



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

**Lettre d'admissibilité au  
CCSP  
CCSP Eligibility Letter**

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU CENTRE DE SERVICE À LA CLIENTÈLE	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR DU CENTRE DE SERVICE À LA CLIENTÈLE
NUMÉRO D'IDENTIFICATION CLIENT	DATE

- Garde d'enfant périodique
- Garde d'enfant pour raisons professionnelles

Vous êtes admissible à une garde d'enfant avec quote-part mensuelle commençant le \_\_\_\_\_ et se terminant le \_\_\_\_\_.

**Si la case un ou deux ci-dessus est cochée, c'est que vous devez fournir des renseignements supplémentaires :**

- Nous approuvons votre demande, ce qui fait que vous pouvez terminer le processus de demande TANF / Workfirst. **Si vous n'avez aucune activité approuvée à l'intérieur de 14 jours, vos bénéfices seront suspendus le \_\_\_\_\_.**  
**WAC 170-290-0055 et WAC 170-290-0110.**
- Nous avons approuvé votre demande selon la déclaration que vous avez faite sur le salaire et l'horaire de travail auquel vous vous attendez. **Vous devez vérifier votre revenu réel dans les 60 jours après réception de cet avis, sinon vos bénéfices seront suspendus le \_\_\_\_\_.**  
**WAC 170-290-0012, 170-290-0065 et 170-290-0110.**

Voici certains exemples de vérification : Talons de paie, historique des paies fourni par votre employeur ou déclaration écrite de votre employeur indiquant le revenu brut exact que vous avez reçu depuis votre embauche. Nous avons également joint un formulaire de vérification de l'emploi à faire remplir par votre employeur.

**Veillez fournir les renseignements suivants pour que nous puissions autoriser le paiement à votre prestataire de garde d'enfant :**

- Vos horaires d'activité approuvée.  Renseignements de votre prestataire agréé.

**Si aucune case ci-dessus n'est cochée, aucun renseignement complémentaire n'est nécessaire. Vous recevrez une lettre contenant plus d'informations lorsque le paiement à votre prestataire sera autorisé.**

**Activité approuvée**

La garde d'enfant est approuvée pour \_\_\_\_\_ pour les cas suivants :

- Emploi  Activité WorkFirst approuvée  École  Autre : \_\_\_\_\_
- Formation et emploi alimentaire de base (Basic Food Employment and Training) (BFET) / Ressources pour préparer la réussite dans l'emploi (Resources to Initiate Successful Employment) (RISE)

La garde d'enfant est approuvée pour \_\_\_\_\_ pour les cas suivants :

- Emploi  Activité WorkFirst approuvée  École  Autre : \_\_\_\_\_
- Formation et emploi alimentaire de base (Basic Food Employment and Training) (BFET) / Ressources pour préparer la réussite dans l'emploi (Resources to Initiate Successful Employment) (RISE)

**Quote-part**

**La quote-part représente votre participation au coût de la garde d'enfant. Elle doit être versée directement au prestataire du service. Votre quote-part est déterminée en fonction de la taille de votre famille et de votre revenu mensuel.**

- Votre quote-part mensuelle sera de 15 \$ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_.
- Votre quote-part mensuelle sera de \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_.

**Autre :**

- Votre dossier a été rétabli.**

**Vous devez faire une déclaration dans les 10 jours sur votre revenu familial mensuel excède \$ ou si vos ressources excèdent 1 000 000,00 \$. WAC 170-290-0031**

1. Taille de la famille
2. Revenu salarial brut (avant impôt) \$ \_\_\_\_\_
3. Revenu pour travail autonome (après déductions autorisées) \$ \_\_\_\_\_
4. Revenu non gagné (SSI, SSA, pension alimentaire reçue, paiements forfaitaires) \$ \_\_\_\_\_
5. REVENU TOTAL (additionner les lignes 2 à 4 ci-dessus) \$ \_\_\_\_\_
6. Pension alimentaire décidée par le tribunal et payée \$ \_\_\_\_\_
7. Déterminer le revenu dénombrable (soustraire la ligne 6 de la ligne 5)  
(Le revenu dénombrable sert à déterminer l'admissibilité et la quote-part) \$ \_\_\_\_\_
8. La quote-part est calculée comme suit :

**Revenu dénombrable**

**Quote-part mensuelle**

Inférieur ou égal à 82 % du niveau fédéral de pauvreté (Federal Poverty Level) (FPL) 15 \$

Entre 82 % et 137,5 % du FPL 65 \$

Entre 137,5 % et 200 % du FPL voir : [http://www.del.wa.gov/publications/subsidy/docs/WCCC\\_copays.pdf](http://www.del.wa.gov/publications/subsidy/docs/WCCC_copays.pdf)

**Droits d'audience**

Si vous contestez cette décision, vous êtes autorisé(e) à solliciter une audience, en contactant notre bureau ou en écrivant à l'adresse suivante : Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489. Vous devez faire une demande d'audience :

- Au plus tard au jour d'entrée en vigueur de l'action en question ou 10 jours après que vous avez reçu notification de ladite action, SI vous bénéficiez actuellement de prestations et que vous souhaitez les maintenir, ou
- Dans un délai de 90 jours suivant la date de réception de cette lettre.

Lors de l'audience, vous avez le droit d'assurer votre propre représentation ou de vous faire représenter par un avocat ou par toute autre personne de votre choix. Vous pouvez recevoir gratuitement des conseils juridiques ou avoir accès à une représentation légale en contactant un cabinet juridique.

Pour signaler tout changement

Appeler le 1-877-501-2233 ou envoyer un fax au 1-888-338-7410

En ligne à : [Washingtonconnection.org](http://Washingtonconnection.org)

Par courrier postal : DSHS Customer Service Contact Center  
P.O. Box 11699  
Tacoma, WA 98411

**Indiquez votre identifiant client sur chaque page que vous soumettez.**