



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)
**Carta de elegibilidade para
CCSP - Assistência
especial para famílias
desalojadas**
**CCSP Eligibility Letter -
Special Assistance for Families
Experiencing Homelessness**

NÚMERO DE TELEFONE DO CENTRO DE CONTATO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE	NÚMERO DE FAX DO CENTRO DE CONTATO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE	DATA

Programa Working Connections Child Care

Como sua família está desalojada, você foi aprovado para o subsídio de cuidado infantil de assistência especial de a . Durante este tempo, seu co-pagamento mensal será \$0 e você pode usar uma **residência familiar com alvará ou creche**.

Se você fizer o seguinte antes de sua elegibilidade de cuidados infantis continuará até

- Facultar verificação de participação de um dos seguintes:
 - Emprego WAC 110-15-0045
 - Atividade aprovada por WorkFirst WAC 110-15-0040
 - Programa Basic Food Employment and Training (BFET)/Programa Resources to Initiate Successful Employment (RISE) WAC 110-15-0045
- Faculte verificação da renda de profissional. WAC 110-15-0012
- Você tem um co-pagamento pendente de \$, devido a . Você tem de pagar o saldo devido na íntegra ou facultar um contrato escrito que esteja assinado pelo prestador. WAC 110-15-0030

Se você não cumprir os requisitos acima, seus benefícios terminarão em . WAC 110-15-0023

As famílias desalojadas são elegíveis para esta assistência especial somente uma vez em um período de 12 meses. Você não será elegível para assistência especial de novo até .

Se esta caixa estiver selecionada, precisamos saber quem é seu prestador de cuidados infantis com alvará. Você pode ligar-nos para o número acima ou entregar o formulário anexo depois de preenchimento pelo prestador.

Se você precisar de ajuda a encontrar um prestador de cuidados infantis, você pode contatar Child Care Aware por meio de 1-800-424-2246

Você receberá uma carta com mais informações quando o pagamento ao seu prestador for autorizado.

Co-pagamento

Co-pagamento é sua parcela de custos da assistência infantil e o pagamento deve ser feito diretamente para o fornecedor dos serviços. O co-pagamento é baseado no tamanho da sua família e na sua renda mensal. Contudo, as famílias recebendo assistência especial têm seu co-pagamento recusado:

- Seu co-pagamento mensal será de \$0 entre e .**
- Seu co-pagamento mensal será de \$ entre e .**

No prazo de 10 dias, você deve informar se a renda mensal de sua família excede \$ _____ ou se seus recursos excedem \$ 1.000.000,00. WAC 110-15-0031

1. Tamanho da família
2. Renda salarial bruta (antes dos impostos) \$ _____
3. Renda de autônomo (depois das deduções permitidas) \$ _____
4. Renda não salarial equivalente (SSI, SSA, pensão alimentícia recebida, pagamentos totais) \$ _____
5. RENDA TOTAL (acrescentar linhas 2 a 4 acima) \$ _____
6. Pensão alimentícia paga através de ordem judicial \$ _____
7. Determine a renda contável (subtraia a linha 6 da linha 5)
(A renda contável é usada para determinar a qualificação e o co-pagamento) \$ _____
8. O co-pagamento é calculado da seguinte forma:

Renda contável

Co-pagamento mensal

De ou abaixo de 82% da Linha Federal de Pobreza (FPL) \$15

Acima de 82% e até 137,5% do FPL \$65

Acima de 137,5% e até 200% do FPL, consulte: http://www.del.wa.gov/publications/subsidy/docs/WCCC_copays.pdf

Direitos de audiência

Você tem o direito de solicitar uma audiência caso não concorde com essa decisão; entre em contato com esse departamento ou envie uma carta para o Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489.

Você deve solicitar sua audiência:

- Antes ou na data da medida tomada ou em até 10 (dez) dias a contar da data de envio da notificação sobre a referida medida, SE você recebe benefícios atualmente e deseja que eles sejam mantidos ou
- Dentro de 90 dias a contar da data de recebimento dessa carta.

Durante a audiência, você tem o direito de atuar em seu próprio nome ou ser representado por um advogado ou por pessoa à sua escolha. Você pode obter consultoria ou representação jurídica gratuita entrando em contato com uma agência de serviços jurídicos.

Comunicação de alterações

Ligue para o 1-877-501-2233 ou envie um fax para o 1-888-338-7410

Site: Washingtonconnection.org

Correio: DSHS Customer Service Contact Center

P.O. Box 11699

Tacoma WA 98411

Inclua a identificação do seu cliente em cada página submetida.