



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)
የልጅ እንክብካቤ ድጎማ መስጫ መርሃ
ግብር ብቃት ደብዳቤ -
ቤትአልባ ለሆኑ ቤተሰቦች ልዩ እገዛ
CCSP Eligibility Letter -
Special Assistance for Families
Experiencing Homelessness

የደንበኛ አገልግሎት ማዕከል ስልክ ቁጥር	የደንበኛ አገልግሎት ማዕከል ፋክስ ቁጥር
የደንበኛ መለያ ቁጥር	ቀን

የስራ ግንኙነት የልጅ እንክብካቤ (Working Connections Child Care)

ቤተሰብዎት ቤትአልባ ስለሆነ ከ _____ ለልዩ እገዛ የልጅ እንክብካቤ ድጎማ ተቀባይነት አግኝተዋል። በዚህ ወቅት ወርሀዊ የጋራ ክፍያዎት \$0 ነው፤ **ፈቃድ ያለው የቤተሰብ ቤት ወይም የልጅ እንክብካቤ ማዕከል መጠቀም ይችላሉ።**

የሚከተሉትን ከ _____ በፊት ካደረጉ የልጅ እንክብካቤ ብቁነትዎ እስከሚከተለው ይቀጥላል

- ከሚከተሉት በአንዱ ስለመሳተፍዎት ማረጋገጫ ማቅረብ፡
 - የስራ ቅጥር WAC 110-15-0045
 - የጸደቀ WorkFirst activity WAC 110-15-0040
 - መሰረታዊ የምግብ ቅጥር እና ስልጠና (BFET) / የስኬታማ ቅጥር ቅስቀሳ ምንጮች (RISE) WAC 110-15-0045
- የቅጥር ገቢዎት ማረጋገጫ ማቅረብ። WAC 110-15-0012
- ቀሪ የጋራ ክፍያ \$ _____ ለሚከተለው የሚከፈል አለብዎት። መክፈሉን ያበትን ቀሪ እዳ በሙሉ መክፈል አለብዎት ወይም በአገልግሎት ሰጪው የተፈረመ የጽሁፍ ስምምነት ማቅረብ አለብዎት። WAC 110-15-0030

ከላይ የተገለጹትን መስፈርቶች ካላሟሉ ጥቅም-ጥቅምዎት በ _____ ያበቃል። WAC 110-15-0023

ቤትአልባ ቤተሰቦች ለዚህ ልዩ ድጋፍ ብቁ የሚሆኑት በ12 ወራት ውስጥ አንድ ጊዜ ብቻ ነው። በድጋሚ ለልዩ ድጋፍ እስከ _____ ድረስ ብቁ አይሆኑም።

እዚህ ሳጥን ላይ ምልክት ካደረጉ ፈቃድ ያለው የልጅ እንክብካቤ ሰጪዎት ማን እንደሆነ ማወቅ አለብን። እንክብካቤ ሰጪዎት ቅጹን ከሞላ በኋላ ከላይ በተገለጸው ቁጥር ይደውሉልን ወይም የተያያዘውን ቅጽ ይመልሱ።

የልጅ እንክብካቤ ሰጪ ለማግኘት እርዳታ ካስፈለገዎት የልጅ እንክብካቤ ግንዛቤን በ1-800-424-2246 ማነጋገር ይችላሉ።

ለእርስዎ እንክብካቤ ሰጪ ክፍያ በሚፈቀድበት ጊዜ እርስዎ ተጨማሪ መረጃዎች የያዘ ደብዳቤ ይቀበላሉ።

የወጪ መጋራት

የክፍያ መጋራት ማለት የእርስዎ እንክብካቤ ወጪ ደርሻዎ ሲሆን በቀጥታ ለልጅ እንክብካቤ ሰጪዎ መክፈል አለበት። እርስዎ ወጪ መጋራት በእርስዎ የቤተሰብ መጠን እና የእርስዎ ወርሃዊ ገቢ ላይ የተመረከዘ ነው። ሆኖም ልዩ እገዛ የሚያገኙ ቤተሰቦች የጋራ ክፍያቸው ቀሪ ይሆናል።

- ወርሀዊ የጋራ ክፍያዎት ከ \$0 _____ እስከ _____ ይሆናል።
- እርስዎ ወርሃዊ የጋራ ክፍያ ከቀን \$ _____ እስከ _____ ድረስ _____ ዶላር ይሆናል።

የቤተሰብ የወር ገቢ ከ\$ ከበለጠ ወይም ንብረት ከ\$1,000,000.00 ከበለጠ በ10 ቀን ውስጥ ሪፖርት ያድርጉ። WAC 170-15-0031

1. የቤተሰብ መጠን
2. ያልተጣራ ገቢ (ከግብር በፊት) \$ _____
3. ከግል ስራ የተገኘ ገቢ (ከተቀናሾች በኋላ) \$ _____
4. እጅ ላይ ያልደረሰ ገቢ እኩል ይሆናል (ኤስኤስአይ፣ ኤስኤስኤ፣ የተወሰደ የልጅ ድጋፍ፣ ቁርጥ ክፍያዎች) \$ _____
5. ጠቅላላ ገቢ (ከላይ ከመስመር 2 እስከ 4 ድረስ ያሉት ይደምሩ) \$ _____
6. የተከፈለ በፍርድ ቤት የታዘዘ የልጅ ድጋፍ \$ _____
7. ሊቆጠር የሚችል ገቢ ያስሉ (ከመስመር 6 ላይ መስመር 5 ይቀንሱ) \$ _____
 መጠኑ የታወቀ ገቢ እርስዎ አገልግሎቱን ለማግኘት ብቁ መሆንዎን እና አለመሆንዎን እንዲሁም የክፍያ መጋራትን መጠን ለመወሰን ይጠቅማል)
8. የወጪ መጋራት መጠን እንደሚከተለው ይሰላል:

የገቢ ወርሃዊ

ወጪ መጋራት

የፌዴራል የድህነት ወለል 82 በመቶ ላይ የሚገኝ ወይም ከዚያ በታች የሆነ \$15 ዶላር
 ከ82 በመቶ በላይ እና እስከ የፌዴራል የድህነት ወለል 137.5 በመቶ የሆነ \$65 ዶላር
 ከ137.5 በመቶ በላይ እና እስከ የፌዴራል የድህነት ወለል 200 በመቶ የሆነ፡
http://www.del.wa.gov/publications/subsidy/docs/WCCC_copays.pdf ይመልከቱ

ጉዳዩን በርፍድ ቤት እንዲታይልኝ የመጠየቅ መብት

እርስዎ በዚህ ውሳኔ ካልተሰማሙ ይህንን ጽ/ቤት በማነጋገር ወይም ለጽ/ቤቱ አስተዳደራዊ ይግባኝ Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489 በመጻፍ ይግባኝ መጠየቅ ይችላሉ። የእርስዎን ይግባኝ በሚከተለው አገባብ መጠየቅ ይኖርብዎታል፡

- ይህ እርምጃ በሚወሰድበት ቀን ወይም ከመወሰዱ በፊት ወይም አሁን ጥቅማጥቅሞችን እያገኙ ያሉ ከሆነ እና ጥቅማጥቅሞቹን ማግኘትዎን መቀጠል የሚፈልጉ ከሆነ የዚህ እርምጃን መወሰድ በተመለከተ ማስታወቂያ በላክንልዎት ከ10 ቀናት ባልበለጠ ጊዜ ውስጥ፣ ወይም
- ይህ ደብዳቤ ከደረሰዎት ቀን ጀምሮ በ90 ቀናት ውስጥ።

ይግባኝዎ በሚሰማበት ወቅት፣ እርስዎን ወክለው መቅረብ፣ በጠበቃ ወይም በሌላ በመረጡት ሰው የመወከል መብት አልዎት። የሕግ አገልግሎቶች ቢሮን በማነጋገር ነጻ የሕግ ምክር ወይም የሕግ ጠበቃ እርስዎን ወክሎ እንዲቆም ማስደረግ ይችላሉ።

የተለወጡ መረጃዎችን ማሳወቅ

ስልክ 1-877-501-2233 ወይም 4-ክስ 1-888-338-7410
 በቀጥታ የኢንተርኔት ግንኙነት በ: Washingtonconnection.org

ደብዳቤ: DSHS Customer Service Contact Center
 P.O. Box 11699
 Tacoma WA 98411
ባቀረቡት እያንዳንዱ ገጽ ላይ የእርስዎን የደንበኛ መለያ ቁጥር ይጻፉ።