شماره نمابر مرکز تماس خدمات مشتریان	شماره تلفن مرکز تماس خدمات مشتریان
تاریخ	شماره شناسایی مشتری

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

نامه احراز شرایط CCSP

CCSP Eligibility Letter

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

☐ مراقبت از کودک فصلی

☐ مراقبت از کودک در حین کار

شما حائزشرایط مراقبت از کودک همراه با یک پرداخت مشترک ماهانه از تاریخ _____ تا _____ هستید.

چنانچه هر یک از مربع‌های یک یا دو در زیر علامت خورده باشد، اطلاعات بیشتری از سوی شما موردنیاز است:

1. ☐ ما درخواست شما را تأیید می‌نماییم تا بتوانید فرآیند درخواست TANF / Workfirst را تکمیل نمایید. **چنانچه ظرف 14 روز در یک فعالیت تأییدشده نباشید، کمک‌هزینه‌های شما در تاریخ _____ خاتمه خواهد یافت.**
WAC 170-290-0055 و WAC 170-290-0110.

2. ☐ ما درخواست شما را برمبنای اظهاریه شما درمورد حقوق موردانتظار و برنامه‌ریزی کاری تأیید نمودیم. **ظرف 60 روز از این اعلانیه، شما باید درآمد واقعی خود را تأیید نمایید، در غیر اینصورت، کمک‌هزینه‌های شما در تاریخ _____ خاتمه خواهد یافت. .**
WAC 170-290-0012, 170-290-0065 و 170-290-0110.

نمونه‌های تأیید: فیش‌های حقوقی، سابقه پرداخت حقوق از طرف کارفرمای‌تان، یا یک اظهاریه کتبی از سوی کارفرمای شما که درآمد ناخالص دقیق دریافتی شما را از زمان استخدام‌تان فهرست می‌نماید. همچنین فرم تأیید اشتغال را که کارفرمای شما می‌تواند تکمیل نماید، پیوست نموده‌ایم.

لطفاً اطلاعات زیر را ارائه نمایید تا بتوانیم اجازه پرداخت به ارائه‌دهنده مراقبت از کودک شما را صادر نماییم:

☐ برنامه زمان‌بندی فعالیت تأییدشده ما. ☐ اطلاعات ارائه‌دهنده شما.

چنانچه هیچکدام از مربع‌های فوق علامت نخورده باشد، اطلاعات اضافی موردنیاز نیست. در هنگامی که پرداخت به ارائه‌دهنده شما تأیید شد، نامه‌ای حاوی اطلاعات بیشتر دریافت خواهید نمود.

<u>فعالیت تأییدشده</u>

مراقبت از کودک برای برای مورد زیر تأیید می‌شود:

☐ اشتغال ☐ فعالیت WorkFirst تأییدشده ☐ مدرسه ☐ سایر: _____
☐ برنامه استخدام و آموزش غذای پایه (BFET) / منابع آغاز استخدام موفق (RISE)

مراقبت از کودک برای برای مورد زیر تأیید می‌شود:

☐ اشتغال ☐ فعالیت WorkFirst تأییدشده ☐ مدرسه ☐ سایر: _____
☐ برنامه استخدام و آموزش غذای پایه (BFET) / منابع آغاز استخدام موفق (RISE)

<u>پرداخت مشترک</u>

پرداخت مشترک سهم هزینه مراقبت از کودک شما است و باید مستقیماً به ارائه‌دهنده شما پرداخت شود. پرداخت مشترک شما مبتنی بر تعداد اعضای خانواده شما و درآمد ماهانه شما است.

☐ پرداخت مشترک ماهانه شما 15 دلار از تا خواهد بود.

☐ پرداخت مشترک ماهانه شما دلار از تا خواهد بود.

<u>سایر:</u>

☐ **پرونده شما دوباره به جریان افتاده است.**

چنانچه درآمد ماهانه خانواده شما از دلار فراتر رفت یا منابع مالی شما از 1000000 دلار بیشتر شد، باید ظرف 10 روز گزارش دهید.
WAC 170-290-0031

.1 تعداد اعضای خانوار

.2 درآمد کسب‌شده ناخالص (قبل از کسر مالیات) $ _____

.3 درآمد خوداشتغالی (پس از کسورات مجاز) $ _____

.4 درآمد کسب‌نشده برابر است با (SSA، SSI، نفقه کودک دریافت‌شده، پرداخت‌های یکجا) $ _____

.5 مجموع درآمد (خطوط 2 تا 4 بالا را اضافه کنید) $ _____

.6 نفقه کودک براساس حکم دادگاه $ _____

.7 درآمد غیرقابل‌شمارش را تعیین کنید (خط 6 را از خط 5 کسر کنید) $ _____
(درآمد قابل‌محاسبه برای تعیین حائزشرایطبودن و پرداخت مشترک)

.8 پرداخت مشترک به شرح زیر محاسبه می‌شود:

درآمد قابل‌محاسبه	**پرداخت مشترک ماهانه**
در یا زیر 82 درآمد سطح فقر فدرال ((FPL	$15
بالای 82 درصد و حداکثر تا 137.5 درصد FPL	$65
بالای 137.5 درصد و حداکثر تا 200 درصد FPL، مراجعه کنید به: http://www.del.wa.gov/publications/subsidy/docs/WCCC_copays.pdf	

حقوق دادرسی

چنانچه با این رأی مخالفت هستید، می‌توانید با تماس با این اداره یا ارسال نامه به دفتر محاکم اداری درخواست دادرسی نمایید:
Office of Administrative Hearings, P.O. PO Box 42489, Olympia, WA 98504-2489 درخواست دادرسی را باید در این تاریخ‌ها ارائه دهید:

- در تاریخ اجرای این اقدام یا کمتر از 10 روز پس از اینکه ما اعلان این اقدام را برای شما ارسال کردیم، چنانچه کمک‌هزینه‌ها را اکنون دریافت می‌کنید یا قصد ادامه آنها را دارید، یا اینکه
- ظرف 90 روز از تاریخ دریافت این نامه.

شما حق دارید در جلسه دادرسی، خود شخصاً دفاع نموده یا وکالت خود را به یک وکیل یا هر شخص دیگری که انتخاب می‌کنید، بسپارید. از طریق تماس با دفتر خدمات حقوقی، می‌توانید درخواست مشاوره رایگان حقوقی نمایید.

گزارش تغییرات

تماس با شماره تلفن 1-877-501-2233 یا نمابر 1-888-338-7410 یا به صورت آنلاین: Washingtonconnection.org

از طریق پست: DSHS Customer Service Contact Center
P.O. Box 11699
Tacoma WA 98411

شماره مشتری خود را بر روی کلیه صفحاتی که ارسال می‌کنید، درج نمایید.