شماره فکس مرکز تماس خدمات مشتریان	شماره تلیفون مرکز تماس خدمات مشتریان
تاریخ	شماره شناسایی مشتری

CHILD CARE SUBSIDY PROGRAM (CCSP)
اطلاعیه فسخ پرداخت ارائه دهنده خدمات

CCSP
CCSP Provider Payment Termination Notice

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

☐ پرداخت به ارائه دهنده خدمات مراقبت از طفل شما در این تاریخ _____ و برای طفلان که نامشان در ذیل آمده است به پایان خواهد رسید. ارائه دهنده خدمات مراقبت از طفل شما دارای شرایط برنامه ارلی اچیورز (Early Achievers) نیست و دیگر تا زمان که شرایط را قبل از تاریخ فسخ فوق الذکر به دست نیاورد، اجازه دریافت کمک مراقبت از طفل برای طفلان که به مکتب نمیروند را ندارد. WAC 170-090-0125

☐ _____ ☐ _____

☐ _____ ☐ _____

☐ _____ ☐ _____

☐ _____ ☐ _____

☐ پرداخت به ارائه دهنده خدمات مراقبت از طفل شما در این تاریخ پایان خواهد یافت _____ زیرا ارائه دهنده خدمات شما طبق این قانون رد صلاحیت شده است: WAC 170-290-0125.

☐ پرداخت به ارائه دهنده خدمات مراقبت از طفل شما در این تاریخ پایان خواهد یافت _____ زیرا ارائه دهنده خدمات شما طبق این قانون رد صلاحیت شده است: WAC 170-290-0130.

در صورت که برای یافتن اراده دهنده خدمات مراقبت از طفل جدید به کمک نیاز داشتید میتوانید به مرکز آگاهی مراقبت از طفل در این آدرس مراجعه کنید/http://wa.childcareaware.org یا با این شماره تلیفون ها تماس بگیرید **1-800-446-1114**.

ما بخش 2A فورم درخواست CCSP برای معلومات ارائه دهنده دارای جواز را جهت تکمیل توسط ارائه دهنده دارای جواز جدید شما در ضمیمه ارسال کرده ایم.

ما همچنین بخش 2B فورم درخواست WCCC برای معلومات ارائه دهنده خانواده / دوستان / همسایگان را جهت تکمیل توسط شما و ارائه دهنده بدون جواز در ضمیمه ارسال کرده ایم.

- در صورت که مراقبت توسط خانواده / دوستان / همسایگان ارائه میشود، شخص ارائه دهنده باید دارای شرایط مندرج در بخش 2B فورم درخواست باشد، و شما باید مدارک ذیل را ارائه دهید:
- یک کاپی واضح از کارت هویت عکس دار ارائه دهنده، مانند جواز راننده گی، کارت هویت دولتی، پاسپورت، یا کارت هویت نظامی.
- کاپی واضح کارت تامین اجتماعی معتبر ارائه دهنده.
- مدرک مبتنی بر این که ارائه دهنده از لحاظ قانونی کدام مشکل برای کار در ایالات متحده ندارد، مانند گرین کارت، کارت اقامت اتباع خارجی، یا مدرک جواز کار (EAD).
- فورم جواز سوابق، DSHS 09-653. شما میتوانید این فورم را از بخش صدور جواز کار WCCC دریافت کنید. پیش از تایید ارائه دهنده، و رسیدن نتایج کنترول سوابق تمام افراد مورد نظر، هیچ پرداخت برای مراقبت های صورت گرفته انجام نمیشود.

اگر کدام سوال دارید از طریق شماره های بالا با ما تماس بگیرید.

حقوق استماعیه

در صورت که مخالف این حکم هستید، میتوانید با تماس با این دفتر یا درخواست کتبی به Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98504-2489. شما باید درخواست استماعیه خود را:

- در صورتی که اینک مزایا دریافت می کنید و می خواهید این روند ادامه یابد، باید درخواستاستماعیه را قبل از تاریخ موثر اجرای حکم یا در همان تاریخ و یا ظرف 10 روز پس از آن که اطلاعیه اجرای حکم به دستتان رسید، ارائه کنید، یا
- درخواست را ظرف مدت 90 روز از زمان دریافت این نامه تسلیم کنید.

در جلسه استماعیه شما میتوانید خودتان از خود دفاع کنید، وکیل بگیرید یا وکالت خود را به شخص که تمایل دارید بسپارید. با تماس با یک دفتر خدمات حقوقی ممکن است که بتوانید از خدمات مشوره حقوقی یا وکالت رایگان استفاده کنید.