



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)  
**CCCP 受給資格に関する通知**  
**CCSP Eligibility Letter**

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

- 季節的児童手当
- ワーキングコネクション児童手当

あなたには \_\_\_\_\_ から \_\_\_\_\_ までの期間、月次自己負担金を伴う児童手当の受給資格があります。

以下のいずれかひとつまたは両方にチェック印がついている場合は、追加情報を提供していただく必要があります。

- 当課では現在あなたの申請書を承認しているため、TANF / Workfirst の申請手続きを完了できます。14 日以内に承認済みのプログラムに参加していない場合、\_\_\_\_\_ 付にてあなたの手当は解除されます。  
**WAC 170-290-0055 および WAC 170-290-0110.**
- あなたの予測賃金と勤務スケジュールに基づき、あなたの申請書を承認しました。本通知の受領後 60 日以内に、実際の収入額を確認しないと、\_\_\_\_\_ 日付にてあなたの手当は解除されます。  
**WAC 170-290-0012, 170-290-0065 および 170-290-0110.**

賃金確認の例は以下のとおりです。給与明細票、雇用者からの給与支払履歴またはあなたの雇用日以降受領した正確な総所得額を記した雇用主からの書面による明細書。また、あなたの雇用主が記入できる雇用確認書も添付してあります。

あなたが使用する託児所への支払いを承認できるよう、以下の情報を提供してください。

- 承認済みのスケジュール  プロバイダーの情報

上記のいずれにもチェック印がついていない場合、追加情報は必要ありません。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。

**承認済みの活動**

のための育児手当は以下のとおり承認されています。

- 雇用  承認済みのワークファースト活動  学校  その他: \_\_\_\_\_  
 Basic Food Employment and Training (BFET) / Resources to Initiate Successful Employment (RISE)

のための育児手当は以下のとおり承認されています。

- 雇用  承認済みのワークファースト活動  学校  その他: \_\_\_\_\_  
 Basic Food Employment and Training (BFET) / Resources to Initiate Successful Employment (RISE)

**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。

- ~ の期間のあなたの自己負担の月額は\$15 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。

**その他:**

- あなたの事例は復帰しました。

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 170-290-0031

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](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 またはファックス 1-888-338-7410

オンライン: [Washingtonconnection.org](http://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。