



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

**Lettre d'admissibilité au  
CCSP  
CCSP Eligibility Letter**

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

Garde d'enfant périodique

Garderie pour raisons  
professionnelles

Vous êtes admissible à une garde d'enfant avec cotisation mensuelle commençant le \_\_\_\_\_ et se terminant le \_\_\_\_\_.

**Si la case un ou deux ci-dessus est cochée, c'est que vous devez fournir des renseignements supplémentaires :**

- Nous approuvons votre demande, ce qui fait que vous pouvez terminer le processus de demande TANF / Workfirst. **Si vous n'avez aucune activité approuvée à l'intérieur de 14 jours, vos bénéficiaires seront suspendus le \_\_\_\_\_.**  
**WAC 110-15-0020 et WAC 110-15-0110.**
- Nous avons déterminé vos droits et votre cotisation selon la déclaration que vous avez faite sur le salaire et l'horaire de travail auquel vous vous attendez.  
**Vous devez vérifier votre revenu réel dans les 60 jours après réception de cet avis, sinon vos bénéficiaires seront suspendus le \_\_\_\_\_.**  
**WAC 110-15-0012, 110-15-0065 et 110-15-0110.**

Voici certains exemples de vérification : Talons de paie, historique des paies fourni par votre employeur ou déclaration écrite de votre employeur indiquant le revenu brut exact que vous avez reçu depuis votre embauche. Nous avons également joint un formulaire de vérification de l'emploi à faire remplir par votre employeur. **Votre cotisation sera recalculée lorsque vous aurez fourni les justificatifs. Votre revenu sera redéterminé et, si votre revenu actuel est différent de celui que vous avez déclaré lors de votre demande, votre cotisation pourra être ajustée rétroactivement à la date d'ouverture des droits aux allocations. WAC 110-15-0085.**

**Veillez fournir les renseignements suivants pour que nous puissions autoriser le paiement à votre prestataire de garde d'enfant :**

Vos horaires d'activité approuvée.  Informations de votre prestataire agréé

**Si aucune case ci-dessus n'est cochée, aucun renseignement complémentaire n'est nécessaire. Vous recevrez une lettre contenant plus d'informations lorsque le paiement à votre prestataire sera autorisé.**

**Activité approuvée**

La garde d'enfant est approuvée pour \_\_\_\_\_ pour les cas suivants :

- Emploi  Activité WorkFirst approuvée  École  Autre : \_\_\_\_\_  
 Formation et emploi alimentaire de base (Basic Food Employment and Training) (BFET) / Ressources pour préparer la réussite dans l'emploi (Resources to Initiate Successful Employment) (RISE)

La garde d'enfant est approuvée pour \_\_\_\_\_ pour les cas suivants :

- Emploi  Activité WorkFirst approuvée  École  Autre : \_\_\_\_\_  
 Formation et emploi alimentaire de base (Basic Food Employment and Training) (BFET) / Ressources pour préparer la réussite dans l'emploi (Resources to Initiate Successful Employment) (RISE)

**Cotisation**

**La cotisation représente votre participation au coût de la garde d'enfant. 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.**

- Votre cotisation mensuelle sera de 15 \$ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ .  
 Votre cotisation mensuelle sera de \_\_\_\_\_ \$ 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 220 % du FPL, consultez [State Child Care Assistance and Subsidy Information | DEL](http://www.del.wa.gov/child-care-assistance-and-subsidy-information)

**Informations sur le développement de l'enfant**

Vous pouvez savoir si le développement de votre bébé ou de votre enfant est en bonne voie ou s'il a besoin de davantage d'aide pour le préparer à l'école. Pour ce faire, vous pouvez compléter un questionnaire gratuit de dépistage du développement de l'enfant en appelant la ligne d'assistance de Family Health au 1-800-322-2588 ou visiter le site Parent Help 123 [http://www.parenthelp123.org/child-development/help-me-grow washington](http://www.parenthelp123.org/child-development/help-me-grow-washington) pour en savoir plus.

Child Care Aware offre des informations gratuites, objectives, et des recommandations pour les familles recherchant des services de garde d'enfant de grande qualité. Pour contacter Child Care Aware vous pouvez appeler le 1-800-446-1114 ou consulter en ligne <http://wa.childcareaware.org>

Vous pouvez trouver des états de vérification d'antécédents de services agréés de garde d'enfant, l'historique des agréments, des rapports de contrôle, les langues parlées et plus encore à Child Care Check à [www.del.wa.gov/check](http://www.del.wa.gov/check).

Les enfants ont le droit humain fondamental d'être en sécurité. Les abus et la négligence menacent la sécurité des enfants en les exposant au risque de blessures physiques et émotionnelles et même de la mort. Si vous soupçonnez qu'un enfant est victime d'abus ou de négligence, appelez le numéro gratuit de DSHS au 1-866-END-HARM (1-866-363-4276).

**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](http://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.**