



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

منحة أو خطاب تغيير
CCSP Award or Change Letter

رقم هاتف مركز الاتصال	رقم فاكس مركز الاتصال
رقم تعريف العميل	التاريخ

رعاية طفل موسمية

رعاية الطفل للأقارب العاملين

أنت مخول لرعاية طفل في مقابل شهري يبدأ من _____ حتى _____.

الرجاء قراءة المعلومات الهامة المرفقة ببيان حقوق وواجبات برامج الإعانة المالية لرعاية الطفل (CCSP) بعناية.

تمت الموافقة على منح حق رعاية الطفل للسيدة/السيدة _____ نظراً لما يلي:

العمل نشاط عمل له الأولوية معتمد مدرسة أخرى: _____

تمت الموافقة على منح حق رعاية الطفل للسيدة/السيدة _____ نظراً لما يلي:

العمل نشاط عمل له الأولوية معتمد مدرسة أخرى: _____

تمت الموافقة على منح حق رعاية الطفل للسيدة/السيدة _____ لمدة نصف أيام أيام كاملة ساعة

تمت الموافقة على منح حق رعاية الطفل للسيدة/السيدة _____ لمدة نصف أيام أيام كاملة ساعة

تمت الموافقة على منح حق رعاية الطفل للسيدة/السيدة _____ لمدة نصف أيام أيام كاملة ساعة

تمت الموافقة على منح حق رعاية الطفل للسيدة/السيدة _____ لمدة نصف أيام أيام كاملة ساعة

سيكون المقابل الشهري هو \$15 دولار ابتداء من _____ إلى _____.

سيكون المقابل الشهري هو \$ _____ إلى _____ دولار.

يكون المقابل الشهري هو حصتك من تكاليف رعاية الطفل والتي يجب سدادها مباشرة لمقدم الخدمة. يستند المقابل الشهري إلى عدد أفراد الأسرة والدخل الشهري.

1. عدد أفراد الأسرة _____
2. إجمالي الدخل (قبل احتساب الضرائب) \$ _____
3. دخل المهن الحرة (بعد حساب الاستقطاعات المسموح بها) \$ _____
4. يساوي الدخل غير المكتسب (دخل التأمين التكميلي SSI, SSA وإدارة التأمين الاجتماعي ودعم الطفل والمبالغ المدفوعة مرة واحدة) \$ _____
5. إجمالي الدخل (أضف الأسطر من 2 حتى 4 مما سبق) \$ _____
6. دعم الطفل المدفوع بموجب أمر محكمة \$ _____
7. تحديد الدخل المحتسب (مع طرح الحد 6 من الحد 5) \$ _____
(يتم استخدام الدخل المحتسب في تحديد الأهلية والمقابل)
8. يتم احتساب المقابل كالتالي: \$ _____

المقابل الشهري

15\$

65\$

الدخل المحتسب

82% أو أقل على معدل الفقر الفيدرالي (FPL)
أعلى من 82% حتى 137.5% من معدل الفقر الفيدرالي
أعلى من 137.5% حتى 200% على معدل الفقر الفيدرالي
انظر الجدول المرفق لاحتساب المقابل.

يكون المقابل متغيرًا بسبب (نموذج WAC 170-290-0085):

تغير عدد أفراد الأسرة.
أخرى (مع التوضيح):

انتهت مدة التفويض الخاصة بك.
انخفض الدخل.

رقم فاكس مركز الاتصال

رقم هاتف مركز الاتصال

جدول احتساب المقابل
يسري هذا الجدول اعتباراً من 2013/01/09

إذا كان الدخل المحتسب كالتالي:

إذا كان عدد أفراد الأسرة هو:	100% من معدل الفقر الفيدرالي	أعلى من 175% من معدل الفقر الفيدرالي	0 حتى 82% من معدل الفقر الفيدرالي	أعلى من 82 وحتى 137.5% من معدل الفقر الفيدرالي	أعلى من 137.5 وحتى 200%	137.5% من معدل الفقر الفيدرالي
1	\$ 958	\$1,916	\$0	\$787	\$1,317	\$1,317
2	\$1,293	\$2,586	\$0	\$1,061	\$1,778	\$1,778
3	\$1,628	\$3,256	\$0	\$1,336	\$2,239	\$2,239
4	\$1,963	\$3,926	\$0	\$1,611	\$2,699	\$2,699
5	\$2,298	\$4,596	\$0	\$1,885	\$3,160	\$3,160
6	\$2,633	\$5,266	\$0	\$2,160	\$3,620	\$3,620
7	\$2,968	\$5,936	\$0	\$2,435	\$4,081	\$4,081
8	\$3,303	\$6,606	\$0	\$2,709	\$4,542	\$4,542
9	\$3,638	\$7,276	\$0	\$2,984	\$5,002	\$5,002
10	\$3,973	\$7,946	\$0	\$3,259	\$5,463	\$5,463
	غير مؤهل	مقابل 15\$ دولار	مقابل 65\$ دولار	استقطاع 137.5% معدل الفقر الفيدرالي من الدخل المحتسب ثم الضرب في 50. وإضافة 65\$ دولار		

خطوات احتساب أهلية CCSP والمقابل:

1. تحديد الدخل الإجمالي. يعتبر هذا المبلغ هو إجمالي الدخل المكتسب وغير المكتسب.
2. تحديد الدخل المكتسب. يعتبر ذلك هو إجمالي الدخل مطروحاً منه أي دعم طفل.
3. مقارنة الدخل المكتسب بالعمود 2. إذا كان المبلغ أكبر، فلا يكون العميل مؤهلاً. إذا كان محتسباً يقع الدخل في العمود 2 وتحقق من العمودين 3 أو 4 أو 5 بحثاً عن نطاق الدخل الصحيح والمقابل الصحيح.

حقوق وواجبات CCSP

أكون مسؤولاً عن:	
<ul style="list-style-type: none"> • توفير المعلومات بحيث يمكن تحديد أهليتي وتفويض مدفوعات رعاية الطفل بصورة صحيحة. • اختيار موفر خدمة يستوفي متطلبات WAC 170-290-0125 ويقوم بالترتيبات اللازمة لرعاية طفلي. • سداد أو ترتيب قيام شخص ما بسداد مقابل CCSP الشهري مباشرة إلى من يقوم برعاية طفلي. يؤدي الإخفاق في القيام بذلك إلى إنهاء مساعدات رعاية الطفل التي أحصل عليها. • التعاون في عملية مراجعة ضمان الجودة للبقاء مؤهلاً لبرنامج CCSP. أصبح غير مؤهلاً لإعانات البرنامج في حالة تقرير ضمان الجودة بعدم التعاون وأظل غير مؤهل لاستيفاء متطلبات ضمان الجودة أو لمدة 30 يوماً من التقرير بعدم تعاوني. • التعاون مع محقق الكشف المبكر للتحويل (FRED). في حالة رفضي التعاون (توفير المعلومات المطلوبة) مع المحقق، فقد يؤثر ذلك على الميزات التي استمتع بها. • إخطار موظف برنامج CCSP بأي تغيير لمقدم الخدمة في غضون خمسة أيام. • إخطار مقدم الخدمة في حالة تغيير تفويض رعاية الطفل في غضون 10 أيام. • من أجل رعاية الطفل المتعلقة بروابط العمل: إخطار الموظف المختص بالتفويض الخاص برعاية طفلي في غضون 24 ساعة بأي معلومات تتعلق لاتهامات أو أحكام معلقة أعرفها بشأن: 	<ul style="list-style-type: none"> • إبلاغ موظف برنامج CCSP بأي تغييرات تطرأ في غضون 10 أيام من: <ul style="list-style-type: none"> ▶ تغيير عدد الساعات اللازمة لرعاية الطفل. ▶ التغيير في دخل الأسرة بما في ذلك أي منحة عمل له أو لوليّة أو إعانة طفل. ▶ تغيير في حجم الأسرة مثل زيادة أو نقصان أحد أفراد الأسرة. ▶ تغييرات في العمل أو المدرسة أو نشاط معتمد للمعونات المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF). ▶ تغيير العنوان أو رقم الهاتف لمزود الخدمة المقيم / أحد الأقارب. ▶ تغيير عنوان المنزل أو رقم الهاتف. ▶ تغيير الالتزام الخاص بإعانة الطفل. • إعادة كافة المعلومات المطلوبة لموفر الخدمة على الفور. لا يتم سداد أي مستحقات لموفر الخدمة المقيم/أحد أقربائي قبل تاريخ استلام كافة نتائج فحص الحالة الجنائية. • عدم ترك الأطفال في الرعاية لأسباب أخرى غير تلك الأسباب المنصوص عليها في بداية هذا النموذج ما لم أقر خطة مع موفر الخدمة للدفع مقابل الرعاية بنفسني. إذا رغبت في المشاركة في أي نشاط آخر غير تلك الأنشطة المصرح بها في بداية هذا النموذج وأرغب في أن تقوم الولاية بالسداد مقابل رعاية طفلي، فيتعين عليّ الاتصال أولاً بالموظف المختص برعاية طفلي.
<ul style="list-style-type: none"> • موفر الخدمة الموجود بالمنزل/قريبتي. • أي شخص يبلغ السادسة عشر أو أكبر ممن يقيمون مع مزود الخدمة عند رعاية الطفل خارج البيت لرعاية الطفل من الأقارب العاملين فقط. 	<ul style="list-style-type: none"> • يؤدي عدم الإبلاغ عن تلك التغييرات على الفور إلى زيادة المدفوعات أو اضطراري إلى سداد حصة أكبر من حصتي في مصروفات رعاية طفلي.

حقوق وواجبات CCSP (يتبع)

أدرِك جيداً أنه:

<ul style="list-style-type: none">• يجوز لي أن أطلب من المشرف أو المسؤول مراجعة أحد القرارات أو الإجراءات التي تؤثر على الإعانات الخاصة بي دون أن يؤثر ذلك على حقي في الحصول على جلسة استماع.• يحق لي الحصول على خدمات مترجم شفوي أو تحريري في إطار حدود الوقت المعقولة ودون تحمل أي تكلفة من جانبي.• يحق لي اختيار موفر الخدمة طالما أنه يستوفي المتطلبات المنصوص عليها في WAC 170-290-0125.• يحق لي أن أطلب من محقق الكشف المبكر للتعايل (FRED) من مكتب التعايل والمسانلة (OFA) العودة في وقت آخر. يحق لي ألا أسمح للمحقق بدخول منزلي. لا يؤثر هذا الطلب على أهليتي للحصول على الإعانات. في حالة رفض التعاون (توفير المعلومات المطلوبة) مع المحقق، فقد يؤثر ذلك على الميزات التي استمتع بها.	<ul style="list-style-type: none">• سيتم التعامل معي بكل احترام وعدالة بغض النظر عن العرق أو اللون أو المعتقدات السياسية أو الأصل الوطني أو الدين أو العمر أو الجنس أو الإعاقة أو محل الميلاد.• سيتم تحديد أهليتي لبرنامج CCSP في غضون ثلاثين يوماً من تاريخ تقديم الطلب.• سيتم إخطاري كتابةً بحقوق ومسؤولياتي القانونية المرتبطة بإعانات برنامج CCSP.• سيتم مشاركة المعلومات الخاصة بي مع الوكالات الأخرى عند طلبها بموجب اللوائح الفيدرالية أو لوائح الولاية.• سأنتقل إخطاراً مكتوباً في موعد أقصاه 10 أيام قبل قيام الولاية بإجراء أي تغييرات لتخفيض أو إيقاف الإعانات عدا تلك الحالات المنصوص عليها في WAC 170-290-0120.• يحق لي طلب الحصول على جلسة استماع في حال عدم موافقتي على أحد القرارات المرتبطة بحالة CCSP الخاصة بي.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

حقوق الاستماع

في حال عدم موافقتك على هذا القرار، يحق لك طلب الحصول على جلسة استماع من خلال الاتصال بهذا المكتب أو مراسلة مكتب جلسات الاستماع الإدارية على العنوان: Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98504-2489. يجب أن تطلب جلسة الاستماع:

- قبل أو في تاريخ سريان هذا الإجراء أو بما لا يتجاوز فترة أقصاها 10 أيام من إرسالنا لإخطار هذا الإجراء إليك إذا حصلت على الإعانات الآن وكنت ترغب في الاستمرار في الحصول عليها أو
- في غضون 90 يوماً من تاريخ استلام الخطاب.

أثناء جلسة الاستماع، يحق لك تمثيل نفسك أو قيام أحد المحامين أو أي شخص آخر بتمثيلك. يحق لك الحصول على استشارة قانونية مجانية أو الحصول على تمثيل من خلال الاتصال بمكتب للخدمات القانونية.