



CCSP 수혜자격 대기자 명단 서한 CCSP Eligibility Waitlist Letter

Table with 2 columns: 고객 서비스 연락 센터 전화번호, 고객 서비스 연락 센터 팩스번호, 수혜자/의뢰인 ID 번호, 날짜

- 계절적 탁아 서비스, 직업 관련 탁아 서비스, 대기자 명단

귀하는 탁아 서비스 보조금 수혜 자격이 있습니다. 하지만, 자금 제약 때문에 보조금 수령 가족 수에 한도가 정해져 있어서 귀하는 현재 보조금 수혜 대기자 명단에 이름이 올라가 있는 상황입니다.

빈 자리가 생기면, 대기자 명단에 이름을 올린 분들은 DSHS에 접수된 신청서 날짜 순서대로 보조금을 지급받을 수 있습니다. 당국은 어느 날짜까지 탁아서비스 보조금을 제공한다고 보장하지 않습니다.

아래 박스에 체크 표시가 되어 있다면, 예상 임금과 근무 스케줄을 바탕으로 귀하의 신청이 승인되었고 귀하의 이름이 대기자 명단에 올라가 있다는 뜻입니다.

이 통지서를 받은 날짜로부터 60일 이내에 귀하의 실제 소득을 검증해주셔야 합니다. 그렇지 않으면 일자에 귀하의 이름이 대기자 명단에서 삭제됩니다.

WAC 110-15-2240

검증 자료는 급여 명세서, 급여 지불 내역, 또는 고용된 후부터 받은 정확한 총소득이 적힌 급여 지불 명세서 등입니다.

다음 활동들에 대한 귀하의 신청이 승인되었고 귀하의 이름이 대기자 명단에 올라가 있습니다.

- 취업, 학교, 기타, 기본 식품 취업 및 훈련(BFET) / 성공적 취업 개시를 위한 자원(RISE)

빈 자리가 생기면 당국은 귀하의 수혜 가능 날짜와 본인부담금을 알려드리는 통지서를 보내드립니다.

WAC110-15-0001에 의거하여, 수혜자격 기준을 충족시키고 다음 사항에 해당되는 가정은 대기자 명단에 이름을 올릴 필요 없이 우선순위 자격이 주어집니다.

- Early Head Start-Child Care Partnership에 참여하는 가정, 현재 TANF를 수령하고 있거나 TANF 제제를 교정하고 있는 가정, WAC 110-15-0220 하에 특별보호대상으로 판정을 받은 아동을 둔 가정, 실패 부/모로서 다음에 해당되는 가정: 부/모 또는 보호자와 함께 살고 있는 않은 실패, 고등학교에 재학 중인 실패이며, 교내에 탁아서비스 센터가 있는 경우, McKinney-Vento Act에 의거하여 노숙자인 경우, 신청 후 30일 이내에 직업 관련 또는 계절적 탁아서비스를 이전에 받은 경험이 있는 경우

자신이 우선순위 자격요건 중 하나에 부합한다고 생각하시면, DSHS에게 위에 적힌 번호로 연락해주시시오.

이사를 하시는 경우 위에 적힌 번호로 저희에게 연락하셔서 새 주소를 알려주시시오. 새 주소가 있어야만 빈 자리가 생길 때 귀하에게 연락을 드릴 수 있습니다.

이 통지서를 받은 날짜로부터 12개월이 지났는데도 아직 자리가 생기지 않았다면, 보조금 지원 인원에 빈 자리가 생길 때 프로그램 수혜자격을 재확인하셔야 합니다.

**본인부담금**

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

대기자 명단에서 귀하의 이름이 삭제되고 보조금이 지급되는 처음 2개월 동안에 귀하의 본인부담금은 \$15.00입니다.

대기자 명단에서 이름이 삭제되고 처음 2개월 동안 \$15를 납입한 후, 나머지 수혜자격 기간 동안 귀하의 월 본인부담금은 \$ \_\_\_\_\_ 입니다.

대기자 명단에서 이름이 삭제되었을 때 귀하의 월 본인부담금은 \$ \_\_\_\_\_ 입니다.

월 가계소득이 \$ \_\_\_\_\_ 를 초과하거나 자산이 \$1,000,000.00를 초과한 경우 10일 이내에 신고하셔야 합니다. WAC 110-15-0031

1. 가족 수

2. 총 근로 소득 (세금 공제 전) \$ \_\_\_\_\_

3. 자영업 소득 (허용 가능한 금액 공제 후) \$ \_\_\_\_\_

4. 불로 소득으로 취급할 수 있는 금액 (SSI, SSA, 수령한 아동 양육비, 일시 지불금) \$ \_\_\_\_\_

5. 총 소득 (위의 2 ~ 4번 합산) \$ \_\_\_\_\_

6. 법원이 명령한 양육비 지급금 \$ \_\_\_\_\_

7. 가산 소득 계산 (5번 줄에서 6번 줄을 빼십시오) \$ \_\_\_\_\_

(가산 소득은 수혜자격과 본인부담금을 결정하는 데 사용됩니다)

8. 본인부담금을 다음과 같이 계산합니다

**가산 소득**

**월 본인부담금**

연방 빈곤 수준(FPL)의 82% 이하

\$15

FPL의 82% ~ 137.5%

\$65

FPL view의 137.5% ~ 200%: [http://www.del.wa.gov/publications/subsidy/docs/WCCC\\_copays.pdf](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 98504-2489로 편지를 써서 심의회를 요청하실 수 있습니다. 심의회는 다음과 같이 신청해야 합니다.

- 현재 받고 있는 혜택을 계속 받기를 원하신다면, 이 조치 유효일이나 유효일 전에 또는 이 조치 통지서를 송부한 날로부터 10일 전에 신청해야 합니다. 또는
- 이 서신을 받은 날짜로부터 90일 이내에 신청해야 합니다.
- 귀하는 심의회에서 스스로를 대변하거나 변호사나 귀하가 선택한 사람을 대동해 귀하를 대변하게 할 수 있는 권리가 있습니다. 법적 서비스를 제공하는 사무실에 연락하여 무료 법적 조언이나 대변인의 도움을 받으실 수도 있습니다.

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

**변경사항 보고**

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

온라인: [Washingtonconnection.org](http://Washingtonconnection.org)

우편: DSHS Customer Service Contact Center

P.O. Box 11699

Tacoma WA 98411

제출할 서류의 각 페이지에 귀하의 수혜자/의뢰인 ID를 기재하십시오.