



CHILD CARE SUBSIDY PROGRAM (CCSP)  
**Avis de résiliation des paiements  
aux prestataires CCSP**  
**CCSP Provider Payment Termination  
Notice**

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU CENTRE DE SERVICE À LA CLIENTÈLE	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR DU CENTRE DE SERVICE À LA CLIENTÈLE
NUMÉRO D'IDENTIFICATION CLIENT	DATE

Les paiements effectués au prestataire de soins de santé de votre ou de vos enfants prendront fin le \_\_\_\_\_ pour le ou les enfants ci-dessus. Le prestataire de soins de santé de votre ou de vos enfants n'a pas satisfait aux exigences du programme Réussites précoces, et ne sera plus admissible aux paiements de soins pédiatriques subventionnés pour enfants n'allant pas à l'école si ces exigences ne sont pas satisfaites avant la date de résiliation indiquée ci-dessus. WAC 170-290-0125

<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Les paiements effectués au prestataire de soins de santé de votre ou de vos enfants prendront fin le \_\_\_\_\_, votre prestataire étant disqualifié dans le cadre du WAC 170-290-0125.

Les paiements effectués au prestataire de soins de santé de votre ou de vos enfants prendront fin le \_\_\_\_\_, votre prestataire étant disqualifié dans le cadre du WAC 170-290-0130.

**Si vous avez besoin d'aide en vue de trouver un nouveau prestataire de soins pédiatriques, communiquez avec Child Care Aware au <http://wa.childcareaware.org/> ou par téléphone au 1-800-446-1114.**

Nous avons joint le formulaire de demande CCSP, partie 2, renseignements sur le prestataire autorisé, à faire remplir par votre nouveau prestataire autorisé.

Nous avons joint le formulaire de demande WCCCC, partie 2B, renseignements sur le prestataire de la famille/des amis/des voisins, à faire remplir par votre nouveau prestataire exempt d'autorisation.

- Si la garde est assurée par un prestataire de la famille/des amis/des voisins, le prestataire doit satisfaire aux qualifications indiquées à la Partie 2B de la demande. Vous devez également soumettre :
- Une copie lisible de l'identification du prestataire avec sa photo, comme un permis de conduire, une carte d'identité de l'Etat, un passeport ou une identification militaire ;
- Une copie lisible de la carte de sécurité sociale valide du prestataire ;
- Une preuve que le prestataire est légalement apte à travailler aux Etats-Unis, telle qu'une carte verte, une carte de résident étranger, ou une carte de travail (Employment Authorization Document) (EAD) ;
- Un formulaire d'autorisation de vérification des antécédents, DSHS 09-653. Vous pouvez obtenir ce formulaire auprès de l'agent autorisateur WCCC. **Aucun règlement ne sera effectué pour une garde assurée avant la date de réception de tous les résultats de vérification des antécédents des personnes tenues de se soumettre à cette dernière ni avant l'approbation du prestataire.**

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec nous aux numéros indiqués ci-dessus.

## **DROITS D'AUDIENCE**

Si vous contestez cette décision, vous êtes autorisé(e) à solliciter une audience, en contactant notre bureau ou en écrivant à l'Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98504-2489. Vous devez faire une demande d'audience :

- Au plus tard au jour de prise d'effet de l'action en question ou au plus tard 10 jours après que vous avez reçu notification de ladite action, si vous bénéficiez actuellement de prestations et que vous souhaitez les maintenir ou
- Dans un délai de 90 jours suivant la date de réception de cette lettre.

Lors de l'audience, vous avez le droit d'assurer votre propre représentation, de vous faire représenter par un avocat ou par toute autre personne de votre choix. Vous pouvez recevoir gratuitement des conseils juridiques ou avoir accès à une représentation légale en contactant un cabinet juridique.