شماره تلیفون مرکز تماس		شماره فکس مرکز تماس
شماره هویت مشتری		تاریخ

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

CCSP اجازه نامه
CCSP Authorization Letter

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

☐ مراقبت فصلی از طفل

☐ ارتباطات کاری مراقبت از طفل

جواز مراقبت از طفل شما بر اساس فعالیت تایید شده در اجازه نامه شما است.

جواز مراقبت از طفل برای ☐ برای مدت ☐ نصف روز ☐ روز کامل ☐ ساعت

جواز مراقبت از طفل برای ☐ برای مدت ☐ نصف روز ☐ روز کامل ☐ ساعت

جواز مراقبت از طفل برای ☐ برای مدت ☐ نصف روز ☐ روز کامل ☐ ساعت

جواز مراقبت از طفل برای ☐ برای مدت ☐ نصف روز ☐ روز کامل ☐ ساعت

پرداخت مشترک

پرداخت مشترک میزان سهم شما از مصرف مراقبت از فرزندتان است که باید مستقیما به ارائه دهنده خدمات پرداخت شود. پرداخت مشترک شما به اندازه خانواده و درامد ماهوار شما بستگی دارد.

☐ پرداخت مشترک ماهوار شما15.00از تا خواهد بود.

☐ پرداخت مشترک ماهانه شما از تا خواهد بود.

شما موظف هستید تا برای هر ماه که **DSHS** مصرف خدمات مراقبت از طفل را پرداخت میکند، مصرف پرداخت مشترک خود را پرداخت کنید.

معلومات تکمیلی:

حقوق استماعیه:

در صورت که مخالف این حکم هستید، میتوانید با تماس با این دفتر یا درخواست کتبی به
Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489. شما بایستی درخواست دادرسی خود را:

- در صورت که فواید دریافت میکنید و میخواهید این روند ادامه یابد، باید درخواست استماع را قبل از تاریخ موثر اجرای حکم یا در همان تاریخ و یا ظرف 10 روز پس از آن که اطلاعیه اجرای حکم به شما رسید، تسلیم کنید، یا
- درخواست را ظرف مدت 90 روز از زمان دریافت این نامه ارائه دهید.

در جلسه استماعیه شما میتوانید خودتان از خود دفاع کنید، وکیل بگیرید یا وکالت خود را به شخص که تمایل دارید بسپارید. با تماس با یک دفتر خدمات حقوقی ممکن است که بتوانید از خدمات مشوره حقوقی یا وکالت رایگان استفاده کنید.

تغییرات گزارش دهی

با شماره 1-877-501-2233 تماس گرفته یا فکس بفرستید 1-888-338-7410
یا به صورت آنلاین در آدرس: Washingtonconnection.org

آدرس پستی: DSHS Customer Service Contact Center
P.O. Box 11699
Tacoma WA 98411
مدرک شناسایی مشتری خود را در هر صفحه که تحویل میدهید ارائه کنید.