Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAM (CCSP)

CCSP የአገልግሎት ሰጪ ክፍያ ማቋረጡን የሚገልፅ ማሳወቂያ

CCSP Provider Payment Termination Notice

የደንበኛ አገልግሎት ማዕከል ስልክ ቁጥር	የደንበኛ አገልግሎት ማዕከል ፋክስ ቁጥር
የደንበኛ መለያ ቁጥር	ቀን

☐ ለልጅዎ የእንክብካቤ አገልግሎት ይሰጥ የነበረው አገልግሎት ሰጪ ክፍያ ከ _____ ጀምሮ ቀጥሎ ለተጠቀሱት ልጆች አቋርጧል። የልጅ እንክብካቤ አገልግሎት ሰጪው ለአርሊ አቺቨርስ መርሐ ግብር የወጣውን ብቃት የሚያሟላ ስላልሆነ የልጅ እንክብካቤ ክፍያ የሚሆን ድጎማ መቀበል የሚያስችለው ብቃት የለውም። ይህም በትምህርት ቤት የሌሉትን ሕፃናት የሚያካትት ሆኖ እነዚያን ብቃቶች ካላሟላ እዚህ ደብዳቤ ከላይ ከተጠቀሰው ቀን ጀምሮ ክፍያው ያቋርጣል። WAC 170-290-0125

☐ _____ ☐ _____

☐ _____ ☐ _____

☐ _____ ☐ _____

☐ _____ ☐ _____

☐ ለልጅዎ የእንክብካቤ አገልግሎት ይሰጥ የነበረው አገልግሎት ሰጪ ክፍያ በአገልግሎት ሰጪው ብቃት አለሟሟላት ምክንያት ከ _____ ጀምሮ ያቋርጣል። በዚህ ስነ ስርዓት መሰረት፡- WAC 170-290-0125.

☐ ለልጅዎ የእንክብካቤ አገልግሎት ይሰጥ የነበረው አገልግሎት ሰጪ ክፍያ በአገልግሎት ሰጪው ብቃት አለሟሟላት ምክንያት ከ _____ ጀምሮ ያቋርጣል። በዚህ ስነ ስርዓት መሰረት፡- WAC 170-290-0130.

አዲስ የልጅ እንክብካቤ አግልግሎት ሰጪ ከፈለጉ ከልጅ እንክብካቤ ግንዛቤ ማስፈያ ቢሮ ጋር መገናኘት ይችላሉ፡-
http://wa.childcareaware.org/ ወይም ወደ 1-800-446-1114 ይደውሉ።.

እዚህ ደብዳቤ ውስጥ የCCSP ማመልከቻ ክፍል 2ሀ የፍቃድ ሰጪ መረጃ ፎርም አካትተን ልከንልዎታል። ይህንን ፎርም አዲሱ የልጅ እንክብካቤ አግልግሎት ሰጪዎ የሚሞላው ይሆናል።

በተጨማሪም የWCCC ማመልከቻ ክፍል 2ለ የቤተሰብ / ጓደኛ / ጎረቤት መረጃ ሰጪ ፎርም ልከንልዎታል። ይህም እርስዎና አዲሱ ፍቃድ የማያስፈልገው አገልግሎት ሰጪዎ አብራችሁ የምትሞሉት ነው።

- እንክብካቤ የሚሰጠው በቤተሰብ / በጓደኞች / በጎሮቤት አገልግሎት አቅራቢዎች በኩል ከሆነ፣ አገልግሎት አቅራቢው በማመልከቻ ክፍል 2ለ (Application Part 2B) የተጠቀሱትን የብቃት መስፈርቶች ማሟላት እና የሚከተሉትን አብሮ ማስገባት አለበት፣
- እንደ የመንጃ ፈቃድ፣ የስቴት መታወቂያ ወረቀት፣ ፓስፖርት፣ ወይም የወታደር መታወቂያ ወረቀት የመሳሰሉ የአገልግሎት አቅራቢው ፎቶ ያለበት በግልጽ የሚነበብ መታወቂያ ወረቀት ቅጂ፣
- የአገልግሎት አቅራቢው በግልጽ የሚነበብ መታወቂያ ወረቀት ቅጂ፣
- እንደ ግሪን ካርድ፣ የውጭ ሃገር ዜጋ መኖሪያ ፈቃድ (Resident Alien Card)፣ ወይም የሥራ መሥሪያ ፈቃድ ሰነድ (Employment Authorization Document (EAD)) የመሳሰሉ አገልግሎት አቅራቢው በአሜሪካ ውስጥ ለመሥራት ሰለመቻሉ የሚያረጋግጥ ሰነድ፣
- የበስተጀርባ ታሪክ ፈቃድ መስጫ (Background Authorization) ቅጽ፣ DSHS 09-653። ይህን ቅጽ ከእርስዎ የWCCC ፈቃድ ሰጪ ሠራተኛ ሊያገኙት ይችላሉ። **ሁሉም የጎላ መረጃዎች እስኪመረመሩና አገልግሎት ሰጪው አገልግሎቱን እንዲሰጥ ፍቃድ እስኪሰጠው ድረስ ለአገልግሎት ሰጪው ማንኛውንም ዓይነት ክፍያ መፈፀም አይኖርበትም።**

ጥያቄ ካለዎት እባክዎትን ከላይ ወደተጠቀሱት ስልክ ቁጥሮች ይደውሉ።

ይግባኝ የመጠየቅ መብት

በዚህ ውሳኔ የማይስማሙ ከሆነ፣ ይህን ቢሮ በማነጋገር ወይም ወደ Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA

98504-2489 መሰረት ይግባኝ መጠየቅ ይችላሉ። የእርስዎን ይግባኝ በሚከተለው አገባብ መጠየቅ ይኖርብዎታል፥

- ይህ እርምጃ በሚወሰድበት ቀን ወይም ከመወሰዱ በፊት ወይም አሁን ጥቅማጥቅሞችን እያገኙ ያሉ ከሆነ እና ጥቅማጥቅሞቹን ማግኘትዎን መቀጠል የሚፈልጉ ከሆነ የዚህ እርምጃን መወሰድ በተመለከተ ማስታወቂያ በላከንልዎት ከ10 ቀናት ባልበለጠ ጊዜ ውስጥ፣ ወይም
- ይህ ደብዳቤ ከደረስዎት ቀን ጀምሮ በ90 ቀናት ውስጥ።

ይግባኝዎ በሚሰማበት ወቅት፣ እራስዎን ወክለው መቅረብ፣ በጠበቃ ወይም በሌላ በመረጡት ሰው የመወከል መብት አልዎት። የሕግ አገልግሎቶች ቢሮን በማነጋገር ነጻ የሕግ ምክር ወይም የሕግ ጠበቃ እርስዎን ወክሎ እንዲቆም ማስደረግ ይችላሉ።