



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)  
 ຫນັງສືເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ **CCSP**  
 ບ່ອນວ່າງໃນລາຍຊື່ລໍຖ້າມີໄວ້ໃຫ້ແລ້ວ  
**CCSP Eligibility Letter**  
**Waitlist Space Available**

ເລກໂທສູນກາງຕິດຕໍ່ປະຊາສັມພັນ	ເລກແຟກຊ໌ສູນກາງຕິດຕໍ່ປະຊາສັມພັນ
ເລກປະຈຳຕົວລູກຄ້າ	ວັນທີ

- ການຝາກເດັກຕາມຮະດູການ
- ການຝາກເດັກກ່ຽວພັນນໍາວຽກງານ

ຊື່ຂອງທ່ານໄດ້ຖືກເອົາອອກຈາກລາຍຊື່ລໍຖ້າ ແລະ ດຽວນີ້ທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນຄ່າຝາກເດັກນ້ອຍທີ່ຫລວງເສັຽຊ່ວຍໃຫ້ແກ່ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ.

ທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຄ່າຝາກເດັກນ້ອຍທີ່ມີເງື່ອນຈ່າຍຮ່ວມກັນປະຈຳເດືອນເລີ້ມຕົ້ນຕັ້ງແຕ່: \_\_\_\_\_ ແລະ ຈົບລົງ \_\_\_\_\_.

ກະຮຸນາຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາເພື່ອຈະຢືນຢັນຄວາມຕ້ອງການສໍາລັບການຊ່ວຍເຫລືອຄ່າຝາກເດັກນ້ອຍທີ່ຫລວງເສັຽຊ່ວຍທີ່ດໍາເນີນຢູ່ຕໍ່ໄປ ແລະ ສົ່ງຮາຍຮະອຽດຕໍ່ລົງໄປນັ້ນໃຫ້ເພື່ອວ່າພວກເຮົາຈະສາມາດອະນຸຍາດການຈ່າຍເງິນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ຕິດຕໍ່ມາຫາພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຈະບໍ່ສາມາດທີ່ຈະອະນຸຍາດການຈ່າຍເງິນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານໄດ້. **WAC 110-15-2270**

- ຕາຕະລາງເວລາການຝາກເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ (ວັນ ແລະ ເວລາທີ່ທ່ານຕ້ອງການການຝາກເດັກນ້ອຍ).
- ຮາຍຮະອຽດຂອງຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ (ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານໄດ້ເອົາອັນນີ້ໃຫ້ແລ້ວກໍຕາມນໍາຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງຢືນຢັນວ່າແມ່ນໃຜເປັນຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ).

ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຫນັງສືພ້ອມທັງຮາຍຮະອຽດເພີ່ມເຕີມອີກເມື່ອເວລາການຈ່າຍເງິນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານໄດ້ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ແລ້ວ.

**ເງິນຈ່າຍຮ່ວມກັນ**

ເງິນຈ່າຍຮ່ວມກັນແມ່ນສ່ວນຂອງທ່ານໃນຄ່າຝາກເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ ແລະ ຕ້ອງຖືກຈ່າຍໃຫ້ໂດຍກົງໂລດໄປຫາຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ. ເງິນຈ່າຍຮ່ວມກັນຂອງທ່ານໄດ້ຖືກອີງໃສ່ຂະນາດຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານ ແລະ ຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານໃນເວລາທີ່ທ່ານຖືກວາງໃສ່ໃນລາຍຊື່ລໍຖ້າ. ຖ້າຫາກວ່າຮາຍໄດ້ຂອງທ່ານໄດ້ລຸດລົງ, ຫລື ຂະນາດຄອບຄົວຂອງທ່ານໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນ, ເງິນຈ່າຍຮ່ວມກັນຂອງທ່ານອາດຈະລຸດລົງໄດ້.

- ເງິນຈ່າຍຮ່ວມກັນປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານຈະແມ່ນ \$15.00 ຕັ້ງແຕ່ \_\_\_\_\_ ໄປເຖິງ \_\_\_\_\_.
- ເງິນຈ່າຍຮ່ວມກັນປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານຈະແມ່ນ \$ \_\_\_\_\_ ຕັ້ງແຕ່ \_\_\_\_\_ ໄປເຖິງ \_\_\_\_\_.

ທ່ານຕ້ອງໄດ້ລາຍງານພາຍໃນ **10** ວັນຖ້າຫາກວ່າຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນຂອງຄອບຄົວຂອງທ່ານກາຍເກີນ \$ \_\_\_\_\_ ຫລື ຊັບສິນກາຍເກີນ **\$1,000,000.00**. **WAC 110-15-0031**

1. ຂະນາດຂອງຄອບຄົວ
2. ຮາຍໄດ້ເຮັດວຽກເອົາທັງຫມົດ (ກ່ອນພາສີ) \$ \_\_\_\_\_
3. ຮາຍໄດ້ຈາກວຽກງານສ່ວນຕົວ (ຫລັງຈາກເງິນຫັກອອກທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ໄດ້) \$ \_\_\_\_\_
4. ຮາຍໄດ້ບໍ່ໄດ້ເຮັດວຽກເອົາເທົ່າກັບ (ເງິນ SSI, SSA, ເງິນລ້ຽງລູກທີ່ໄດ້ຮັບ, ເງິນຈ່າຍເປັນກ້ອນ) \$ \_\_\_\_\_
5. ຮາຍໄດ້ທັງຫມົດ (ບວກແຖວ 2 ຮອດ 4 ຢູ່ຂ້າງເທິງ) \$ \_\_\_\_\_
6. ເງິນລ້ຽງລູກສົ່ງອອກມາຈາກສານ ຈ່າຍແລ້ວ \$ \_\_\_\_\_
7. ຄິດໄລ່ເບິ່ງຮາຍໄດ້ ທີ່ຄິດໄລ່ເອົາໄດ້ (ລົບແຖວ 6 ອອກຈາກແຖວ 5) \$ \_\_\_\_\_  
(ຮາຍໄດ້ທີ່ຄິດໄລ່ເອົາໄດ້ໄດ້ຖືກໃຊ້ເພື່ອຈະພິຈາະນາເບິ່ງເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ ແລະ ເງິນຈ່າຍຮ່ວມ)
8. ເງິນຈ່າຍຮ່ວມກັນໄດ້ຖືກຄິດໄລ່ດັ່ງຕໍ່ລົງໄປນີ້:

ຮາຍໄດ້ທີ່ຄິດໄລ່ເອົາໄດ້ ເງິນຈ່າຍຮ່ວມປະຈຳເດືອນ

ຢູ່ທີ່ ຫລື ຕໍາກວ່າ **82%** ຂອງຮະດັບທຸກຍາກຂອງຮັດຖະບານກາງ (FPL) \$15  
 ສູງກວ່າ **82%** ແລະ ສູງເຖິງ **137.5%** ຂອງ FPL \$65  
 ກາຍເກີນ **137.5%** ແລະ ສູງເຖິງ **200%** ຂອງ FPL ຈົ່ງເບິ່ງ: [http://www.del.wa.gov/publications/subsidy/docs/WCCC\\_copays.pdf](http://www.del.wa.gov/publications/subsidy/docs/WCCC_copays.pdf)

## ສິດທິຂອງການຟັງເຮືອງ

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຫັນພ້ອມນຳຄຳຕັດສິນອັນນີ້, ທ່ານຈະຂໍອອກການຟັງເຮືອງໄດ້ໂດຍການຕິດຕໍ່ໄປຫາຫ້ອງການແຫ່ງນີ້ ຫລື ຂຽນໜັງສືໄປຫາຫ້ອງການ **Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489**. ທ່ານຕ້ອງຂໍອອກການຟັງເຮືອງຂອງທ່ານ:

- ໃນວັນທີ ຫລື ກ່ອນວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໄດ້ຂອງການກະທຳອັນນີ້ ຫລື ບໍ່ກາຍເກີນ **10** ວັນຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ສົ່ງໃບຮ້ອງການຂອງການກະທຳອັນນີ້ໄປໃຫ້ທ່ານ, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຢູ່ໃນດຽວນີ້ ແລະ ທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະໃຫ້ມັນດຳເນີນຕໍ່ໄປ, ຫລື
- ພາຍໃນ **90** ວັນຂອງວັນທີທ່ານໄດ້ຮັບໜັງສືສັບບັ້ນ.
- ໃນເວລາຟັງເຮືອງ, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເປັນຕົວແທນທ່ານເອງ, ຖືກເປັນຕົວແທນໂດຍທະນາຍຄວາມຄົນນຶ່ງ ຫລື ໂດຍຄົນອື່ນຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານເລືອກເອົາ. ທ່ານຈະສາມາດໄດ້ຮັບຄຳແນະນຳຟຣີທາງດ້ານກົດໝາຍ ຫລື ການເປັນຕົວແທນໂດຍການຕິດຕໍ່ໄປຫາຫ້ອງການບໍລິການດ້ານກົດໝາຍ.

ໃນເວລາຟັງເຮືອງ, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເປັນຕົວແທນທ່ານເອງ, ຖືກເປັນຕົວແທນໂດຍທະນາຍຄວາມຄົນນຶ່ງ ຫລື ໂດຍຄົນອື່ນຄົນໃດຄົນນຶ່ງທີ່ທ່ານເລືອກເອົາ. ທ່ານຈະສາມາດໄດ້ຮັບຄຳແນະນຳຟຣີທາງດ້ານກົດໝາຍ ຫລື ການເປັນຕົວແທນໂດຍການຕິດຕໍ່ໄປຫາຫ້ອງການບໍລິການດ້ານກົດໝາຍ.

## ການລາຍງານການປ່ຽນແປງ

ໂທຫາ **1-877-501-2233** ຫລື ແຟກຊ໌ **1-888-338-7410**

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

ໄປສະນີ: **DSHS Customer Service Contact Center**

**P.O. Box 11699**

**Tacoma WA 98411**

ຂຽນເລກ **Client ID** ຂອງທ່ານໃສ່ເຈ້ຍທຸກໆຫນ້າທີ່ທ່ານສົ່ງເຂົ້າມາ.