



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

CCSP 수혜자격 서한 -

집이 없는 가족을 위한 특별 지원

**CCSP Eligibility Letter -
Special Assistance for Families
Experiencing Homelessness**

고객 서비스 연락 센터 전화번호	고객 서비스 연락 센터 팩스번호
수혜자/의뢰인 ID 번호	날짜

직업 관련 탁아 서비스

귀하의 가족은 현재 집이 없으므로 귀하는 부터 까지 특별 지원 탁아서비스 보조금을 승인받았습니다. 이 기간 동안 귀하의 월 본인부담금은 \$0 가 되며 면허가 있는 패밀리 홈 또는 탁아서비스 센터를 이용하실 수 있습니다.

까지 계속됩니다

- 다음 중 한 가지의 참여 증명서를 제공해주시요.
 - 취업 WAC 110-15-0045
 - 공인 취업우선 활동(Approved WorkFirst activity) WAC 110-15-0040
 - 기본 식품 취업 및 훈련(BFET) / 성공적 취업 개시를 위한 자원(RISE) WAC 110-15-0045
- 귀하의 취업 소득 증명서를 제공해주시요. WAC 110-15-0012
- 귀하는 에게 빚진 미지불 본인부담금 \$ 가 있습니다. 귀하는 빚진 잔액을 전액 지불하거나 제공자가 서명한 서면 동의서를 제공해야 합니다. WAC 110-15-0030

위의 요건을 완수하지 못하면 귀하의 혜택은 에 종료됩니다. WAC 110-15-0023

집이 없는 가족들은 12 개월 동안 한번만 이 특별 지원을 받을 수 있습니다. 귀하는 까지는 다시 특별 지원을 받을 수 없게 됩니다.

이 박스가 체크되면 저희는 귀하의 면허 있는 탁아 서비스 제공자가 누군지 저희가 알아야 합니다. 귀하가 위의 번호로 저희에게 전화하시거나 귀하의 제공자가 첨부된 양식을 기입한 후에 반송하실 수 있습니다.

탁아 서비스 제공자를 찾는 데 도움이 필요하신 경우 탁아 서비스 찾기(Child Care Aware)에 1-800-424-2246 으로 문의하실 수 있습니다.

서비스 제공자에 대한 지불이 허가되면 더 많은 정보가 담긴 서한을 받게 됩니다.

본인부담금

본인부담금은 탁아 서비스 비용 중 귀하가 부담해야 할 금액이며 귀하의 서비스 제공자에게 직접 지불해야 합니다. 귀하의 본인부담금은 귀하의 가족 수와 월소득을 토대로 정해집니다. 그러나, 특별 지원을 받는 가정은 본인부담금이 면제됩니다.

- 귀하의 월 본인부담금은 \$0 로 부터 까지입니다.
- 귀하의 월 본인부담금은 \$ 로 부터 까지입니다.

귀하는 가족 월 수입이 \$ _____ 를 초과하거나 자원이 \$1,000,000.00 를 초과하면 10 일 내에 신고하셔야 합니다. WAC 110-15-0031

1. 가족 수
2. 총근로소득(세금 공제 전) \$ _____
3. 자영업 소득(허용가능한 금액 공제 후) \$ _____
4. 불로소득으로 취급할 수 있는 금액(SSI, SSA, 수령한 아동양육비, 일시 지불금) \$ _____
5. 총소득(위의 2 ~ 4 번 합산) \$ _____
6. 법원 명령 자녀 지원 지급액 \$ _____
7. 가산 소득 결정(라인 5 에서 라인 6 을 뺀) \$ _____
(가산 소득은 수혜자격과 본인부담금을 결정하는 데 사용됩니다)
8. 본인부담금을 다음과 같이 계산합니다.

가산 소득

월 본인부담금

연방 빈곤 수준(FPL)의 82% 이하

\$15

FPL 의 82% ~ 137.5%

\$65

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

심의회 권리

귀하는 이 결정에 동의하지 않을 경우 사무국에 전화를 하거나 Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489 로 편지를 써서 심의회를 요청하실 수 있습니다. 심의회는 다음과 같이 신청해야 합니다.

- 현재 받고 있는 혜택을 계속 받기를 원하신다면, 이 조치 유효일이나 유효일 전에 또는 이 조치 통지서를 송부한 날로부터 10 일 전에 신청해야 합니다. 또는
- 이 서신을 받은 날로부터 90 일 이내에 신청해야 합니다.

귀하는 심의회에서 스스로를 대변하거나 변호사나 귀하가 선택한 사람을 대동해 귀하를 대변하게 할 수 있는 권리가 있습니다. 법적 서비스를 제공하는 사무실에 연락하여 무료 법적 조언이나 대변인의 도움을 받으실 수도 있습니다.

변경사항 보고

1-877-501-2233 으로 전화하거나 1-888-338-7410 으로 팩스를 보내십시오

온라인: Washingtonconnection.org

우편: DSHS Customer Service Contact Center

P.O. Box 11699

Tacoma WA 98411

제출할 서류의 각 페이지에 귀하의 수혜자/의뢰인 ID 를 기재하십시오.