



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)
**Lettre d'admissibilité au
CCSP - Aide spéciale aux
familles sans-abri**
**CCSP Eligibility Letter -
Special Assistance for Families
Experiencing Homelessness**

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU CENTRE DE SERVICE À LA CLIENTÈLE	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR DU CENTRE DE SERVICE À LA CLIENTÈLE
NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU CLIENT	DATE

Garderie pour raisons professionnelles

Parce que votre famille est sans abri, vous avez été approuvé pour une aide spéciale pour des services de garderie du _____ au _____. Durant cette période, votre cotisation mensuelle s'élèvera à 0 \$ et vous pouvez utiliser une **maison familiale ou une garderie approuvée par les autorités.**

Si vous faites la chose suivante avant le _____, votre admissibilité aux services de garderie continuera à

- Fournir une preuve de participation dans l'un des programmes suivants :
 - Emploi, WAC 110-15-0045
 - Activité WorkFirst approuvée, WAC 110-15-0040
 - Emploi et formation de base en alimentation (BFET) / Ressources pour obtenir un emploi (RISE), WAC 110-15-0045
- Fournir une vérification de votre revenu provenant d'un emploi. WAC 110-15-0012
- Vous avez une cotisation non-payée s'élevant à _____ \$ que vous devez à _____. Vous devez payer le solde dû ou fournir un accord écrit signé par le prestataire. WAC 110-15-0030

Si vous ne remplissez pas les conditions ci-dessus, vos prestations prendront fin le _____. WAC 110-15-0023

Les familles sans abri ne peuvent bénéficier de cette aide spéciale qu'une fois durant une période de 12 mois. Vous ne serez plus admissible à une aide spéciale jusqu'au _____.

Si cette case est cochée, nous devons savoir qui est votre prestataire de garderie approuvé par les autorités. Vous pouvez nous appeler au numéro ci-dessus ou retourner le formulaire ci-joint après que votre prestataire l'aura rempli.

Si vous avez besoin d'aide pour trouver un prestataire de garderie, vous pouvez contacter Child Care Aware au 1-800-424-2246.

Vous recevrez une lettre contenant plus d'informations lorsque le paiement à votre prestataire sera autorisé.

Cotisation

La cotisation représente votre contribution financière à la garderie. Elle doit être versée directement au prestataire du service. Votre cotisation est déterminée en fonction de la taille de votre famille et de votre revenu mensuel. Cependant, les familles bénéficiant d'une aide spéciale sont exemptées de leur cotisation :

- Votre cotisation mensuelle s'élèvera à 0 \$ du _____ au _____.**
- Votre cotisation mensuelle s'élèvera à _____ \$ du _____ au _____.**

Vous devez faire une déclaration dans les 10 jours si votre revenu familial mensuel excède \$ ou si vos ressources excèdent 1 000 000,00 \$. WAC 110-15-0031

1. Taille de la famille
2. Revenu salarial brut (avant les impôts) _____ \$
3. Revenu d'un travail indépendant (après déductions autorisées) _____ \$
4. Revenu non gagné (SSI, SSA, pension alimentaire reçue, paiements forfaitaires) _____ \$
5. REVENU TOTAL (additionnez les lignes 2 à 4 ci-dessus) _____ \$
6. Pension alimentaire décidée par le tribunal et payée _____ \$
7. Détermination du revenu calculable (soustrayez la ligne 6 de la ligne 5)
(Le revenu calculable sert à déterminer l'admissibilité et la cotisation) _____ \$
8. La cotisation est calculée comme suit :

Revenu calculable

Cotisation mensuelle

Inférieur ou égal à 82 % du niveau fédéral de pauvreté (Federal Poverty Level) (FPL) 15 \$

Entre 82 % et 137,5 % du FPL 65 \$

Entre 137,5 % et 200 % du FPL, consultez : http://www.del.wa.gov/publications/subsidy/docs/WCCC_copays.pdf

Droits d'audience

Si vous contestez cette décision, vous êtes autorisé à solliciter une audience en contactant notre bureau ou en écrivant à l'adresse suivante : Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489. Vous devez faire une demande d'audience :

- Au plus tard au jour d'entrée en vigueur de l'action en question ou 10 jours après que nous vous avons envoyé la notification de ladite action. Si vous bénéficiez actuellement de prestations et que vous souhaitez les maintenir ou
- Dans un délai de 90 jours suivant la date de réception de cette lettre.

Lors de l'audience, vous avez le droit d'assurer votre propre représentation ou de vous faire représenter par un avocat ou par toute autre personne de votre choix. Vous pouvez recevoir gratuitement des conseils juridiques ou avoir accès à une représentation légale en contactant un cabinet juridique.

Pour signaler tout changement

Appelez le 1-877-501-2233 ou envoyez un fax au 1-888-338-7410

En ligne à : Washingtonconnection.org

Par courrier postal : DSHS Customer Service Contact Center
P.O. Box 11699
Tacoma, WA 98411

Indiquez votre identifiant client sur chaque page que vous soumettez.