شماره نمابر مرکز تماس خدمات مشتریان	شماره تلفن مرکز تماس خدمات مشتریان
تاریخ	شماره شناسایی مشتری

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAM (CCSP)

اعلانیه خاتمه پرداخت ارائه‌دهنده CCSP

CCSP Provider Payment Termination Notice

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

☐ پرداخت‌ها به ارائه‌دهنده مراقبت از کودک شما در تاریخ _____ برای کودکان ذیل به پایان خواهد رسید. درصورتیکه الزامات مذکور تا تاریخ خاتمه درج‌شده در بالا برآورده نشوند، ارائه‌دهنده مراقبت از کودک شما الزامات برنامه Early Achievers را برآورده نمی‌نماید و دیگر حائزشرایط دریافت پرداخت‌های یارانه مراقبت از کودک برای کودکانی که در مدرسه نیستند، نمی‌باشد. WAC 170-290-0125

☐ _____ ☐ _____

☐ _____ ☐ _____

☐ _____ ☐ _____

☐ _____ ☐ _____

☐ پرداخت به ارائه‌دهنده مراقبت از کودک شما در تاریخ _____ به پایان می‌رسد زیرا ارائه‌دهنده شما براساس WAC 170-290-0125 فاقد شرایط لازم شناخته شده است.

☐ پرداخت به ارائه‌دهنده مراقبت از کودک شما در تاریخ _____ به پایان می‌رسد زیرا ارائه‌دهنده شما براساس WAC 170-290-0130 فاقد شرایط لازم شناخته شده است.

چنانچه در زمینه پیداکردن یک ارائه‌دهنده مراقبت از کودک جدید، نیاز به کمک دارید، می‌توانید با Child Care Aware از طریق وب‌سایت http://wa.childcareaware.org/ یا از طریق شماره 1-800-446-1114 تماس بگیرید.

فرم اطلاعات ارائه‌دهنده دارای مجوز درخواست CCSP بخش 2A را که باید توسط ارائه‌دهنده دارای مجوز شما پر شود، ضمیمه نموده‌ایم.

همچنین فرم اطلاعات ارائه‌دهنده خانواده/دوست/همسایه درخواست WCCC بخش 2B را که باید توسط شما یا ارائه‌دهنده معاف از مجوز جدید شما پر شود، ضمیمه کرده‌ایم.

- چنانچه مراقبت از سوی یک ارائه‌دهنده خانواده/دوست/همسایه ارائه می‌شود، وی باید دارای شرایط فهرست‌شده در درخواست بخش 2B بوده و شما باید این موارد را ارائه نمایید:
- نسخه خوانای مدارک شناسایی عکس‌دار ارائه‌دهنده مراقبت، مانند گواهینامه رانندگی، کارت شناسایی ایالتی، پاسپورت، یا کارت شناسایی نظامی.
- نسخه خوانای کارت تأمین اجتماعی معتبر ارائه‌دهنده مراقبت.
- مدرکی دال بر اینکه ارائه‌دهنده مراقبت قانوناً قادر به کار در ایالات متحده می‌باشد، مانند کارت سبز، کارت Resident Alien (اقامت اتباع یگانه)، یا مدرک مجوز استخدام (EAD).
- فرم اجازه بررسی سوابق، DSHS 09-653. این فرم را می‌توانید از کارمند تأییدکننده WCCC دریافت کنید. **قبل از تاریخ دریافت کلیه نتایج بررسی سوابق برای کلیه افراد لازم و تا زمانیکه ارائه‌دهنده تأیید نشده است، هیچ پرداختی برای ارائه‌دهنده مراقبت صورت نخواهد گرفت.**

چنانچه پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره‌های فوق با ما تماس بگیرید.

حقوق دادرسی

چنانچه با این رأی مخالفت هستید، می‌توانید با تماس با این اداره یا ارسال نامه به دفتر محاکم اداری Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98504-2489 درخواست دادرسی نمایید. درخواست دادرسی را باید در این تاریخ‌ها ارائه دهید:

- در تاریخ اجرای این اقدام یا کمتر از 10 روز پس از اینکه ما اعلان این اقدام را برای شما ارسال کردیم، چنانچه کمک‌هزینه‌ها را اکنون دریافت می‌کنید یا قصد ادامه آنها را دارید، یا اینکه
- ظرف 90 روز از تاریخ دریافت این نامه.

شما حق دارید در جلسه دادرسی، خود شخصاً دفاع نموده یا وکالت خود را به یک وکیل یا هر شخص دیگری که انتخاب می‌کنید، بسپارید. از طریق تماس با دفتر خدمات حقوقی، می‌توانید درخواست مشاوره رایگان حقوقی نمایید.