

| | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| شماره تلفن مرکز تماس خدمات مشتریان | شماره فکس مرکز تماس خدمات مشتریان |
| شماره شناسایی مشتری | تاریخ |

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)
نامه واجد شرایط بودن CCSP -
کمک ویژه برای خانواده‌هایی که بی‌خانمانی
را تجربه می‌کنند
CCSP Eligibility Letter -
Special Assistance for Families
Experiencing Homelessness



Working Connections Child Care

به دلیل اینکه خانواده شما بی‌خانمانی را تجربه می‌کند، کمک ویژه مراقبت از کودک از تا برای شما تأیید شده است. در طول این دوره، پرداخت مشترک ماهانه شما \$0 خواهد بود و می‌توانید از یک مرکز مراقبت از کودک یا خانه خانواده مجاز استفاده کنید.

در صورت انجام کار زیر پیش از ، واجد شرایط بودن مراقبت از کودک شما تا ادامه پیدا می‌کند

1. ارائه گواهی شرکت در یکی از این موارد:

اشتغال WAC 110-15-0045

فعالیت ابتدا کار تأیید شده WAC 110-15-0040

آموزش و اشتغال در زمینه مواد غذایی اولیه (BFET) / منابع شروع استخدام موفق (RISE) WAC 110-15-0045

2. ارائه تأییدیه درآمد حاصل از اشتغال خود. WAC 110-15-0012

3. شما دارای پرداخت مشترک عقب‌مانده \$ به هستید. شما باید این مبلغ را به طور کامل پرداخت نمایید یا توافقنامه‌ای کتبی که توسط ارائه‌دهنده امضا شده است ارائه دهید. WAC 110-15-0030

در صورتی که این الزامات فوق را به طور کامل انجام ندهید، مزایای شما در

خانواده‌هایی که بی‌خانمانی را تجربه می‌کنند، تنها یک بار در دوره 12 ماهه واجد شرایط دریافت این کمک ویژه هستند. شما تا پیش از

کمک ویژه نخواهید بود. **WAC 110-15-0023** به پایان می‌رسد. واجد شرایط دریافت

در صورت تیک گذاشتن درون این کادر، ما باید از ارائه‌دهنده مجاز مراقبت از کودک شما مطلع شویم. شما می‌توانید از طریق شماره بالا با ما تماس بگیرید یا فرم پیوست‌شده را پس از اینکه ارائه‌دهنده شما آن را پر کرد برای ما ارسال کنید.

در صورت نیاز به کمک در زمینه یافتن ارائه‌دهنده مراقبت از کودک می‌توانید از طریق شماره **1-800-424-2246** با اطلاع‌رسانی مراقبت از کودک تماس بگیرید پس از تأیید پرداخت به ارائه‌دهنده شما، نامه‌ای حاوی اطلاعات بیشتر دریافت خواهید کرد.

پرداخت مشترک

پرداخت مشترک سهم شما از هزینه مراقبت از کودک است و باید مستقیماً به ارائه‌دهنده شما پرداخت شود. پرداخت مشترک شما بر اساس تعداد افراد خانواده و درآمد ماهیانه شما است. با این وجود، خانواده‌هایی که کمک ویژه دریافت می‌کنند از پرداخت مشترک معاف هستند:

پرداخت مشترک شما از تا به میزان \$0 خواهد بود.

پرداخت مشترک ماهانه شما از تا به میزان \$ خواهد بود.

در صورتی که درآمد ماهیانه خانواده شما بیش از \$ 1,000,000.00 برسد، باید ظرف 10 روز این موضوع را به ما گزارش دهید. یا منابع بیش از \$ 1,000,000.00 برسد، باید ظرف 10 روز این موضوع را به ما گزارش دهید.

WAC 110-15-0031

1. تعداد افراد خانواده
2. درآمد ناخالص (پیش از مالیات) \$ _____
3. درآمد حاصل از خود اشتغالی (پس از کسورات مجاز) \$ _____
4. سود کسب نشده (SSI، SSA، حمایت از کودک دریافت شده، پرداخت های مقطوع) \$ _____
5. درآمد کل (سطرهای 2 تا 4 بالا را جمع کنید) \$ _____
6. حمایت از کودک پرداخت شده به دستور دادگاه \$ _____
7. تعیین درآمد معتبر (سطر 6 را از سطر 5 کسر کنید) \$ _____
(درآمد معتبر برای تعیین واجد شرایط بودن و پرداخت مشترک استفاده می شود)
8. پرداخت مشترک بدین صورت محاسبه می شود:

پرداخت مشترک ماهانه

\$15

\$65

درآمد معتبر

در یا زیر 82% خط فقر فدرال (FPL)

بالای 82% و تا 137.5% خط فقر فدرال

بیش از 137.5% و تا 200% از خط فقر فدرال:

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

حقوق دادرسی

اگر با این تصمیم مخالف هستید، می توانید درخواست دادرسی دهید و این کار را با تماس با این دفتر یا ارسال نامه به دفتر دادرسی های اداری به نشانی زیر انجام دهید:
Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489. شما باید درخواست دادرسی را به شرح زیر انجام دهید:

- در تاریخ تنفیذ این اقدام، قبل از آن یا حداکثر 10 روز بعد از اینکه ما اطلاعیه اقدام را برای شما ارسال کردیم، در صورتی که هم اکنون مزایایی را دریافت می کنید و می خواهید این مسئله ادامه پیدا کند، یا
- ظرف مدت 90 روز از تاریخ دریافت این نامه.

در جلسه دادرسی، حق دارید خودتان از خودتان دفاع کنید، یا یک وکیل یا هر فرد دیگری که انتخاب می کنید به نمایندگی از شما حضور پیدا کند. ممکن است بتوانید از طریق تماس با دفتر خدمات حقوقی، مشاوره حقوقی یا وکالت رایگان دریافت کنید.

گزارش تغییرات

تماس با شماره یا 1-877-501-2233 یا فکس 1-888-338-7410
Washingtonconnection.org آنلاین از طریق:

آدرس پستی: DSHS Customer Service Contact Center
P.O. Box 11699
Tacoma WA 98411

شناسه مشتری خود را در هر صفحه ای که ارسال می کنید، قرار دهید.