



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

TELÉFONO DEL CENTRO DE SERVICIO A CLIENTES	FAX DEL CENTRO DE SERVICIO A CLIENTES
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	FECHA

- Programa de Cuidado Estacional ("Seasonal Child Care")
- Guardería de Working Connections

Usted es elegible para servicio de guardería con un copago mensual a partir de _____ hasta _____.

Si la casilla uno o dos están marcadas, debe proporcionar información adicional:

- Hemos aprobado su solicitud para que pueda completar el proceso de solicitud de TANF/Workfirst. **Si no ha ingresado a una actividad aprobada en 14 días, sus beneficios terminarán el _____.**
WAC 170-290-0055 y WAC 170-290-0110.
- Hemos aprobado su solicitud con base en su declaración del sueldo y horario de trabajo esperados. **Debe comprobar sus ingresos reales en los 60 días posteriores a esta notificación, o sus beneficios terminarán el _____.**
WAC 170-290-0012, 170-290-0065 y 170-290-0110.

Algunos ejemplos de comprobantes son: recibos de nómina, historial de nómina de su empleador, o una declaración por escrito de su empleador que incluya los ingresos brutos exactos que ha recibido desde su contratación. También hemos anexado un formulario de Verificación del Empleador que su empleador puede llenar.

Por favor proporcione la siguiente información para que podamos autorizar el pago a su proveedor de servicios de guardería:

- Su horario aprobado de actividades. La información de su proveedor.

Si ninguna de las casillas anteriores está marcada, no se requiere información adicional. Recibirá una carta con más información cuando se autorice el pago a su proveedor.

Actividad aprobada

Se aprueba el servicio de guardería para _____ para lo siguiente:

- Empleo Actividad aprobada de WorkFirst Escuela Otro: _____
- Empleo y Capacitación de Alimentos Básicos (por sus siglas en inglés, "BFET") / Recursos para Iniciar un Empleo Exitoso (por sus siglas en inglés, "RISE")

Se aprueba el servicio de guardería para _____ para lo siguiente:

- Empleo Actividad aprobada de WorkFirst Escuela Otro: _____
- Empleo y Capacitación de Alimentos Básicos (por sus siglas en inglés, "BFET") / Recursos para Iniciar un Empleo Exitoso (por sus siglas en inglés, "RISE")

Copago

El copago es su parte del costo de la guardería y debe pagarse directamente a su proveedor. Su copago se basa en el tamaño de su familia y en su ingreso mensual.

- Su copago mensual será de \$15.00 de _____ a _____.
- Su copago mensual será de \$ _____ de _____ a _____.

Otro:

- Su caso ha sido reactivado.

Debe informar dentro de un plazo de 10 días si los ingresos mensuales de su familia exceden de \$ _____ o si sus recursos exceden de \$1,000,000.00. WAC 170-290-0031

1. Tamaño de la familia
2. Ingresos ganados brutos (antes de impuestos) \$ _____
3. Ingresos por empleo independiente (luego de deducciones permitidas) \$ _____
4. Equivalentes a ingresos no ganados (SSI, SSA, manutención para menores recibida, pagos globales) \$ _____
5. INGRESOS TOTALES (sumar los renglones 2, 3 y 4) \$ _____
6. Manutención de menores ordenada por el tribunal pagada \$ _____
7. Determine los ingresos contables (reste el renglón 6 del renglón 5)
(Los ingresos contables se usan para determinar la elegibilidad y el copago) \$ _____
8. El copago se calcula del siguiente modo:

Ingresos contables

Copago mensual

Al 82% del nivel federal de pobreza (por sus siglas en inglés, "FPL") o menos

\$15

Entre el 82% y el 137.5% del FPL

\$65

Para más del 137.5% y hasta el 200% del FPL, consulte:

http://www.del.wa.gov/publications/subsidy/docs/WCCC_copays.pdf

Derecho a audiencia

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede solicitar una audiencia llamando a esta oficina o escribiendo a Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489. Debe solicitar su audiencia:

- El día de entrada en vigor de la medida o antes, o dentro de un plazo de 10 días a partir del envío del aviso de esta medida, Si usted recibe los beneficios ahora y quiere continuar con ellos, o
- Dentro de un plazo de 90 días desde el momento en que recibe esta carta.

En la audiencia, usted tiene derecho a representarse a sí mismo, ser representado por un abogado o por cualquier otra persona que elija. Puede obtener asesoría o representación legal gratuita comunicándose con una oficina de servicios legales.

Para reportar cambios

Llame al 1-877-501-2233 o envíe un fax al 1-888-338-7410.

En línea en: Washingtonconnection.org

Correo: DSHS Customer Service Contact Center

P.O. Box 11699

Tacoma WA 98411

Incluya su número de identificación de cliente en todas las páginas que envíe.