



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 copagamento 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 110-15-0020 e WAC 110-15-0110.
- Determinamos sua elegibilidade e copagamento 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 110-15-0012, 110-15-0065 e 110-15-0110.

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. **Seu copagamento será novamente calculado quando você fornecer o documento de verificação. Sua renda será novamente determinada e, se sua renda real for diferente daquela que você indicou quando enviou seu pedido, seu copagamento poderá ser ajustado de volta para o valor em vigor à primeira data de elegibilidade para o subsídio. WAC 110-15-0085.**

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 pela WorkFirst Escola Outro: _____
- Programa Basic Food Employment and Training (BFET) / Resources to Initiate Successful Employment (RISE)

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

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

Copagamento

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

- Seu copagamento mensal será de 15,00 \$ entre _____ e _____.
- Seu copagamento mensal será de _____ \$ entre _____ e _____.

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

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 copagamento) \$ _____
8. O copagamento é calculado da seguinte forma:

Renda contável

Copagamento 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 220% do FPL, consulte: [Informações sobre os Programas de Assistência e Subsídios | DEL](#)

Informações sobre desenvolvimento infantil

Você pode saber se o desenvolvimento de seu bebê ou criança está no caminho certo ou se ele precisa de um pouco mais de prática para estar pronto para a escola. Para tal, você pode preencher um questionário gratuito de rastreamento sobre desenvolvimento infantil ligando para a Linha de Saúde Familiar através do 1-800-322-2588 ou acessar o site de ajuda para os pais <http://www.parenthelp123.org/child-development/help-me-grow-washington> para obter mais informações.

A Child Care Aware fornece informações gratuitas e imparciais e indicações para famílias que procuram cuidados infantis de alta qualidade. Para entrar em contato com a Child Care Aware, ligue para o 1-800-446-1114 ou acesse o site <http://wa.childcareaware.org>.

Você pode encontrar verificações de antecedentes de profissionais licenciados, históricos de licenciamento, relatórios de monitoramento, idiomas falados e muito mais no Child Care Check em www.del.wa.gov/check.

As crianças têm o direito humano básico de estarem em segurança. O abuso e a negligência são prejudiciais à segurança das crianças, colocando-as em risco de lesões físicas e emocionais e até de morte. Se você suspeitar que uma criança está sendo vítima de abuso ou negligência, ligue para a DSHS gratuitamente através do 1-866-END-HARM (1-866-363-4276).

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.