

رقم الهاتف الخاص بمركز اتصال خدمة العملاء	رقم الفاكس الخاص بمركز اتصال خدمة العملاء
رقم تعريف العميل	التاريخ

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS (CCSP)  
خطاب الاستحقاق الخاص ببرامج الإعانات  
المالية لرعاية الطفل (CCSP)  
CCSP Eligibility Letter



رعاية الطفل الموسمية

برنامج رعاية أطفال الأقارب العاملين

أنت تستحق رعاية طفل مقابل مبلغ شهري مدفوع ابتداءً من \_\_\_\_\_ وانتهاءً في \_\_\_\_\_.

إذا وضعت علامة على إحدى المربعين بالأسفل، المربع 1 أو المربع 2، فستكون هناك بعض المعلومات الإضافية المطلوبة منك:

1  نحن نقوم بالموقفة على استمرارك حيث يكون بإمكانك استكمال الاستمارة TANF / Workfirst. إذا لم تقم بأي نشاط معتمد في غضون 14 يوماً، سيتم إلغاء المنافع المخصصة لك \_\_\_\_\_.

WAC 170-290-0055 و WAC 170-290-0110.

2  لقد وافقنا على طلبك اعتماداً على ذكرك للأجور المتوقعة وجدول العمل. في غضون 60 يوماً من هذا الإشعار يجب عليك التحقق من دخلك الفعلي، وإلا سيتم إلغاء المنافع الخاصة بك على \_\_\_\_\_.

WAC 170-290-0012، و WAC 170-290-0065، و WAC 170-290-0110.

أمثلة التحقق تشمل: كعوب إيصالات الدفع، وبيان بالرواتب من صاحب العمل الخاص بك، أو بيان مكتوب من صاحب العمل يسرد فيه الدخل الإجمالي المحدد الذي تتقاضاه منذ بدء تسلمك العمل. أرفقنا كذلك نموذج إثبات العمل حيث يمكن لصاحب العمل الخاص بك أن يكمل هذا النموذج.

يُرجى توفير المعلومات التالية حتى نستطيع اعتماد الدفع لموفر رعاية الطفل الخاص بك:

جدول النشاط المعتمد الخاص بك.  معلومات موفر الرعاية الخاص بك.

في حالة عدم تحديد أي من المربعين أعلاه، فلن يكون هناك حاجة إلى معلومات إضافية. سوف تتلقى خطاباً يتضمن المزيد من المعلومات عندما يتم اعتماد الدفع إلى موفر الرعاية الخاص بك.

النشاط المعتمد

تم اعتماد رعاية الطفل لصالح \_\_\_\_\_ للآتي:

وظيفة  نشاط WorkFirst معتمد  مدرسة  أخرى: \_\_\_\_\_  
 التغذية الأساسية والتوظيف والتدريب (BFET) موارد بدء التوظيف الناجح (RISE)

تم اعتماد رعاية الطفل لصالح \_\_\_\_\_ للآتي:

وظيفة  نشاط WorkFirst معتمد  مدرسة  أخرى: \_\_\_\_\_  
 التغذية الأساسية والتوظيف والتدريب (BFET) موارد بدء التوظيف الناجح (RISE)

المبلغ المدفوع

المبلغ المدفوع هو حصتك في تكلفة رعاية طفلك ويجب أن يتم دفعه مباشرةً إلى موفر الرعاية الخاص بك. يعتمد المبلغ المدفوع على حجم عائلتك ودخلك الشهري.

سيقدّر المبلغ المدفوع شهرياً بمبلغ 15.00 دولاراً أمريكياً من \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_.

سيقدّر المبلغ المدفوع شهرياً بمبلغ دولاراً أمريكياً من \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_.

أخرى:

أصبحت قضيتك سارية المفعول مرة أخرى.

دولار أو إذا تخطت قيمة الموارد حاجز الـ 1,000,000.00 دولار.

في غضون 10 أيام، ينبغي عليك أن تخطرننا إذا تجاوز دخل الأسرة الشهري قيمة

WAC 170-290-0031

1. حجم العائلة
2. إجمالي الدخل المكتسب (قبل خصم الضرائب)
3. الدخل من الأعمال الحرة (بعد الخصومات المصرح بها)
4. ما يعادل الدخل غير المكتسب (دخل الضمان الإضافي (SSI) وإدارة الضمان الاجتماعي (SSA) ودعم الطفل الذي تم الحصول عليه والمبالغ المدفوعة مرة واحدة)
5. إجمالي الدخل (اجمع السطور من 2 إلى 4 أعلاه)
6. دعم الطفل المدفوع بموجب حكم محكمة
7. تحديد الدخل القابل للعد (طرح السطر 6 من السطر 5) (يستخدم الدخل القابل للعد لتحديد الاستحقاق والمبلغ المدفوع)
8. يتم حساب المبلغ المدفوع على النحو التالي:

المبلغ الشهري المدفوع

الدخل القابل للعد

15\$

عند 82% أو أقل من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)

65\$

أعلى من 82% وحتى 137.5% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL)

أعلى من 137.5% وحتى 200% من مستوى الفقر الفيدرالي (FPL) انظر:

[http://www.del.wa.gov/publications/subsidy/docs/WCCC\\_copays.pdf](http://www.del.wa.gov/publications/subsidy/docs/WCCC_copays.pdf)

حقوق طلب جلسة استماع

إذا لم توافق على هذا القرار، يجوز لك طلب جلسة استماع من خلال الاتصال بهذا المكتب أو مراسلة

Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489. يجب أن تطلب جلسة الاستماع الخاصة بك:

- في تاريخ سريان هذا الإجراء أو قبله أو خلال فترة لا تتجاوز 10 أيام من إرسال إخطار بهذا الإجراء، أو إذا كنت تتلقى المنافع الآن وتريد أن تستمر أو
- خلال 90 يوماً من تاريخ استلام هذا الخطاب.

يحق لك في جلسة الاستماع أن تحضر بنفسك أو أن يمثلك محام أو أي شخص آخر تختاره أنت. يجوز لك الحصول على إرشاد أو تمثيل قانوني مجاني من خلال الاتصال بمكتب الخدمات القانونية.

الإبلاغ عن التغييرات

اتصل على 1-877-501-2233 أو تواصل عن طريق الفاكس على 1-888-338-7410

أو عن طريق الإنترنت على: [Washingtonconnection.org](http://Washingtonconnection.org)

أو بالبريد على: DSHS Customer Service Contact Center

P.O. Box 11699

Tacoma WA 98411

يرجى إرفاق رقم تعريف العميل الخاص بك على كل صفحة تقدمها.