



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

CCSP 수혜 자격
CCSP Eligibility Letter

고객 서비스 연락처 콜 센터 전화번호	고객 서비스 연락처 콜 센터 팩스 번호
수혜자/의뢰인 ID 번호	날짜

계절적 탁아 서비스

직업 관련 탁아 서비스

귀하는 _____ 부터 _____

까지 월 본인부담금을 내시고 탁아 서비스를 받으실 수 있습니다.

아래 박스 한두 개에 체크 표시를 하셨다면 귀하의 개인 정보가 추가로 필요합니다:

1. 저희는 귀하가 TANF/Workfirst 신청 과정을 완료하실 수 있도록 귀하의 신청 승인을 처리하고 있습니다. 귀하가 승인된 활동을 14 일 이내에 시작하지 않으면 귀하의 수혜 서비스가 _____일에 종료됩니다.

WAC 170-290-0055 및 WAC 170-290-0110.

2. 저희는 귀하의 예상 임금 및 근무 일정 진술서를 근거로 귀하의 신청을 승인했습니다. 이 통지서 수령일 후 60 일 이내에 실소득을 증명하셔야 합니다. 그렇지 않으면 귀하의 수혜 서비스가 _____일에 종료됩니다.

WAC 170-290-0012, 170-290-0065 및 170-290-0110.

급여 명세서, 고용주가 작성한 급여 대상자 명단, 또는 귀하가 고용된 이후 받은 정확한 총소득이 기록된 서면 진술서로서 고용주가 작성한 것과 같은 증명 서류가 있습니다. 고용주가 작성할 수 있는 고용증명서도 첨부해 드렸습니다.

당국이 탁아 서비스 제공자에 대한 비용 지불을 허가할 수 있도록 다음 정보를 제공하십시오.

귀하의 승인된 활동 스케줄. 귀하의 서비스 제공자 정보.

위의 박스 어느 것에도 체크 표시가 없으면 추가 정보가 필요하지 않은 것입니다. 서비스 제공자에 대한 지불이 허가되면 더 많은 정보가 담긴 서한을 받게 됩니다.

승인된 활동

다음을 위해 _____에 대한 탁아 서비스가 승인되었습니다.

취업 승인된 WorkFirst 활동 학교 기타: _____

기본 식품 취업 및 훈련(BFET) / 성공적 취업 개시를 위한 자원(RISE)

다음을 위해 _____에 대한 탁아 서비스가 승인되었습니다.

취업 승인된 WorkFirst 활동 학교 기타: _____

기본 식품 취업 및 훈련(BFET) / 성공적 취업 개시를 위한 자원 (RISE)

본인부담금

본인부담금은 탁아 서비스 비용 중 귀하가 부담해야 할 금액이며 귀하의 서비스 제공자에게 직접 지불해야 합니다. 귀하의 본인부담금은 귀하의 가족 수와 월소득을 토대로 정해집니다.

_____에서 _____까지 귀하가 지불할 월 본인부담금은 \$15.00 입니다.

_____에서 _____까지 귀하가 지불할 월 본인부담금은 \$ _____ 입니다.

기타

귀하의 케이스가 복권되었습니다.

귀하는 가족 월소득이 \$ _____ 를 초과하거나 자산이 \$1,000,000.00 를 초과한다면 10 일 이내에 신고하셔야 합니다. WAC 170-290-0031

1. 가족 수
2. 총 근로 소득 (세금 공제 전) \$ _____
3. 자영업 소득 (허용 가능한 금액 공제 후) \$ _____
4. 블로 소득으로 취급할 수 있는 금액 (SSI, SSA, 수령한 아동 양육비, 일시 지불금) \$ _____
5. 총 소득 (위의 2 ~ 4 번 합산) \$ _____
6. 법원이 명령한 양육비 지급금 \$ _____
7. 가산 소득 계산 (5 번 줄에서 6 번 줄을 빼십시오)
(가산 소득은 수혜 자격과 본인부담금을 결정하는 데 사용됩니다) \$ _____
8. 본인부담금을 다음과 같이 계산합니다.

가산 소득

월 본인부담금

연방 빈곤 수준(FPL)의 82% 이하

\$15

FPL 의 82% ~ 137.5%

\$65

FPL view의 137.5% ~ 200%: http://www.del.wa.gov/publications/subsidy/docs/WCCC_copays.pdf

심의회 권리

귀하는 이 결정에 동의하지 않을 경우 사무국에 전화를 하거나 Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489 로 편지를 써서 심의회를 요청하실 수 있습니다. 심의회는 다음과 같이 신청해야 합니다.

- 현재 받고 있는 혜택을 계속 받기를 원한다면, 이 조치 유효일이나 유효일 전에 또는 이 조치 통지서를 송부한 날로부터 10 일 전에 신청함, 또는
- 이 서신을 받은 날짜로부터 90 일 이내에 신청해야 합니다.

귀하는 심의회에서 스스로를 대변할 권리가 있으며 변호사나 귀하가 선택한 사람을 대동해 귀하를 대변하게 할 수 있습니다. 법적 서비스를 제공하는 사무실에 연락하여 무료 법적 조언이나 대변인의 도움을 받으실 수도 있습니다.

변경사항 보고

1-877-501-2233 으로 전화하거나 1-888-338-7410 으로 팩스를 보내십시오

온라인: Washingtonconnection.org

우편: DSHS Customer Service Contact Center

P.O. Box 11699

Tacoma WA 98411

제출할 서류의 각 페이지에 귀하의 수혜자/의뢰인 ID 를 기재하십시오.