

رقم الهاتف الخاص بمركز اتصال خدمة العملاء	رقم الفاكس الخاص بمركز اتصال خدمة العملاء
رقم تعريف العميل	التاريخ

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)
خطاب الاستحقاق الخاص ببرامج الإعانات
المالية لرعاية الطفل (CCSP)
CCSP Eligibility Letter



رعاية الطفل الموسمية

برنامج رعاية أطفال الأقارب العاملين

أنت تستحق رعاية طفل مقابل مبلغ شهري مدفوع ابتداء من _____ وانتهاء في _____.

إذا وضعت علامة على أحد المربعين بالأسفل، المربع 1 أو المربع 2، فستكون هناك بعض المعلومات الإضافية المطلوبة منك:

1. نحن نقوم بالموافقة على استمارتك بحيث يكون بإمكانك استكمال الاستمارة TANF / Workfirst. إذا لم تقم بأي نشاط معتمد في غضون 14 يوماً، سيتم إلغاء المنافع المخصصة لك وفقاً للقوانين _____.

WAC 110-15-0020 و WAC 110-15-0110.

2. لقد حدد أهليتك والمبلغ المدفوع اعتماداً على ذكرك للأجور المتوقعة وجدول العمل.

في غضون 60 يوماً من هذا الإشعار يجب عليك التحقق من ذلك الفعلي، وإلا سيتم إلغاء المنافع الخاصة بك وفقاً للقوانين _____.

WAC 110-15-0012، WAC 110-15-0065، و WAC 110-15-0110.

أمثلة التحقق تشمل: كعوب إيصال الدفع، وبيان بالرواتب من صاحب العمل الخاص بك، أو بيان مكتوب من صاحب العمل يسرد فيه الدخل الإجمالي المحدد الذي تتقاضاه منذ بدء تسلمك العمل. أرفقنا كذلك نموذج إثبات العمل حيث يمكن لصاحب العمل الخاص بك أن يكمل هذا النموذج. وسوف يتم إعادة حساب المبلغ المدفوع الخاص بك عندما تكمل عملية التحقق. وسوف يتم إعادة تحديد ذلك، وإذا كان ذلك الفعلي مختلفاً عن الدخل الذي ذكرته عند التقدم بالطلب، فسوف يتم إعادة ضبط المبلغ المدفوع الخاص بك إلى التاريخ الأول من أحقية الحصول على الدعم. WAC 110-15-0085.

يرجى توفير المعلومات التالية حتى نستطيع اعتماد الدفع لموفر رعاية الطفل الخاص بك:

جدول النشاط المعتمد الخاص بك. معلومات موفر الرعاية الخاص بك.

في حالة عدم تحديد أي من المربعين أعلاه، فلن يكون هناك حاجة إلى معلومات إضافية. سوف نتلقى خطاباً يتضمن المزيد من المعلومات عندما يتم اعتماد الدفع إلى موفر الرعاية الخاص بك.

النشاط المعتمد

تم اعتماد رعاية الطفل لصالح _____ للآتي:

وظيفة نشاط WorkFirst معتمد مدرسة أخرى: _____
 التغذية الأساسية والتوظيف والتدريب (BFET) / موارد بدء التوظيف الناجح (RISE)

تم اعتماد رعاية الطفل لصالح _____ للآتي:

وظيفة نشاط WorkFirst معتمد مدرسة أخرى: _____
 التغذية الأساسية والتوظيف والتدريب (BFET) / موارد بدء التوظيف الناجح (RISE)

المبلغ المدفوع

المبلغ المدفوع هو حصتك في تكلفة رعاية طفلك ويجب أن يتم دفعه مباشرة إلى موفر الرعاية الخاص بك. يعتمد المبلغ المدفوع على حجم عائلتك ودخلك الشهري.

سيقدر المبلغ المدفوع شهرياً بمبلغ 15.00 دولاراً أمريكياً من _____ إلى _____.

سيقدر المبلغ المدفوع شهرياً بمبلغ دولاراً أمريكياً من _____ إلى _____.

في غضون 10 أيام، ينبغي عليك أن تخطرننا إذا تجاوز دخل الأسرة الشهري قيمة
WAC 110-15-0031

دولار أو إذا تخطت قيمة الموارد حاجز الـ 1,000,000.00 دولار

1. حجم العائلة
2. إجمالي الدخل المكتسب (قبل خصم الضرائب)
3. الدخل من الأعمال الحرة (بعد الخصومات المصرح بها)
4. ما يعادل الدخل غير المكتسب (دخل الضمان الإضافي (SSI) وإدارة الضمان الاجتماعي (SSA)) ودعم الطفل الذي تم الحصول عليه والمبالغ المدفوعة مرة واحدة)
5. إجمالي الدخل (اجمع السطور من 2 إلى 4 أعلاه)
6. دعم الطفل المدفوع بموجب حكم محكمة
7. تحديد الدخل القابل للعد (طرح السطر 6 من السطر 5) (يستخدم الدخل القابل للعد لتحديد الاستحقاق والمبلغ المدفوع)
8. يتم حساب المبلغ المدفوع على النحو التالي:

\$ _____
\$ _____
\$ _____
\$ _____
\$ _____
\$ _____

المبلغ الشهري المدفوع

15 دولارا أمريكيا

65 دولارا أمريكيا

[معلومات حول إعانات ومساعدات رعاية أطفال الولاية | DEL](#)

الدخل القابل للعد

عند 82% أو أقل من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)

أعلى من 82% وحتى 137.5% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)

أعلى من 137.5% وحتى 220% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL) انظر:

معلومات حول تطور الطفل

يمكنك التعرف على ما إذا كان تطور الطفلة أو الرضيفة يسير بشكل سليم أو إذا كانت تحتاج إلى بعض الممارسات الإضافية لتكون مستعدة للمدرسة. ولفعل ذلك، يمكنك إكمال استبيان فحص تطور الطفل المجاني عن طريق الاتصال بالخط الساخن لصحة الأسرة على الرقم 1-800-322-2588 أو انتقل إلى موقع الويب Parent Help 123 <http://www.parenthelp123.org/child-development/help-me-grow-washington> لمعرفة المزيد حول الاستبيان. توفر وكالة التوعية برعاية الطفل معلومات وإحالات مجانية وعادلة للأسر التي تطلب رعاية الطفل عالية الجودة. للتواصل مع وكالة التوعية برعاية الطفل، يمكنك الاتصال بالرقم 1-800-446-1114 أو التواصل عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني <http://wa.childcareaware.org>. يمكنك العثور على حالات فحص الصحيفة الجنائية لرعاية الطفل المعتمدة، وسجل الترخيص وتقارير المراقبة واللغات التي يتم التحدث بها وغير ذلك الكثير في نظام التحقق من رعاية الطفل على www.del.wa.gov/check للأطفال الحق الإنساني الأساسي في الحياة بأمان. والاعتداء على الأطفال وإهمالهم يهدد سلامتهم بوضعهم في محك خطر التعرض لإصابات بدنية وعاطفية وقد يؤول الأمر إلى الوفاة. فإذا كنت في شك من وقوع طفل ضحية الاعتداء أو الإهمال، فلا تتردد في الاتصال بالرقم المجاني الذي توفره DSHS على (1-866-363-4276) (1-866-END-HARM).

حقوق طلب جلسة استماع

إذا لم توافق على هذا القرار، يجوز لك طلب جلسة استماع من خلال الاتصال بهذا المكتب أو مراسلة مكتب جلسات الاستماع الإدارية، Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489. يجب أن تطلب جلسة الاستماع الخاصة بك:

- في تاريخ سرعان هذا الإجراء أو قبله أو خلال فترة لا تتجاوز 10 أيام من إرسال إخطار بهذا الإجراء، أو إذا كنت تتلقى المنافع الآن وتريد أن تستمر أو
- خلال 90 يوما من تاريخ استلام هذا الخطاب.

يحق لك في جلسة الاستماع أن تحضر بنفسك أو أن يمثلك محام أو أي شخص آخر تختاره أنت. يجوز لك الحصول على إرشاد أو تمثيل قانوني مجاني من خلال الاتصال بمكتب الخدمات القانونية.

الإبلاغ عن التغييرات

اتصل على 1-877-501-2233 أو تواصل عن طريق الفاكس على 1-888-338-7410

أو عن طريق الإنترنت على: Washingtonconnection.org

البريد: DSHS Customer Service Contact Center

P.O. Box 11699

Tacoma WA 98411

يرجى إرفاق رقم تعريف العميل الخاص بك على كل صفحة تقدمها.