Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

หนังสือแสดงสิทธิ์ CCSP
CCSP Eligibility Letter

หมายเลขโทรศัพท์ศูนย์ติดต่อบริการผู้บริโภค	หมายเลขโทรสารศูนย์ติดต่อบริการผู้บริโภค
หมายเลขประจำตัวของผู้รับบริการ	วันที่

☐ การดูแลเด็กแบบฤดูกาล

☐ การดูแลเด็กที่สัมพันธ์กับการทำงาน

คุณมีสิทธิ์ได้รับการร่วมจ่ายรายเดือนสำหรับการดูแลเด็ก เริ่มตั้งแต่ _____ ถึง _____

หากมีการทำเครื่องหมายในช่องด้านล่างหนึ่งหรือสองช่องแสดงว่าจำเป็นต้องได้รับข้อมูลเพิ่มเติมจากคุณ:

1. ☐ เรากำลังอนุมัติคำร้องของคุณ เพื่อให้คุณสามารถดำเนินการสมัคร TANF / Workfirst สำเร็จ
   หากคุณไม่อยู่ในกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติภายใน 14 วันแล้ว เงินสงเคราะห์ของคุณจะถูกระงับใน _____
   WAC 170-290-0055 และ WAC 170-290-0110
2. ☐ เราได้อนุมัติคำร้องของคุณตามใบแสดงค่าจ้างที่คาดหวังและตารางการทำงานของคุณ
   คุณต้องตรวจสอบยืนยันรายได้จริงของคุณภายใน 60 วันของการประกาศแจ้งนี้
   มิฉะนั้นแล้วเงินสงเคราะห์ของคุณจะถูกระงับใน _____
   WAC 170-290-0012, 170-290-0065 และ 170-290-0110

ตัวอย่างการตรวจสอบยืนยัน ได้แก่ ประวัติเช็คเงินค่าจ้าง บัญชีเงินเดือนจากนายจ้างของคุณ
หรือใบรับรองเป็นลายลักษณ์อักษรจากนายจ้างของคุณที่ระบุรายได้รวมจริงที่ได้รับตั้งแต่ที่ได้จ้างคุณ
นอกจากนี้เรายังได้แนบแบบฟอร์มตรวจสอบยืนยันการว่าจ้าง (Employment Verification) ที่ให้นายจ้างของคุณกรอกได้

โปรดระบุข้อมูลต่อไปนี้เพื่อให้เราสามารถอนุญาตการชำระเงินให้กับผู้ให้บริการดูแลเด็กของคุณ:

☐ ตารางกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติของคุณ ☐ ข้อมูลผู้ให้บริการของคุณ

หากไม่ได้ทำเครื่องหมายไว้ในช่องด้านบนนี้ แสดงว่าไม่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม
คุณจะได้รับหนังสือที่มีข้อมูลเพิ่มเติมเมื่ออนุญาตการชำระเงินให้กับผู้ให้บริการของคุณแล้ว

<u>กิจกรรมที่อนุมัติ</u>

การดูแลเด็กได้รับการอนุมัติสำหรับ ให้กับรายการต่อไปนี้

☐ การว่าจ้าง ☐ กิจกรรม WorkFirst ที่ได้รับอนุมัติ ☐ โรงเรียน ☐ อื่นๆ: _____
☐ การอบรมและการว่าจ้างอาหารเบื้องต้น (Basic Food Employment and Training หรือ BFET) /
ทรัพยากรเพื่อการว่าจ้างที่ประสบความสำเร็จขั้นต้น (Resources to Initiate Successful Employment หรือ RISE)

การดูแลเด็กได้รับการอนุมัติสำหรับ ให้กับรายการต่อไปนี้

☐ การว่าจ้าง ☐ กิจกรรม WorkFirst ที่ได้รับอนุมัติ ☐ โรงเรียน ☐ อื่นๆ: _____
☐ การอบรมและการว่าจ้างอาหารเบื้องต้น (Basic Food Employment and Training หรือ BFET) /
ทรัพยากรเพื่อการว่าจ้างที่ประสบความสำเร็จขั้นต้น (Resources to Initiate Successful Employment หรือ RISE)

<u>การร่วมจ่าย</u>

การร่วมจ่ายเป็นส่วนแบ่งของคุณสำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กของคุณ และต้องจ่ายให้กับผู้ให้บริการของคุณโดยตรง
การร่วมจ่ายของคุณจะขึ้นอยู่กับขนาดครอบครัวของคุณและรายได้รายเดือนของคุณ

☐ การร่วมจ่ายรายเดือนของคุณจะเป็น $15.00 จาก ถึง

☐ การร่วมจ่ายรายเดือนของคุณจะเป็น $ จาก ถึง

<u>อื่นๆ:</u>

☐ **กรณีของคุณได้รับการคืนสิทธิ์แล้ว**

คุณต้องรายงานภายใน 10 วัน หากรายได้รายเดือนของครอบครัวของคุณเกิน $ หรือทรัพยากรเกิน $1,000,000.00 WAC 170-290-0031

1. ขนาดครอบครัว
2. รายได้จากการทำงานรวม (ก่อนหักภาษี) $ _____
3. รายได้จากธุรกิจตนเอง (หลังหักส่วนที่อนุญาตแล้ว) $ _____
4. เทียบเท่ารายได้ที่ไม่ใช่จากงาน (SSI, SSA, เงินสนับสนุนเด็กที่ได้รับ, การชำระเงินเหมาจ่าย) $ _____
5. รายได้ทั้งหมด (ผลบวกจากข้อ 2 ถึง 4 ข้างต้น) $ _____
6. การชำระเงินค่าเลี้ยงดูบุตรตามคำสั่งศาล $ _____
7. กำหนดรายได้ที่นับได้ (ลบข้อ 6 จากข้อ 5) $ _____
   (รายได้ที่นับได้จะใช้เพื่อกำหนดสิทธิ์และการร่วมจ่าย)
8. การร่วมจ่ายจะคำนวณดังต่อไปนี้

รายได้ที่นับได้	**การร่วมจ่ายรายเดือน**
ที่หรือต่ำกว่า 82% ของระดับความยากจนที่รัฐบาลกลางกำหนด (Federal Poverty Level หรือ FPL)	$15
มากกว่า 82% และสูงสุด 137.5% ของ FPL	$65
มากกว่า 137.5% และสูงสุด 200% ของมุมมอง FPL: http://www.del.wa.gov/publications/subsidy/docs/WCCC_copays.pdf	

สิทธิ์ในการไต่สวน

หากคุณไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยนี้ คุณอาจร้องขอการไต่สวนได้โดยติดต่อที่สำนักงานนี้ หรือเขียนไปที่ Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489 คุณต้องขอการไต่สวนเมื่อ:

- ในหรือก่อนวันที่การดำเนินการนี้มีผล หรือไม่เกิน 10 วัน หลังจากที่เราได้ส่งหนังสือแจ้งการดำเนินการนี้ หากคุณได้รับผลประโยชน์ในปัจจุบันและคุณต้องการรับต่อ หรือ
- ภายใน 90 วัน ของวันที่คุณได้รับหนังสือนี้

เมื่อมีการไต่สวน คุณมีสิทธิ์เป็นตัวแทนของตัวคุณ หรือให้ทนายความหรือบุคคลอื่นๆ ที่คุณเลือกเป็นตัวแทนของคุณได้ คุณอาจสามารถรับคำปรึกษาทางด้านกฎหมายหรือการเป็นตัวแทนได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายโดยติดต่อสำนักงานบริการด้านกฎหมาย

การรายงานการเปลี่ยนแปลง

โทร 1-877-501-2233 หรือโทรสาร 1-888-338-7410
ทางออนไลน์: Washingtonconnection.org

ทางไปรษณีย์: DSHS Customer Service Contact Center
P.O. Box 11699
Tacoma WA 98411
โดยระบุ ID ผู้รับบริการของคุณในแต่ละหน้าที่คุณส่งด้วย