CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

Scrisoare de eligibilitate CCSP

CCSP Eligibility Letter

NUMĂR DE TELEFON DE CONTACT SERVICIUL PENTRU CLIENȚI	NUMĂR DE FAX DE CONTACT SERVICIUL PENTRU CLIENȚI
NUMĂR DE IDENTIFICARE CLIENT	DATA

☐ Îngrijire sezonieră pentru copii (Seasonal Child Care)

☐ Îngrijire pentru copii prin relaţii profesionale (Working Connections Child Care)

Sunteți eligibil/ă pentru îngrijire copii cu co-plată lunară începând cu _____ și până la _____.

Dacă oricare dintre casetele unu sau doi sunt bifate, trebuie să completați informațiile suplimentare de mai jos:

1. ☐ Vă aprobăm candidatura, astfel încât să puteți completa TANF / procesul de candidatură Workfirst. **În cazul în care nu participați la o activitate aprobată timp de 14 zile, beneficiile dvs. vor fi întrerupte pe _____. WAC 170-290-0055 și WAC 170-290-0110.**
2. ☐ V-am aprobat candidatura pe baza declarației privind salariile dorite și programul de lucru. **În decurs de 60 de zile de la prezenta notificare trebuie să vă verificați venitul curent; în mod contrar, beneficiile dvs. vor fi întrerupte pe _____.**
   WAC 170-290-0012, 170-290-0065 și 170-290-0110.

Exemplele de verificare includ: Statele de plată, istoricul plăților de la angajatorul dvs. sau o declarație scrisă din partea angajatorului care să specifice venitul brut exact primit începând cu data angajării dvs. Am anexat un formular de Verificare angajare ce poate fi completat de către angajatorul dvs.

Vă rugăm să furnizați următoarele informații, astfel încât să putem autoriza plata către prestatorul dvs. de îngrijire pentru copii:

☐ Programul dvs. de activitate aprobat. ☐ Informațiile privind prestatorul dvs.

Dacă niciuna dintre casetele de mai sus nu este bifată, nu sunt necesare informații suplimentare. Veți primi o scrisoare cu mai multe informații când se va autoriza plata către prestatorul dvs.

Activitate aprobată

Îngrijirea copilului este aprobată pentru pentru următoarele:

☐ Angajare ☐ Activitate WorkFirst aprobată ☐ Şcoală ☐ Altele: _____.
☐ Programul BFET (Basic Food Employment and Training – Instruire și angajare pentru alimentație de bază) / RISE (Resources to Initiate Successful Employment - Resurse pentru inițierea angajării de succes)

Îngrijirea copilului este aprobată pentru pentru următoarele:

☐ Angajare ☐ Activitate WorkFirst aprobată ☐ Şcoală ☐ Altele: _____.
☐ Programul BFET (Basic Food Employment and Training – Instruire și angajare pentru alimentație de bază) / RISE (Resources to Initiate Successful Employment - Resurse pentru inițierea angajării de succes)

Co-plata

Co-plata reprezintă partea dvs. din costurile pentru îngrijirea copilului și trebuie plătită direct prestatorului dvs. Co-plata dvs. depinde de dimensiunea familiei și venitul dvs. lunar.

☐ Co-plata dvs. lunară va fi de 15,00 $ de la pâna la .

☐ Co-plata dvs. lunară va fi de $ de la pâna la .

Altele:

☐ **Cazul dvs. a fost repus în termen.**

Trebuie să raportați în decurs de 10 zile dacă venitul lunar al familiei dvs. depășește $ sau dacă resursele depășesc 1.000.000,00 $. WAC 170-290-0031

1. Dimensiunea familiei
2. Venit brut câștigat (anterior impozitării) $ _____
3. Venit pentru persoane fizice autorizate (după deducerile permise) $ _____
4. Venit necâștigat (SSI, SSA, alocația primită pentru copil, plățile valorii globale) $ _____
5. VENIT TOTAL (adunați rândurile de la 2 la 4 de mai sus) $ _____
6. Pensie alimentară plătită pentru un copil încredinţat prin hotărâre judecătorească $ _____
7. Stabiliți venitul cuantificabil (scădeți rândul 6 din rândul 5) $ _____
   (Venitul cuantificabil este utilizat pentru a stabili eligibilitatea și co-plata)
8. Co-plata este calculată după cum urmează:

Venit cuantificabil	Co-plată lunară
La sau sub 82% din nivelul federal de sărăcie (FPL)	15 $
Peste 82% și până la 137,5% din FPL	65 $
Peste 137,5% și până la 200% din FPL a se vedea:http://www.del.wa.gov/publications/subsidy/docs/WCCC_copays.pdf	

Drepturi de audiere

În cazul în care nu sunteți de acord cu această decizie, puteți solicita o audiență contactând respectivul funcționar sau scriind la Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489. Trebuie să solicitați audiența:

- La sau anterior datei efective a acestei acțiuni sau nu mai mult de 10 zile de când vă trimitem notificarea privind această acțiune, ÎN CAZUL ÎN CARE primiți beneficii în prezent și doriți ca acestea să continue, sau
- În decurs de 90 de zile de la data primirii respectivei scrisori.

La audiență, aveți dreptul de a vă autoreprezenta, de a fi reprezentat de un avocat sau de orice altă persoană la alegerea dvs. Este posibil să puteți primi consultanță legală sau să fiți reprezentat gratuit contactând un birou de servicii juridice.

Modificări privind raportarea

Sunați la 1-877-501-2233 sau trimiteți un fax la 1-888-338-7410
Online la: Washingtonconnection.org

Poștă: DSHS Customer Service Contact Center
P.O. Box 11699
Tacoma WA 98411
Includeți codul dvs. de client pe fiecare pagină trimisă.