Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAM (CCSP)

Aviso de terminación de pagos a proveedor del CCSP

CCSP Provider Payment Termination Notice

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

☐ Los pagos que se realizan a su proveedor de guardería terminarán el _____ para los menores que aparecen a continuación. Su proveedor de servicio de guardería no ha cumplido los requisitos del programa Early Achievers y ya no será elegible para recibir el pagos de subsidios para guardería de niños que no asistan a la escuela, a menos que se cumplan los requisitos antes de la fecha de terminación arriba mencionada. WAC 170-290-0125

☐ _____ ☐ _____

☐ _____ ☐ _____

☐ _____ ☐ _____

☐ _____ ☐ _____

☐ Los pagos que se realizan a su proveedor de guardería terminarán el _____ porque su proveedor ha sido descalificado en los términos de WAC 170-290-0125.

☐ Los pagos que se realizan a su proveedor de guardería terminarán el _____ porque su proveedor ha sido descalificado en los términos de WAC 170-290-0130.

Si necesita ayuda para encontrar un nuevo proveedor de servicio de guardería, puede contactar a Child Care Aware en http://wa.childcareaware.org/ o llamando al 1-800-446-1114.

Hemos anexado el formulario Solicitud de CCSP Parte 2A, Información del proveedor con licencia, para que lo llene su nuevo proveedor con licencia.

También hemos anexado el formulario Solicitud de WCCP Parte 2B, Información de Proveedores Familiares / Amigos / Vecinos, para que lo llenen usted y su nuevo proveedor exento del requisito de obtener licencia.

- Si los cuidados son provistos por un proveedor que es familiar / amigo / vecino, el proveedor debe satisfacer los requisitos enumeradas en la Solicitud Parte 2B y usted debe presentar:
- Una copia legible de la identificación con fotografía del proveedor, como una licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal, pasaporte o identificación militar.
- Copia legible de la tarjeta vigente del seguro social del proveedor.
- Comprobante de que el proveedor está habilitado legalmente para trabajar en EE. UU., tal como Permiso de Residencia (Green Card), Tarjeta para Extranjeros Residentes (Resident Alien Card), o Documento de Autorización de Empleo (EAD);
- Formulario de Autorización de Investigación de Antecedentes, DSHS 09-653. Puede obtener este formulario con su trabajador social autorizado de WCCC. **No se harán pagos por el cuidado proporcionado antes de la fecha en que se reciban todos los resultados de verificación de antecedentes de todas las personas requeridas, y en que se apruebe al proveedor.**

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con nosotros a los números que aparecen arriba.

DERECHO A AUDIENCIA

Si no está de acuerdo con esta decisión, usted puede solicitar una audiencia poniéndose en contacto con 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 reciba 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.