



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)  
**Carta de elegibilidade para  
CCSP**  
CCSP Eligibility Letter

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 Seasonal Child Care
- Programa Working Connections Child Care

Você é elegível para assistência infantil através de co-pagamento mensal a partir de \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_.

**Se a caixa 1 ou 2 estiver marcada abaixo, precisamos de informações adicionais suas:**

- Aprovamos seu pedido para que possa completar o processo de pedido para o programa TANF/Workfirst. **Se você não estiver em uma atividade aprovada no prazo de 14 dias, seus benefícios cessarão em \_\_\_\_\_.** WAC 170-290-0055 e WAC 170-290-0110.
- Aprovamos seu pedido com base em sua declaração dos salários e do horário de trabalho previstos. **No prazo de 60 dias após receber esta notificação, você deve verificar sua renda real; caso contrário, seus benefícios cessarão em \_\_\_\_\_.** WAC 170-290-0012, 170-290-0065 e 170-290-0110.

Exemplos de verificação incluem: Comprovantes de pagamento, histórico de pagamentos de seu empregador ou uma declaração escrita de seu empregador listando a renda bruta exata recebida desde sua contratação. Também anexamos um formulário de verificação de vínculo empregatício que seu empregador pode preencher.

**Forneça as seguintes informações para que possamos autorizar o pagamento ao prestador de cuidados de seu filho:**

- Seu horário de atividades aprovado.  As informações do seu prestador.

**Se nenhuma das caixas acima for marcada, não são necessárias mais informações. Você receberá uma carta com mais informações quando o pagamento ao seu prestador for autorizado.**

**Atividade aprovada**

A assistência com cuidados infantis está sendo aprovada por \_\_\_\_\_ para o seguinte:

- Emprego  Atividade aprovada por WorkFirst  Escola  Outro: \_\_\_\_\_  
 Programa Basic Food Employment and Training (BFET)/Programa Resources to Initiate Successful Employment (RISE)

A assistência com cuidados infantis está sendo aprovada por \_\_\_\_\_ para o seguinte:

- Emprego  Atividade aprovada por WorkFirst  Escola  Outro: \_\_\_\_\_  
 Programa Basic Food Employment and Training (BFET)/Programa Resources to Initiate Successful Employment (RISE)

**Co-pagamento**

**Co-pagamento é sua parcela de custos da assistência infantil e o pagamento deve ser efetuado diretamente ao prestador de serviços. O co-pagamento baseia-se no tamanho da sua família e em sua renda mensal.**

- Seu co-pagamento mensal será de \$ 15,00 entre \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_.
- Seu co-pagamento mensal será de \$ \_\_\_\_\_ entre \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_.

**Outros:**

- Seu caso foi reinstituído.

**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 170-290-0031**

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](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](http://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.**