



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)

Лист про право на участь у програмі CCSP CCSP Eligibility Letter

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ КОНТАКТНОГО ЦЕНТРУ ОБСЛУГОВУВАННЯ КЛІЄНТІВ	НОМЕР ФАКСУ КОНТАКТНОГО ЦЕНТРУ ОБСЛУГОВУВАННЯ КЛІЄНТІВ
ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА	ДАТА

- Сезонний догляд за дітьми
- Програма допомоги з догляду за дітьми Working Connections Child Care (WCCC)

Ви маєте право на послуги догляду за дитиною (дітьми) із щомісячної сумісною виплатою, починаючи з _____ та закінчуючи _____.

Якщо у першому або другому полі вище поставлено відмітку, вам слід надати додаткову інформацію:

- Ми затверджуємо вашу заявку, і ви можете проходити процедуру подачі заявки на TANF/Workfirst. **Якщо ви не вживаєте жодних затверджених заходів протягом 14 днів, дію ваших пільг буде припинено з _____ WAC 110-15-0020 та WAC 110-15-0110.**
- Ми визначили наявність у вас прав та розмір вашої сумісної плати на основі вашої довідки про очікувану заробітну плату та графік роботи. **Протягом 60 днів з моменту надання цього повідомлення ви маєте надати підтвердження свого фактичного доходу. У іншому випадку дію ваших пільг буде припинено з _____ WAC 110-15-0012, 110-15-0065 та 110-15-0110.**

Приклади підтверджуючих документів: Платіжні квитанції, довідки про динаміку рівня заробітної плати від вашого роботодавця або письмова заява від вашого роботодавця із зазначенням точної суми сукупного доходу з моменту вашого прийому на роботу. Ми також додаємо форму Підтвердження зайнятості, яку може заповнити ваш роботодавець. **Суму ваших сумісних виплат буде скориговано після надання вами підтверджувальних документів. Ваш дохід буде перераховано та, якщо розмір вашого фактичного доходу відрізняється від задекларованого вами під час подання заяви, розмір ваших сумісних виплат може бути ретроактивно скориговано до дати отримання вами права на субсидію. WAC 110-15-0085.**

Будь ласка, повідомте наступну інформацію, щоб ми мали можливість надати дозвіл на виплати вашому постачальнику догляду за дитиною:

- Затверджений розклад вашої діяльності. Інформація про вашого постачальника.

Якщо у жодному з полів вище не поставлена відмітка, додаткова інформація не потрібна. Ви отримаєте лист з додатковою інформацією, коли виплати вашому постачальнику будуть дозволені.

Затверджена діяльність

Послуги догляду за дитиною (дітьми) затверджено на _____ для наступних категорій:

- Працевлаштування Ухвалена програмою WorkFirst діяльність Навчання Інше: _____
- Програма Basic Food Employment and Training (BFET) / Resources to Initiate Successful Employment (RISE)

Послуги догляду за дитиною (дітьми) затверджено на _____ для наступних категорій:

- Працевлаштування Ухвалена програмою WorkFirst діяльність Навчання Інше: _____
- Програма Basic Food Employment and Training (BFET) / Resources to Initiate Successful Employment (RISE)

Сумісні виплати

Сумісна виплата є вашою частиною сплати витрат на послуги догляду за вашою(ими) дитиною (дітьми), і ви повинні сплачувати ці гроші безпосередньо особі, яка надає вам послуги догляду. Сума сумісної виплати базується на розмірі вашої сім'ї та вашому місячному доході.

- Сума вашої щомісячної сумісної виплати становитиме \$15,00 із _____ до _____.
- Сума вашої щомісячної сумісної виплати становитиме \$ _____ із _____ до _____.

Ви повинні надати повідомлення впродовж 10 днів, якщо ваш місячний дохід на сім'ю перевищує \$ або якщо вартість активів перевищує \$1 000 000,00. WAC 110-15-0031

1. Розмір сім'ї
2. Загальний зароблений дохід (до відрахування податків) \$ _____
3. Дохід осіб, які мають власний бізнес (після дозволених відрахувань) \$ _____
4. Суми незаробленого доходу (SSI, SSA, отримані аліменти, виплати великих сум грошей) \$ _____
5. ЗАГАЛЬНИЙ ДОХІД (додайте рядки 2—4 вище) \$ _____
6. Сплачена сума аліментів згідно розпорядження суду \$ _____
7. Визначте підрахований дохід (відніміть суму рядка 6 від суми рядка 5) \$ _____
(Підрахований дохід застосовується, щоб визначити відповідність критеріям та суму сумісних виплат)
8. Сумісна виплата розраховується наступним чином:

Підрахований дохід

Щомісячна сумісна виплата

До 82% показника Федерального рівня бідності (FPL)

\$15

Від 82% до 137,5% показника FPL

\$65

Від 137,5% до 220% показника FPL: [Інформація про допомогу з доглядом за дітьми та про субсидії | DEL](#)

Інформація про розвиток дитини

Ви можете дізнатися, чи правильно розвивається ваша дитина, або ж чи потрібно вжити додаткових заходів, готуючи її до школи. Для цього дайте відповіді на питання анкети безкоштовного скринінгу розвитку дитини, подзвонивши на гарячу лінію з питань здоров'я родини за телефоном 1-800-322-2588 або відвідавши веб-сайт, присвячений питанням допомоги батькам Parent Help 123, за адресою <http://www.parenthelp123.org/child-development/help-me-grow-washington> та отримайте додаткову інформацію.

Програма Child Care Aware безкоштовно надає об'єктивну інформацію та направлення для родин, які шукають якісний догляд за дітьми. Звернутися до програми Child Care Aware можна за телефоном 1-800-446-1114 або онлайн за адресою <http://wa.childcareaware.org>.

Щоб знайти інформацію про перевірку репутації, історію ліцензування, звіти щодо контролю діяльності, активні мови, а також додаткову інформацію про ліцензованих постачальників послуг із догляду за дітьми, скористуйтеся ресурсом Child Care Check за адресою www.del.wa.gov/check.

Діти мають основні права людини на перебування в безпеці. Жорстоке ставлення та нехтування погрожують безпеці дитини, яка ризикує отримати фізичні пошкодження, емоційні травми, або навіть померти. Якщо ви вважаєте, що дитина є жертвою жорстокого ставлення або нехтування, зателефонуйте до Департаменту DSHS за безкоштовним телефоном 1-866-END-HARM (1-866-363-4276).

Право на слухання

Якщо ви не згодні з цим рішенням, ви можете просити про проведення слухання, зв'язавшись з цим офісом або написавши до Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489. Ви мусите подати запит про слухання:

- Станом на або до дати вступу рішення в силу або не пізніше ніж через 10 днів після відправлення нами повідомлення про це рішення, ЯКЩО ви отримуєте пільги зараз та бажаєте отримувати їх у майбутньому, або
- Протягом 90 днів з дати отримання вами цього листа.

Під час слухання ви маєте право представляти самого себе, бути представленим адвокатом або особою на ваш вибір. Ви можете отримувати безкоштовну правничу пораду або захист, якщо звернетесь до офісу юридичних послуг.

Повідомлення про зміни

Зателефонуйте за номером 1-877-501-2233 або відправте факс на номер 1-888-338-7410

В Інтернеті: Washingtonconnection.org

Поштова адреса: DSHS Customer Service Contact Center

P.O. Box 11699

Tacoma WA 98411

Вкажіть свій ідентифікаційний номер клієнта на кожній відправленій сторінці.