



児童手当プログラム (CCSP)
**CCSP 受給資格に関する通
 知ホームレス状態を体験中
 の所帯への特別手当**
**CCSP Eligibility Letter -
 Special Assistance for Families
 Experiencing Homelessness**

カスタマーサービス連絡センター電 話番号	カスタマーサービス連絡センター FAX 番号
受給者 ID 番号	日付

ワーキングコネクション児童手当

貴方の所帯が現在ホームレスであるため、 から まで特別児童養育手当が許可されました。この期間中、貴方の月毎の自己負担額は\$0 であり、承認された家庭・チャイルドケアセンターをご利用いただけます。

下記を までに行った場合、貴方は まで引き続き児童ケア手当の対象となります。

1. 次のプログラムの内最低でも一つ参加していることを証明する資料を提出してください：

- 就職活動 WAC 110-15-0045
- 承認された WorkFirst 活動 WAC 110-15-0040
- 基礎飲食業就職・訓練(BFET)/就職成功開始へのリソース(RISE) WAC 110-15-0045

2. 労働収入の証明を提出してください。WAC 110-15-0012

3. 現在貴方は未払の自己負担額\$ を へ支払う必要があります。未払額を払うか、プロバイダーが署名した同意書を提出する必要があります。WAC 110-15-0030

上記の要件を満たさない場合、貴方の手当は に終了いたします。WAC 110-15-0023

ホームレス状態の所帯は本特別手当を 12 か月間に一度のみ受領いただけます。貴方は まで特別手当の対象とはなりません。

本欄をチェックした場合、貴方の承認児童ケアプロバイダーを特定する必要があります。上記の電話番号へ問い合わせるか、添付した書類をプロバイダーにより記入後、提出してください。

児童ケアプロバイダーをお探しの場合、1-800-424-2246 にて Child Care Aware までお問い合わせください。

あなたが使用するプロバイダーへの支払いが承認された時点で、詳細を記載した手紙をあなたに送付します。

自己負担額

自己負担額とは、あなたが負担する育児ケアの金額であり、保育者に直接支払わなければなりません。自己負担額は、あなたの家族の人数と月収額に基づいて算出されます。特別手当を受領中の所帯は自己負担額が免除されます。

- ~ の期間のあなたの自己負担の月額は\$0 となります。
- ~ の期間のあなたの自己負担の月額は\$ となります。

あなたの所帯月次所得が\$ _____ を超える場合、またはリソースが\$1,000,000.00 を超える場合は、10 日以内に報告しなければなりません。WAC 110-15-0031

1. 家族の人数
2. 総勤労所得(税引前) \$ _____
3. 自営業所得 (可能な控除差引後) \$ _____
4. 不労所得額 (SSI、SSA、受給した養育費、一時金など) \$ _____
5. 総収入 (上記の 2 番から 4 番のアイテムを加算) \$ _____
6. 裁判所の命令により支払済みの養育費 \$ _____
7. 可算収入を決定 (上記 5 番から 6 番を減算) \$ _____
(可算収入は受給資格と自己負担額を決定するために使用します)
8. 自己負担額は次のように算出されます。

可算収入

自己負担月額

連邦貧困基準(FPL)の 82%以下

\$15

FPL の 82%~137.5%

\$65

FPL の 137.5% ~200%: http://www.del.wa.gov/publications/subsidy/docs/WCCC_copays.pdf

公聴会の権利

あなたがこの決断に同意しない場合、当課に連絡するか、書面で公聴会を要請できます。 Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489。次の場合は、公聴会を要請しなければなりません:

- 給付金を現在受け取っており、継続したい場合、この措置の発効日あるいはその前、もしくは当課がこの措置の通知を送付後 10 日以内。あるいは、
- この通知を受け取ってから 90 日以内。

公聴会では、あなたは自分の主張をするかあるいは弁護士またはあなたが選択した他の人物に弁護をしてもらう権利があります。司法サービス事務所に連絡することにより、無料の法的アドバイスまたは弁護を得られる場合があります。

変更の報告は以下までお願いします。

電話 1-877-501-2233 または Fax 1-888-338-7410

オンライン : Washingtonconnection.org

郵便 : DSHS Customer Service Contact Center

P.O Box 11699

Tacoma WA 98411

提出書類の各ページには、あなたのクライアント ID を記入してください。