Washington State Department of Social & Health Services

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

**WCCC獎勵/變更信函**

**WCCC AWARD/CHANGE LETTER**

| 地方辦事處 | 電話號碼 |
|---|---|
| 個案編號 | 日期 |

FOLD

您有權享受每月兒童撫養補助，起始日期 _____ 截止日期 _____

**請您閱讀第2頁上的重要資訊。**

您獲准享受兒童撫養補助的原因如下：☐ 就業 ☐ 批准的WorkFirst活動 ☐ 就學

☐ 其他：_____

您享受的每月補助金額為? 15美元，時間從 _____至 _____

您享受的每月補助將 ☐ 為 ☐ 更改為$ _____ 時間從 _____

到 _____

您的補助是撫養兒童所需費用的一部分，必須直接支付給兒童撫養人。補助金額是根據您的家庭成員和每月收入而定的，例如：

1. 家庭人數 _____
2. 毛收入（稅前） $_____
3. 個体經營收入（扣除一定折扣） $_____
4. 非就業收入（SSI、SSA、收到的兒童扶養費、一次性收入） $_____
5. 總收入（以上2-4行合計） $_____
6. 付出的兒童扶養費 $_____
7. 確定可支配收入（第5行減去第6行） $_____
   （可支配收入用於確定能否合法享受補助）
8. 補助計算方法如下：

| **可支配收入** | **每月補助** |
|---|---|
| 處於聯邦窮困線，或在聯邦窮困線的82%以下 | $15 |
| 聯邦窮困線82%-137.5% | $50 |
| 聯邦窮困線137.5%-200% (可支配收入-137.5% FPL)X.44 + $50 | |

更改您享受的補助金額是因（按WAC 388-290-0085）；

☐ 您的授權日期已經到期。 ☐ 您的家庭人數有變動。

☐ 您的收入下降。 ☐ 其他（請解釋）_____

_____ 工作人員姓名

_____ 工作人員電話/傳真號碼

# WCCC權利和職責

**您應負責：**

- 向我們提供資訊，便於我們確定您能否享受兒童撫養補助，正確計算補助金額。
- 選擇符合WAC 388-290-0125規定的兒童撫養人，并做出自己的兒童撫養安排；
- 支付或安排人員直接將您享受的兒童撫養補助支付給您的兒童撫養人。否則，您享受的兒童撫養補助可能被終止；
- 當您參加批准的活動時，將兒童託付給儿童撫養人，或在您參加非批准的活動時，按撫養人的要求，向其支付費用。
- 當您選擇家人/親屬撫養兒童時，應保留記錄。記錄必須：
  - 按要求提供，並且
  - 保留至提供撫養服務後一年。
- 按我們向您提供的匯款通知上的金額，向您的家人/親屬足額支付撫養兒童的費用。
- 您向撫養兒童人員支付任何費用時，請索要收據。收據必須至少保留一年時間，以備DSHS要求時查看。
- 請您配合質保評估程式，以保留您享受WCCC補助的權利。如果質保部門認定您不合作，或在您滿足質保部門的要求之前，或自您被認定不合作起的30 天內，您將無權享受補助。
- 請與防範欺騙調查人員合作，如果您拒絕與調查人員合作（提供要求的資訊），會影響您享受福利。
- 如果撫養人員有變動，應在5天內通知WCCC的授權工作人員。
- 如果我們變更了您的兒童撫養授權，應在10天內通知撫養人。
- **如果知悉您的家人/親屬撫養人即將受到犯罪指控的資訊，應在24小時內通知您的兒童撫養授權人。**
- **如果撫養人不在您家撫養兒童，您又知悉與撫養人共同居住的16歲以上的人員即將受到犯罪指控的資訊，應在24小時內通知您的兒童撫養授權人。**
- 應在10天內向WCCC授權工作人員報告以下變動情況：
  - 需要撫養兒童的小時數（增加或減少）；
  - 家庭收入（包括任何TANF贈予或兒童扶養費）增加或減少
  - 家庭人數變動，如父母或配偶搬進或搬出您家；
  - 就業、上學或批准的TANF 活動（開始、結束或修改）；
  - 家人/親屬撫養人員地址和電話號碼；
  - 您的家庭地址或電話號碼；或
  - 您有支付兒童扶養費的法定義務。
- **如果您未能及時報告，可能需要您增加支付金額，或增加兒童扶養費的支付份額。**
- 立即提供要求的撫養人員的所有資訊。如果是家人/親屬撫養兒童，在收到所有背景調查結果日之前，不支付撫養費用。
- 非因本表以上所列原因，勿將兒童托給撫養人，除非您已經與撫養人協商好，並自行支付撫養費用。如果您要參加非本表所授權的活動，且希望DSHS能支付兒童撫養費用，請首先與兒童撫養授權工作人員聯繫。

## WCCC權利和職責

**請理解：**

- 無論您的種族、膚色、政治信仰、國籍、宗教信仰、年齡、性別、身體狀況或出生地如何，您都會受到公平禮貌地對待；
- 您是否能夠享受WCCC補助，將在您申請之日後的30天內確定。
- 您將會收到關於WCCC福利的法律權利和義務的書面通知；
- 如果聯邦或州規定要求，您的資訊將被其他機構共用；
- 如果DSHS修改或降低或終止您的福利待遇，您將會至少提前10天收到書面通知，但WAC 388-290-0120規定的除外；
- 如果您不同意DSHS的某項決定，可以要求召開聽證會。
- 您可以要求主管或監管復核影響您的福利的決定或行動，但不影響您的聽證權。
- 您可以獲得合理時間之內的免費口譯和翻譯服務；
- 您可以選擇我們提供的撫養人，只要撫養人符合WAC 388-290-0125的要求。
- 您可以要求欺騙調查部的防範欺騙調查員調換時間。您不一定要讓調查員進入您家。該請求不會影響您享受福利的權利。如果您拒絕與調查員合作（提供要求的資訊），您的福利可能受到影響。

**聽證權：**您有權參加聽證會。申請聽證時，請與本辦事處或管理聽證處聯繫，地址Olympia WA 98504-2465，郵箱42489。您必須在收到決定之日起的90 天內申請聽證。在聽證會上，您有權自己代表自己，也可以請律師或您選擇的其他人代理。您可以聯繫律師事務所獲得免費法律諮詢。如果您在行動生效日或生效日之前，或在有關部門向您發出行動通知後的10內申請聽證，在聽證會的結果未決之前，您可以繼續享受福利。

### 您子女的醫療保障

您知道嗎，您可以獲得對您子女的醫療和牙醫保障？不用等待，而且就象數**1 - 2 - 3**一樣容易！

1. 您是否正在接受州裡的任何其他類型的幫助，諸如食品券或現金協助？
   - **是：**打電話給負責您個案的財務工作人員，並申請給您子女的醫療保障。
   - **否：**撥打兒童醫療幫助的免費電話，號碼為1-800-204-6429 。
2. 向工作人員提供其所需的資訊，以便其能告知您是否符合條件。他們可能已經有了這些資訊，或能通過電話獲得。
3. 接受郵件中的醫療卡。

**別再等了 - 給您子女的醫療保障就象打一個電話一樣唾手可得！**