



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)
**Carta de elegibilidad de CCSP -
Asistencia especial para familias
que se encuentran sin hogar**
CCSP Eligibility Letter -
Special Assistance for Families
Experiencing Homelessness

TELÉFONO DEL CENTRO DE SERVICIO A CLIENTES	FAX DEL CENTRO DE SERVICIO A CLIENTES
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	FECHA

Guardería de Working Connections

Debido a que su familia se encuentra sin hogar, se ha aprobado para usted un subsidio de asistencia especial para guardería del _____ al _____. Durante este período, su copago mensual será de \$0 y puede utilizar un **hogar familiar con licencia o un centro de cuidado infantil**.

Si hace lo siguiente antes del _____ su elegibilidad para guardería continuará hasta el _____

- Entregue un comprobante de participación en una de las siguientes actividades:
 - Empleo WAC 110-15-0045
 - Actividad aprobada de WorkFirst WAC 110-15-0040
 - Empleo y Capacitación de Alimentos Básicos (por sus siglas en inglés, "BFET") / Recursos para Iniciar un Empleo Exitoso (por sus siglas en inglés, "RISE") WAC 110-15-0045
- Entregue comprobantes de sus ingresos por trabajo. WAC 110-15-0012
- Usted tiene un copago pendiente de \$ _____, que le debe a _____. Debe pagar el saldo debido en su totalidad, o entregar un convenio escrito con la firma del proveedor. WAC 110-15-0030

Si no cumple con los requisitos anteriores, sus beneficios terminarán el _____. WAC 110-15-0023

Las familias que se encuentran sin hogar son elegibles para esta asistencia especial solamente una vez por período de 12 meses. Usted ya no será elegible para asistencia especial hasta el _____.

Si esta casilla está marcada, necesitamos saber quién es su proveedor de guardería con licencia. Puede llamarnos al número que aparece arriba o devolver el formulario anexo después de que su proveedor lo conteste.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de servicio de guardería, puede contactar a Child Care Aware al 1-800-424-2246.

Recibirá una carta con más información cuando se autorice el pago a su proveedor.

Copago

El copago es su parte del costo de la guardería y debe pagarse directamente a su proveedor. Su copago se basa en el tamaño de su familia y en su ingreso mensual. Sin embargo, en el caso de familias que reciben asistencia especial, su copago puede cancelarse:

- Su copago mensual será de \$0 del _____ al _____.
- Su copago mensual será de \$ _____ del _____ al _____.

Debe reportar antes de 10 días si los ingresos de su familia exceden de \$ _____ o si sus recursos exceden de \$1,000,000.00. WAC 110-15-0031

1. Tamaño de la familia
2. Ingresos ganados brutos (antes de impuestos) \$ _____
3. Ingresos por empleo independiente (luego de deducciones permitidas) \$ _____
4. Equivalentes a ingresos no ganados (SSI, SSA, manutención para menores recibida, pagos globales) \$ _____
5. INGRESOS TOTALES (sumar los renglones 2, 3 y 4) \$ _____
6. Manutención de menores ordenada por el tribunal pagada \$ _____
7. Determine los ingresos contables (reste el renglón 6 del renglón 5)
(Los ingresos contables se usan para determinar la elegibilidad y el copago) \$ _____
8. El copago se calcula del siguiente modo:

Ingresos contables

Copago mensual

Al 82% del nivel federal de pobreza (por sus siglas en inglés, "FPL") o menos	\$15
Entre el 82% y el 137.5% del FPL	\$65

Para más del 137.5% y hasta el 200% del FPL, consulte:
http://www.del.wa.gov/publications/subsidy/docs/WCCC_copays.pdf

Derecho a audiencia

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede solicitar una audiencia llamando a esta oficina o escribiendo a Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489. Debe solicitar su audiencia:

- El día de entrada en vigor de la medida o antes, o dentro de un plazo de 10 días a partir del envío del aviso de esta medida, SI usted recibe los beneficios ahora y quiere continuar con ellos, o
- Dentro de un plazo de 90 días desde el momento en que recibe esta carta.

En la audiencia, usted tiene derecho a representarse a sí mismo, o a ser representado por un abogado o por cualquier otra persona que elija. Puede obtener asesoría o representación legal gratuita comunicándose con una oficina de servicios legales.

Para reportar cambios

Llame al 1-877-501-2233 o envíe un fax al 1-888-338-7410.

En línea en: Washingtonconnection.org

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

Incluya su número de identificación de cliente en todas las páginas que envíe.