شماره فکس مرکز تماس خدمات مشتریان	شماره تلیفون مرکز تماس خدمات مشتریان
تاریخ	شماره شناسایی مشتری

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

نامه واجدیت شرایط **CCSP**

CCSP Eligibility Letter

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

☐ مراقبت فصلی از طفل

☐ ارتباطات کاری مراقبت از طفل

شما اجازه استفاده از خدمات مراقبت طفل را با پرداخت مشترک ماهوار از _____ تا _____را دارید.

در صورت که هر یک از خانه های خالی ذیل ص صحیح باشد، باید معلومات تکمیلی را ارائه دهید:

1. ☐ ما درخواست شما را تایید میکنیم تا بتوانید پروسه درخواست TANF / Workfirst را تکمیل کنید. در صورت که در طول **14** روز شما در حال فعالیت تایید شده نباشید، فواید شما در این تاریخ ها قطع خواهد شد _____.
WAC 170-290-0055 و **WAC 170-290-0110**.

2. ☐ ما درخواست شما را بر اساس اظهاریه دستمزد مورد انتظار و برنامه کاری شما تایید کردیم. ظرف مدت **60** روز شما باید درآمد واقعی خود را تایید کنید، در غیر این صورت فواید شما در این تاریخ ها قطع خواهند شد _____.
WAC 170-290-0012, 170-290-0065 و **170-290-0110**.

مثال های تایید شامل موارد ذیل میشوند: رسیدهای معاش، سوابق پرداخت معاش از طرف استخدام کننده، یا اظهاریه کتبی استخدام کننده که شامل درآمد ناخالص دقیق شما از زمان استخدام میشود. ما همچنین یک فورم تایید استخدام را در ضمیمه ارسال کرده ایم که استخدام کننده شما میتواند آن را پر کند.

لطفا معلومات ذیل را ارائه دهید تا ما بتوانیم اجازه پرداخت به ارائه دهنده خدمات مراقبت از طفل شما را صادر کنیم:

☐ برنامه فعالیت های تایید شده شما. ☐ معلومات ارائه دهنده خدمات.

در صورتیکه هیچ یک از خانه های خالی بالا ص صحیح نشده نیاز به ارائه معلومات تکمیلی نیست. هنگام که اجازه پرداخت به ارائه دهنده خدمات شما صادر شد، یک نامه حاوی معلومات بیشتر دریافت خواهید کرد.

<u>فعالیت های تایید شده</u>

خدمات مراقبت از طفل برای موارد ذیل تایید شده است:

☐ استخدام ☐ فعالیت های تایید شده WorkFirst ☐ مکتب ☐ دیگر: _____

☐ آموزش و تعلیم غذای اساسی (BFET) / منابع شروع اشتغال موفق (RISE)

خدمات مراقبت از طفل برای موارد زیر تایید شده است:

☐ استخدام ☐ فعالیت های تایید شده WorkFirst ☐ مکتب ☐ دیگر: _____

☐ آموزش و تعلیم غذای اساسی (BFET) / منابع شروع اشتغال موفق (RISE)

<u>پرداخت مشترک</u>

پرداخت مشترک میزان سهم شما از هزینه 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 ماهانه شما از 15 دلار تا خواهد بود.

☐ پرداخت مشترک ماهانه شما از تا خواهد بود.

<u>دیگر:</u>

☐ دوسیه شما دوباره فعال شده است.

شما باید ظرف مدت **10** روز گزارش دهید که آیا در آمد خانواده شما از میزان بیشتر است یا منابع شما بیشتر میباشد $**1,000,000.00**.
WAC 170-290-0031

1. اندازه خانواده

2. درآمد ناخالص دریافتی (قبل از مالیات) $ _____

3. درآمد خود اشتغالی (پس از کسرهای مجاز) $ _____

4. میزان درآمد کسب نشده (SSI, SSA, دریافت پشتیبانی طفل, پرداخت های یکجا) $ _____

5. درآمد کل (حاصل جمع خطوط 2 تا 4 بالا) $ _____

6. مصرف حمایه از طفل پرداخت شده با حکم محکمه $ _____

7. تعیین درآمد قابل شمارش (حاصل تفریق خط 6 از خط 5) $ _____
(از درآمد قابل شمارش برای تعیین واجدیت شرایط و پرداخت مشترک استفاده میشود)

8. پرداخت مشترک به شکل ذیل محاسبه میشود:

درآمد قابل شمارش	پرداخت مشترک ماهوار
کمتر یا به اندازه 82% از سطح فقر فدرال (FPL)	$15
بیش از 82% و تا 137.5% FPL	$65

بیش از 137.5% و تا 200% FPL، نگاه کنید به: http://www.del.wa.gov/publications/subsidy/docs/WCCC_copays.pdf

حقوق دادرسی:

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 باید درخواست استماعیه خود را:

- در صورت که فواید را دریافت میکنید و میخواهید این روند ادامه یابد، باید درخواست استماعیه 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، 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.