

رقم الهاتف الخاص بمركز اتصال خدمة العملاء	رقم الفاكس الخاص بمركز اتصال خدمة العملاء
رقم تعريف العميل	التاريخ

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)
**خطاب الاستحقاق الخاص ببرامج الإعانات
المالية لرعاية الطفل (CCSP) -
الإعانة الخاصة المقدمة للأسر التي تعاني
من التشرد**
**CCSP Eligibility Letter -
Special Assistance for Families
Experiencing Homelessness**



برنامج رعاية أطفال الأقارب العاملين

نظرًا لأن أسرتك تعاني من التشرد، فقد تم اعتمادك للحصول على دعم الإعانات المالية الخاصة لرعاية الطفل في الفترة من إلى . وخلال هذه الفترة، فإن مساهمتك الشهرية في الدفع ستكون 0 دولار ويمكنك استخدام أحد المنازل العائلية أو المراكز المعتمدة لرعاية الطفل.

وفي حال قمت بذلك قبل حلول فسيستمر استحقاقك لخدمات رعاية الطفل حتى

1. يُرجى تقديم إثبات للمشاركة في واحد مما يلي:

التوظيف كما هو محدد في القانون WAC 110-15-0045

نشاط معتمد من برنامج Workfirst وفقًا لقانون WAC 110-15-0040

التغذية الأساسية والتوظيف والتدريب (BFET) موارد بدء التوظيف الناجح (RISE) وفقًا لقانون WAC 110-15-0045

2. يُرجى تقديم إثبات لدخلك عملك. WAC 110-15-0012

3. لك الحق في مساهمة دفع معلقة بمبلغ دولار، مستحقة إلى . يجب عليك دفع الرصيد المستحق بالكامل أو تقديم موافقة مكتوبة موقعة من قبل موفر خدمات الرعاية. WAC 110-15-0030

إذا لم تكمل الشروط المذكورة أعلاه، فسوف تنتهي الإعانات الخاصة بك بحلول **WAC 110-15-0023** .

تعتبر الأسر التي تعاني من التشرد مؤهلة للحصول على هذه الإعانة الخاصة مرة واحدة فقط في فترة 12 شهرًا. ولن تكون مؤهلاً للحصول على الإعانة الخاصة مرة أخرى حتى .

في حالة تحديد هذا المربع بعلامة، فسنتاح إلى معرفة من هو موفر خدمات رعاية الطفل المرخص لديك. يمكنك الاتصال بنا على الرقم الموضح أعلاه أو إعادة النموذج المرفق بعد إكماله من قبل موفر الرعاية.

في حالة الحاجة إلى مساعدة لإيجاد موفر رعاية جديد للطفل، يمكنك الاتصال بوكالة التوعية برعاية الطفل على **1-800-424-2246** . سوف نتلقى خطابًا يتضمن المزيد من المعلومات عندما يتم اعتماد الدفع إلى موفر الرعاية الخاص بك.

المبلغ المدفوع

المبلغ المدفوع هو حصتك في تكلفة رعاية طفلك ويجب أن يتم دفعه مباشرةً إلى موفر الرعاية الخاص بك. يعتمد المبلغ المدفوع على حجم عائلتك ودخلك الشهري. ومع ذلك، يحق للأسر التي تتلقى الإعانة الخاصة الحصول على المبلغ المدفوع المتنازل عنه:

سيقدر المبلغ المدفوع شهريًا بمبلغ 0 دولار من إلى .

سيقدر المبلغ المدفوع شهريًا بمبلغ دولارًا من إلى .

دولار أو إذا تخطت قيمة الموارد حاجز الـ 1,000,000.00 دولار.

في غضون 10 أيام، ينبغي عليك أن تخطرننا إذا تجاوز دخل الأسرة الشهري قيمة
WAC 110-15-0031

1. حجم العائلة
2. إجمالي الدخل المكتسب (قبل خصم الضرائب)
3. الدخل من الأعمال الحرة (بعد الخصومات المصرح بها)
4. ما يعادل الدخل غير المكتسب (دخل الضمان الإضافي (SSI) وإدارة الضمان الاجتماعي (SSA) ودعم الطفل الذي تم الحصول عليه والمبالغ المدفوعة مرة واحدة)
5. إجمالي الدخل (اجمع السطور من 2 إلى 4 أعلاه)
6. دعم الطفل المدفوع بموجب حكم محكمة
7. تحديد الدخل القابل للعد (طرح السطر 6 من السطر 5)
(يُستخدم الدخل القابل للعد لتحديد الاستحقاق والمبلغ المدفوع)
8. يتم حساب المبلغ المدفوع على النحو التالي:

_____\$
_____\$
_____\$
_____\$
_____\$
_____\$

المبلغ الشهري المدفوع

\$15

\$65

الدخل القابل للعد

عند 82% أو أقل من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)

أعلى من 82% وحتى 137.5% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)

أعلى من 137.5% وحتى 200% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL) انظر:

http://www.del.wa.gov/publications/subsidy/docs/WCCC_copays.pdf

حقوق طلب جلسة استماع

إذا لم توافق على هذا القرار، يجوز لك طلب جلسة استماع من خلال الاتصال بهذا المكتب أو مراسلة مكتب جلسات الاستماع الإدارية،
Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489. يجب أن تطلب جلسة الاستماع الخاصة بك:

- في تاريخ سريان هذا الإجراء أو قبله أو خلال فترة لا تتجاوز 10 أيام من إرسال إخطار بهذا الإجراء، أو إذا كنت تتلقى المنافع الآن وتريد أن تستمر أو
- خلال 90 يوماً من تاريخ استلام هذا الخطاب.

يحق لك في جلسة الاستماع أن تحضر بنفسك أو أن يمثلك محامٍ أو أي شخص آخر تختاره أنت. يجوز لك الحصول على إرشاد أو تمثيل قانوني مجاني من خلال الاتصال
بمكتب الخدمات القانونية.

الإبلاغ عن التغييرات

اتصل على 1-877-501-2233 أو تواصل عن طريق الفاكس على 1-888-338-7410

أو عن طريق الإنترنت على: Washingtonconnection.org

البريد: DSHS Customer Service Contact Center

P.O. Box 11699

Tacoma WA 98411

يُرجى إرفاق رقم تعريف العميل الخاص بك على كل صفحة تقدمها.