



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)
**Carta de lista de espera
de elegibilidad para CCSP**
CCSP Eligibility Waitlist Letter

TELÉFONO DEL CENTRO DE SERVICIO A CLIENTES	FAX DEL CENTRO DE SERVICIO A CLIENTES
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	FECHA

- Programa de Cuidado Estacional ("Seasonal Child Care")
- Guardería de Working Connections
- Lista de espera

Usted es elegible para beneficios del subsidio para guardería. Sin embargo, debido a las limitaciones en los fondos, existe un límite a la cantidad de familias que reciben subsidios y actualmente hay una lista de espera para recibir estos beneficios. Usted ha sido colocado en esta lista de espera a partir del: _____. Nos comunicaremos con usted por escrito cuando haya espacio disponible.

Cuando se liberan espacios, se toman nombres de la lista de espera que sean elegibles para pago a proveedores en el orden de la fecha en que el DSHS recibió la solicitud. No podemos garantizar la asistencia para guardería en una fecha específica.

Cuando la siguiente casilla está marcada, significa que aprobamos su solicitud y lo colocamos en la lista de espera con base en su salario y horario de trabajo esperados.

- Debe comprobar sus ingresos actuales dentro de un plazo de 60 días contados a partir de esta notificación o será eliminado de la lista de espera el _____.** Si es eliminado de la lista de espera, tendrá que volver a solicitar beneficios de subsidio para guardería. WAC 110-15-2240

Algunos ejemplos de comprobantes son: recibos de salario, historial de nómina de su empleador, o una declaración escrita de su empleador que incluya los ingresos brutos exactos recibidos desde su contratación. También hemos incluido un formulario de verificación de empleo que puede contestar su empleador.

Su solicitud fue puesta en lista de espera para las siguientes actividades aprobadas:

- Empleo Escuela Otra: _____
- Empleo y Capacitación de Alimentos Básicos (por sus siglas en inglés, "BFET") / Recursos para Iniciar un Empleo Exitoso (por sus siglas en inglés, "RISE")

Cuando se liberen espacios, le enviaremos una notificación informándole de sus fechas de elegibilidad y su copago.

WAC110-15-0001 requiere que las familias reciban acceso preferencial y no sean colocadas en lista de espera si cumplen con los criterios de elegibilidad y:

- Participan en el programa Early Head Start-Child Care Partnership
- Actualmente reciben TANF o están cubriendo una sanción de TANF;
- Tienen un niño con necesidades especiales verificadas según WAC 110-15-0220; o
- Son padres adolescentes, y
 - No viven con sus padres o tutores, y
 - Asisten a la escuela preparatoria y esa escuela preparatoria tiene una guardería en el lugar, patrocinada por la escuela.
- Son personas sin hogar según la Ley McKinney-Vento.
- Han recibido ayuda de Working Connections o Cuidado Estacional en los 30 días previos a su solicitud.

Si usted cree que cumple con una de las prioridades, por favor comuníquese con DSHS a los números que aparecen arriba.

Es importante que nos llame a los números que aparecen arriba si se muda, para que nos proporcione su nueva dirección para poder comunicarnos con usted cuando haya espacio disponible.

Si transcurren doce meses desde la fecha de esta notificación hasta que haya espacio disponible, tendrá que volver a confirmar su elegibilidad para el programa cuando haya fondos disponibles.

Copago

El copago es su parte del costo de la guardería y debe pagarse directamente a su proveedor. Su copago se basa en el tamaño de su familia y en su ingreso mensual.

- Su copago mensual será de \$15.00 para los dos primeros meses en que se paguen beneficios, cuando sea retirado de la lista de espera.
- Cuando sea retirado de la lista de espera, y después de pagar \$15 los primeros dos meses, su copago mensual será de \$ _____ por el resto de su período de elegibilidad.
- Su copago mensual será de \$ _____ cuando sea retirado de la lista de espera.

Debe reportar antes de 10 días si los ingresos de su familia exceden de \$ _____ o si sus recursos exceden de \$1,000,000.00. WAC 110-15-0031

1. Tamaño de la familia
2. Ingresos ganados brutos (antes de impuestos) \$ _____
3. Ingresos por empleo independiente (luego de deducciones permitidas) \$ _____
4. Equivalentes a ingresos no ganados (SSI, SSA, manutención para menores recibida, pagos globales) \$ _____
5. INGRESOS TOTALES (sumar los renglones 2, 3 y 4) \$ _____
6. Manutención de menores ordenada por el tribunal pagada \$ _____
7. Determine los ingresos contables (reste el renglón 6 del renglón 5) \$ _____
(Los ingresos contables se usan para determinar la elegibilidad y el copago)
8. El copago se calcula del siguiente modo:

Ingresos contables

Copago mensual

Al 82% del nivel federal de pobreza (por sus siglas en inglés, "FPL") o menos	\$15
Entre el 82% y el 137.5% del FPL	\$65
Para más del 137.5% y hasta el 200% del FPL, consulte: http://www.del.wa.gov/publications/subsidy/docs/WCCC_copays.pdf	

Derecho a audiencia

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede solicitar una audiencia llamando a esta oficina o escribiendo a Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489. Debe solicitar su audiencia:

- El día de entrada en vigor de la medida o antes, o dentro de un plazo de 10 días a partir del envío del aviso de esta medida, SI usted recibe los beneficios ahora y quiere continuar con ellos, o
- Dentro de un plazo de 90 días desde el momento en que recibe esta carta.
- En la audiencia, usted tiene derecho a representarse a sí mismo, o a ser representado por un abogado o por cualquier otra persona que elija. Puede obtener asesoría o representación legal gratuita comunicándose con una oficina de servicios legales.

En la audiencia, usted tiene derecho a representarse a sí mismo, o a ser representado por un abogado o por cualquier otra persona que elija. Puede obtener asesoría o representación legal gratuita comunicándose con una oficina de servicios legales.

Para reportar cambios

Llame al 1-877-501-2233 o envíe un fax al 1-888-338-7410.

En línea en: Washingtonconnection.org

Correo: DSHS Customer Service Contact Center
P.O. Box 11699
Tacoma WA 98411

Incluya su número de identificación de cliente en todas las páginas que envíe.