



CCSP 수혜자격 서한

대기자 승인 통지서

**CCSP Eligibility Letter
Waitlist Space Available**

고객 서비스 연락 센터 전화번호	고객 서비스 연락 센터 팩스번호
수혜자/의뢰인 ID 번호	날짜

계절적 탁아 서비스

직업 관련 탁아 서비스

귀하의 이름이 대기자 명단에서 삭제되었고 귀하는 이제 자격요건을 갖춘 서비스 제공자에게 비용을 지불해주는 탁아서비스 보조금 지원의 수혜 대상이 되었습니다.

귀하는 _____ 부터 _____ 까지 월 본인부담금을 내시고 탁아 서비스를 받으실 수 있습니다.

탁아 서비스 보조금을 계속 받아야 할 필요가 있음을 확인해 주시려면 저희에게 연락하시고 당국이 탁아 서비스 제공자에 대한 비용 지불을 허가할 수 있도록 다음 정보를 제공하십시오. 귀하로부터 연락이 없으면, 당국이 귀하가 이용한 탁아 서비스 제공자에 대한 비용 지불을 허가할 수 없습니다. WAC 110-15-2270

탁아 서비스 일정(탁아 서비스가 필요한 요일과 시간)

귀하가 이용한 서비스 제공자 정보 (이 정보를 신청서를 제출할 때 함께 제공해주셨더라도 제공자가 누구인지 확인해주셔야 합니다)

서비스 제공자에 대한 지불이 허가되면 더 많은 정보가 담긴 서한을 받게 됩니다.

본인부담금

본인부담금은 탁아 서비스 비용 중 귀하가 부담해야 할 금액이며 귀하의 서비스 제공자에게 직접 지불해야 합니다. 귀하의 본인부담금은 귀하의 이름이 대기자 명단에 올라갔을 당시에 귀하의 가족 수와 월 소득을 토대로 정해집니다. 소득이 줄었거나 가족 수가 늘었다면 본인부담금이 감소할 수 있습니다.

_____에서 _____까지 귀하가 지불할 월 본인부담금은 \$15.00입니다.

_____에서 _____까지 귀하가 지불할 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

<u>가산 소득</u>	<u>월 본인부담금</u>
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	

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

우편: DSHS Customer Service Contact Center

P.O. Box 11699
Tacoma WA 98411

제출할 서류의 각 페이지에 귀하의 수혜자/의뢰인 ID를 기재하십시오.