio WorkFirst o cambios en la manutención de niños.</li> <li>▶ Un cambio en el tamaño del hogar, como un miembro de la familia, incluyendo un padre o cónyuge que se muda a la casa o fuera de ella.</li> <li>▶ Cambios en la actividad laboral, escolar o TANF aprobada.</li> <li>▶ Cambio de la dirección o del número de teléfono para los proveedores de cuidado brindado por parientes o en el hogar.</li> <li>▶ Cambio de la dirección postal o el número de teléfono.</li> <li>▶ Cambio en la obligación de manutención de niños.</li> </ul> </li> <li>• Devolver toda la información requerida para mi proveedor inmediatamente. No se le pagará a mi proveedor de cuidado brindado por parientes o en el hogar antes de la fecha en que se reciban todos los resultados de la verificación de antecedentes.</li> <li>• No dejar a los niños al cuidado de terceros por razones que no sean las enumeradas en el anverso de este formulario, a menos que yo tenga un plan con mi proveedor para hacerme cargo del costo del cuidado. Si deseo participar en una actividad no autorizada en el anverso de este formulario y quiero que el estado pague por los costos del cuidado de mis niños, debo primero comunicarme con el asistente social autorizado.</li> </ul> <p><b>No informar los cambios rápidamente puede provocar un sobrepago o que yo deba pagar más que mi participación de los costos por el cuidado de niños.</b></p> |
|---|---|

## Derechos y responsabilidades de CCSP (continuación)

Entiendo que:	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se me tratará con cortesía y justicia, sin importar mi raza, color, creencias políticas, origen, religión, edad, sexo, discapacidad o lugar de nacimiento.</li><li>• Se determinará mi elegibilidad para CCSP dentro de un plazo de treinta días a partir de la fecha de solicitud.</li><li>• Se me informará, por escrito, acerca de mis derechos y responsabilidades legales relacionados con los beneficios CCSP.</li><li>• Mi información será compartida con otras agencias cuando sea solicitada debido a reglamentaciones federales o estatales.</li><li>• Recibiré una notificación escrita al menos diez días antes de que el estado haga algún cambio para disminuir o suspender los beneficios, excepto lo dispuesto en WAC 170-290-0120.</li><li>• Puedo solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con una decisión relacionada con mi caso de CCSP.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puedo solicitar que un supervisor o administrador revise una decisión o medida que afecta alguno de mis beneficios sin que por ello mi derecho a audiencia se vea afectado.</li><li>• Puedo contar con un intérprete o traductor por un tiempo razonable sin costo para mí.</li><li>• Puedo seleccionar mi proveedor siempre y cuando el proveedor satisfaga los requisitos en WAC 170-290-0125.</li><li>• Puedo pedirle al investigador de Detección Temprana de Fraudes (FRED) de la Oficina de Fraude y Responsabilidad (OFA) que regrese en otro momento. No estoy obligado a permitirle la entrada a mi domicilio a un investigador. Esta solicitud no afectará mi elegibilidad para los beneficios. Rehusarme a cooperar (proporcionar la información requerida) con el investigador, puede afectar mis beneficios.</li></ul>

### DERECHO A UNA AUDIENCIA

Si no está de acuerdo con esta decisión, usted puede solicitar una audiencia poniéndose en contacto con esta oficina o escribiendo a Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98504-2489. Debe solicitar su audiencia:

- El día de entrada en vigencia de la medida o previo a éste, o antes de 10 días a partir del envío del aviso de esta medida, Si usted recibe los beneficios ahora y quiere continuar con ellos, o
- Dentro de un plazo de 90 días desde el momento en que recibe esta carta.

En la audiencia, usted tiene derecho a representarse a sí mismo, ser representado por un abogado o por cualquier otra persona que elija. Puede obtener asesoría o representación legal gratuita comunicándose con una oficina de servicios legales.