شماره تلفن	اداره محلی
تاریخ	شماره پرونده

Washington State
Department of Social
& Health Services

آگهی عدم پذیرش/قطع مراقبت از کودک
WORKING CONNECTIONS

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE
DENILA/TERMINATION NOTICE

از این تاریخ به بعد، وجوه پرداختی اداره خدمات اجتماعی و بهداشتی/درمانی (DSHS) به تأمین کننده مراقبت از کودک شما برای هرگونه مراقبت از کودک تأمین شده قطع میشود. لطفاً با تأمین کننده خود در مورد وجوه پرداختی بعدی مراقبت از کودک گفتگو کنید.

A. ☐ شما در _____ برای کمک در مراقبت از کودک بر طبق برنامه WCCC درخواست کردید. بخاطر یکی از دلایل زیر، ما قادر به کمک به شما نیستیم. (بر طبق WAC 388-290)

- ☐ شما درخواست خود را برای کمک در مراقبت از کودک پس گرفتید.
- ☐ بر طبق WAC 388-290-0015، شما فرزند واجد شرایطی ندارید.
- ☐ فعالیتهای شما مستلزمات WAC 388-290-0040 ، 0045 و یا 0050 را برآورده نمی کند.
- ☐ شما از نظر مالی برای سوبسیدهای مراقبت از کودک واجد شرایط هستید، ولی بر طبق WAC 388-290-0130، تأمین کننده شما فاقد صلاحیت است. اگر تا تاریخ _____ اطلاعاتی در مورد تأمین کننده جدید تأمین نکنید، ما تشخیص میدهیم که درخواستتان را برای مراقبت از کودک پس گرفته اید.
- ☐ بر طبق WAC 388-290-0010، برای واجد شرایط بودن در برنامه، در آمد شما بالای حداکثر مجاز حد فقر فدرال(FPL) است.
- ☐ برای تعیین واجد شرایط بودنتان، اطلاعات لازم را تأمین نکردید.
- ☐ دیگر: _____

B. ☐ واجد شرایط بودن شما برای مراقبت از کودک Working Connections (WCCC) از _____خاتمه خواهد. وجوه پرداختی برای سوبسید مراقبت از کودک از این تاریخ متوقف میشود.

- ☐ شما درخواست خود را برای کمک در مراقبت از کودک پس گرفتید.
- ☐ بر طبق WAC 388-290-0015، شما فرزند واجد شرایطی ندارید.
- ☐ فعالیتهای شما مستلزمات WAC 388-290-0040 ، 0045 و یا 0050 را برآورده نمی کند.
- ☐ شما در پرداخت هم پردازه لازم خود، یا در ترتیب دادن برای پرداخت آن قصور کرده اید.
- ☐ شما از نظر مالی برای سوبسیدهای مراقبت از کودک واجد شرایط هستید، ولی بر طبق WAC 388-290-0130، تأمین کننده شما فاقد صلاحیت است. اگر تا تاریخ _____ اطلاعاتی در مورد تأمین کننده جدید تأمین نکنید، ما تشخیص میدهیم که درخواستتان را برای مراقبت از کودک پس گرفته اید.
- ☐ بر طبق WAC 388-290-0010، برای واجد شرایط بودن در برنامه، در آمد شما بالای حداکثر مجاز حد فقر فدرال(FPL) است.
- ☐ دیگر: _____

اگر با این تصمیم موافق نیستید، می توانید با تماس گرفتن با این اداره و یا مکاتبه با Office of Administrative Hearings, P O Box 42489 Olympia, WA 98507-2465، برای یک جلسه رسیدگی عادلانه درخواست کنید. در جلسه رسیدگی، حق دارید که از خود دفاع کنید، و یا از طرف یک وکیل یا هر شخص دیگری که انتخاب میکنید نمایندگی داشته باشید. با تماس گرفتن با یک اداره خدمات قضایی، ممکن است که بتوانید مشورت قضایی رایگان یا نمایندگی کسب کنید. بسته به نتیجه جلسه رسیدگی عادلانه، ممکن است برای مزایای تمدیدی واجد شرایط باشید.

اگر سئوالی دارید، به این شماره با اینجانب تماس بگیرید _____.

_____ _____

اسم مأمور تصویب کننده — شماره تلفن/فکس مأمور تصویب کننده

پوشش پزشکی برای فرزندان شما

آیا میدانید که میتوانید برای فرزندانتان پوشش پزشکی و دندانپزشکی دریافت کنید؟ لیست انتظار وجود نداشته و براحتی 1 - 2 - 3 میباشد!

1. آیا هیچگونه کمکی از طرف ایالت دریافت میکنید، مانند کوپن غذا و یا کمک مالی؟
   - **بلی:** با مأمور مالی که مسئول پرونده شماست تماس گرفته و برای پوشش پزشکی برای فرزندانتان درخواست کنید.
   - **نه:** برای کمک پزشکی کودکان، با شماره تلفن رایگان 1-800-204-6429 تماس بگیرید.
2. اطلاعاتی را که مأمور برای تشخیص واجد شرایط بودن شما لازم دارد در اختیار وی بگذارید. آنها این اطلاعات را ممکن است از قبل داشته بتوانند از طریق تلفن دریافت کنند.
3. کارت پزشکی را از طریق پست دریافت کنید.

صبر کردن جایز نیست – پوشش پزشکی برای فرزندانتان به فاصله یک زنگ زدن است!