



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)
**Carta de elegibilidad de
 CCSP Espacio disponible
 en lista de espera
 CCSP Eligibility Letter
 Waitlist Space Available**

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

Su nombre ha sido retirado de la lista de espera y usted ya es elegible para el pago de subsidio para guardería a un proveedor elegible.

Usted es elegible para servicio de guardería con un copago mensual a partir del _____ y hasta el _____.

Por favor comuníquese con nosotros para confirmar que aún necesita el subsidio para guardería, y proporcione la siguiente información para que podamos autorizar el pago a su proveedor de servicios de guardería. Si no se comunica con nosotros, no podremos autorizar los pagos a su proveedor de guardería. WAC 110-15-2270

- Su horario de guardería (los días y horas en los que necesita la guardería).
- La información de su proveedor (incluso si la proporcionó con su solicitud, debe confirmar quién es su proveedor).

Recibirá una carta con más información cuando se autorice el pago a su proveedor.

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 en el momento en que fue colocado en lista de espera. Si su ingreso ha disminuido o el tamaño de su familia ha aumentado, su copago podría disminuir.

- Su copago mensual será de \$15.00 del _____ al _____.
- Su copago mensual será de \$ _____ del _____ al _____.

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

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