STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY PETE WILSON, *Governor*

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, California 95814

April 14, 1997

Reason for This Transmittal	
[X]	State Law Change
[ ]	Federal Law or Regulation Change
[ ]	Court Order
[ ]	Clarification Requested by One or More Counties
[ ]	Initiated by CDSS

ALL-COUNTY LETTER NO. 97-22

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS
ALL COUNTY TCC COORDINATORS

SUBJECT: REVISED FORMS, NOTICES OF ACTION AND FAMILY FEE SCHEDULE FOR USE IN THE TRANSITIONAL CHILD CARE PROGRAM

REFERENCE: MANUAL OF POLICY AND PROCEDURES SECTIONS 47-100 THROUGH 47-190

This notice transmits revised regulations, forms, Notices of Action (NOAs) and the Family Fee Schedule for the Transitional Child Care (TCC) program. These revisions are a result of passage of Senate Bill 1780 which extended the eligibility period for TCC from 12 to 24 months for families who are discontinued from AFDC as a result of increased hours of or earnings from employment.

Enclosure I includes a summary of the TCC forms revisions and copies of the revised forms. Counties may choose to use these forms or their own established procedures for obtaining the necessary information. However, if counties use their own forms or procedures, they are required to modify them to include the major elements and the certifications of the enclosed forms. In addition, counties must secure approval from CDSS prior to using county-developed forms. Enclosure II includes a summary of the TCC NOA revisions and copies of the revised NOAs and instructions. Specific instructions for the usage and completion of the NOAs are also enclosed.

Reproducible copies of the English versions of these forms and NOAs, as well as Spanish translations of them, are enclosed. However, counties may obtain camera-ready copies, if needed, by telephoning or writing:

CDSS Forms Management Unit
744 P Street, MS 7-182
Sacramento, CA 95814
(916) 657-1907/ATSS 437-1907

Counties can obtain camera-ready copies of the standard Asian language (Cambodian, Chinese, Lao and Vietnamese) translations of these forms and NOAs, as they become available, by telephoning or writing:

CDSS Language Services Bureau
744 P Street, MS 9-024
Sacramento, CA 95814
(916) 654-1282/ATSS 464-1282

Enclosure III includes the revised TCC Family Fee Schedule and instructions for its use. The fee schedule, which has been removed from the regulations handbook, has been revised in order for it to conform with the most current California Department of Education fee schedule upon which it is based. Counties are instructed to use this revised schedule effective immediately to determine the amount of the fee which should be assessed to families in the TCC program. Enclosure IV includes the revised program regulations.

If you have any questions on this, please contact Brad Elftmann of the Child Care Unit at (916) 654-1414.

Bruce Wagstaff

BRUCE WAGSTAFF
Deputy Director
Welfare Programs Division

Enclosures

ENCLOSURE 1

SUMMARY OF TCC FORMS REVISIONS

FORM NUMBER	FORM DESCRIPTION	REVISION DATE	REASON(S) FOR REVISION
TCC 1	Application for TCC Benefits (Long Form)	4/97	Remove/Change references to 12-month eligibility period; Add information about At Risk Child Care Program
TCC 1A	Application for TCC Benefits (Short Form)	1/97	Remove/Change references to 12-month eligibility period; Add information about At Risk Child Care Program
TCC 11	TCC Stuffer	1/97	Remove/Change references to 12-month eligibility period
TCC 12	TCC ICT Reminder	7/93	No Revision Necessary
TCC 13	TCC Information Sheet/Qs & As about TCC	1/97	Remove/Change references to 12-month eligibility period
TCC 30	TCC Payment Worksheet	12/96	Reformat and add space to collect additional data; clarify instructions
TCC 30A	Family Fee Computation Worksheet	11/90	No Revision Necessary
TCC 43	Request for TCC Payment	1/97	Add questions on work hours, hours of care provided
TCC 83	TCC Repayment Agreement	7/90	No Revision Necessary (Minor typographical error corrected; revision date did not change)
TCC 85	TCC Status Report	1/97	Remove reference to 12-month eligibility period; minor changes to language

APPLICATION FOR TRANSITIONAL CHILD CARE (TCC) BENEFITS – COVERSHEET

WHAT IS TCC?

- TCC may help you pay most of your child care costs after you go off Aid to Families with Dependent Children (AFDC).
- You may get TCC for up to 24 months in a row beginning with the first month you become ineligible for AFDC.
- You may get TCC for up to 12 months, if you received AFDC for three out of the last six months before you were ineligible for AFDC; and, AFDC stopped due to marriage or getting back together with your husband or wife and 1) one parent is no longer absent; or 2) you now have more earnings or property, or both.
- You may get TCC for up to 24 months, if you received AFDC for three out of the last six months before you were ineligible for AFDC; and, AFDC stopped due to more earnings or hours of work.
- You must pay part of your child care costs which is called the Family Fee. It is based on the gross earnings of the TCC family members and the number of members in the family.
- IMPORTANT: The TCC family must pay for the Family Fee and any child care costs above the TCC limit. The TCC limit is based on the age of the child, the type of care, and whether care is provided full-time or part-time.
- You must work and pay child care costs for a child under the age of 13 years, for a disabled child or child under court supervision who needs care.
- You can get TCC for a child in your home who gets Supplemental Security Income (SSI) or Foster Care.
- Your Family Fee will be refigured once after you get 6 months of TCC, unless you ask your worker to figure it again at another time.
- TCC cannot be paid if the provider is under 18 years old or is the parent, legal guardian, conservator or a member of the TCC family.

YOUR RIGHTS:

- To ask for TCC verbally; but a written request must be completed before payment can be made.
- To be told about your Rights and Responsibilities.
- To apply for TCC any month during your eligibility period which begins after you become ineligible for AFDC. You may apply by mail, but the County may ask you to come in.
- To be told in writing when your application is approved or denied or your benefits change or stop.
- To choose the child care provider that is best for you and your child(ren). Child care providers must be at least 18 years of age and licensed with the State of California unless they are exempt. Exempt means non-licensed care of your children by a friend, neighbor or relative in your home or their home. The friend or neighbor may only care for your children and theirs without a license. Exempt care is also before and after-school programs operated by public and private schools. License exempt providers must apply for Trustline.
- To have your Family Fee refigured if your situation changes. Ask your TCC worker.

YOUR RIGHTS (CONTINUED)

- To have your TCC benefit transferred to another California county if you move and are still eligible. You must tell your worker that you have moved.
- To ask for a state hearing if you disagree with any action taken by the county. If you ask for a hearing within 10 calendar days of your Notice of Action or within 10 calendar days after the TCC payment was made, TCC benefits shall be paid pending the hearing up to the date of settlement, but no longer than the remaining TCC eligibility period.
- To be served without regard to race, color, national origin, religion, political affiliation, marital status, sex, disability or age. You may file a complaint if you feel you have been discriminated against.

YOUR RESPONSIBILITIES

You Must:

- Pay your Family Fee to your child care provider every month.
- Pay your child care provider for the care reported on your Request for TCC Payment.
- Choose a clean, healthy and safe environment for your child care.
- Give us a completed Request for TCC Payment every month you want a payment.
- Give us your last completed Request for TCC Payment by the last day of the month following the month your TCC stops.
- Give us a completed TCC Status Report when needed.
- Give us the facts that we need and show proof of them as needed.
- Tell us when there is a change in your child care provider or hours of employment and when you are getting other help paying your child care costs.
- If your child care provider is license exempt, you must assist him/her in applying for Trustline registration unless (s)he is an aunt, uncle or grandparent of a child(ren) in his/her care or a school or recreational facility
- Pay back any TCC paid to you in error even if the payment was made directly to the child care provider.

TCC MAY STOP IF:

- You don't cooperate with the District Attorney to help get child support.
- You stop your job without a good reason.
- You don't pay your Family Fee to your child care provider.
- You no longer have an eligible child in the home.

PENALTY WARNING

- Failure to report facts or giving wrong or incomplete facts for TCC can result in legal prosecution with penalties of a fine, imprisonment or both.

You may be able to get help to pay for your child care if you work and:

– You do not get AFDC, and
– You have low income, and
– You need child care to keep working, and
– You have used all your TCC benefits

Call your Alternative Payment Provider or 1-800-998-9114 for more information about the At Risk Child Care Program.

APPLICATION FOR TRANSITIONAL CHILD CARE (TCC) BENEFITS

INSTRUCTIONS: ***If you want TCC, read the coversheet to this application before you fill out the questions below. Please use ink. Attach another sheet of paper if you need more space. You will need to show proof of earnings and hours worked.***

Return the completed form to the County Welfare Department (CWD). The CWD will tell you whether you can get TCC and what your family fee will be.

If you need help or have questions, ask the TCC Worker.

COUNTY USE ONLY

DATE RECEIVED:
WRITTEN REQUEST:
VERBAL REQUEST:
Case Number
AFDC Disc. Code:
Approved ☐ Denied ☐
Start Date:
End Date:
Reason for Denial:
TCC Worker:
Supervisor:

APPLICANT'S NAME (FIRST, MIDDLE, LAST) | BIRTHDATE | SOCIAL SECURITY NUMBER — —

HOME ADDRESS | NUMBER | STREET | CITY | STATE | ZIP CODE

BIRTHPLACE (CITY/STATE) | RELATIONSHIP TO CHILD(REN)

CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS

☐ U.S. Citizen ☐ Lawful Permanent Resident ☐ Refugee ☐ Other (Specify)

☐ AFDC Received 3 out of last 6 months

☐ Former GAIN OJT Participant

1. Did you or your family receive aid anywhere within the last 6 months? ☐ YES ☐ NO
If "YES", specify under what name, where, when and type(s) of aid you got.

2. List the children who are living with you, that you pay child care for and list their child care provider(s).
(Include children who receive Foster Care or SSI benefits.)

A. CHILD'S NAME | BIRTH DATE | SOCIAL SECURITY NUMBER — —

BIRTHPLACE (CITY/STATE) | RELATIONSHIP TO APPLICANT

CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS

☐ U.S. Citizen ☐ Lawful Permanent Resident ☐ Refugee ☐ Other (Specify)

Is this child disabled or under court supervision? ☐ YES ☐ NO
If "YES", explain and attach proof:

PROVIDER'S NAME | PROVIDER'S ADDRESS | NUMBER | STREET

PROVIDER'S PHONE ( ) | CITY | STATE | ZIP CODE

TYPE OF PROVIDER

☐ LICENSED FAMILY DAY CARE ☐ EXEMPT – IN CHILD'S HOME ☐ EXEMPT – CENTER OPERATED BY SCHOOL EMPLOYEES
☐ LICENSED DAY CARE CENTER ☐ EXEMPT – OUTSIDE CHILD'S HOME

HOURS OF CARE

☐ MORE THAN 147 HOURS PER MONTH (Full-time) ☐ 147 HOURS OR LESS PER MONTH (Part-time)

WHAT AMOUNT DO YOU PAY THIS PROVIDER FOR CHILD CARE AND HOW?
$_____ per ☐ hour ☐ day ☐ week ☐ month

DO YOU HAVE TO PAY THIS AMOUNT IN ADVANCE?
☐ YES (If "YES", attach proof) ☐ NO

☐ Child Under Age 13
☐ Foster Child
☐ SSI
☐ Was in AFDC/AU
☐ Over 13
☐ Disabled
☐ Court Supervision
☐ Trustline registration required

B. CHILD'S NAME | BIRTH DATE | SOCIAL SECURITY NUMBER — —

BIRTHPLACE (CITY/STATE) | RELATIONSHIP TO APPLICANT

CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS

☐ U.S. Citizen ☐ Lawful Permanent Resident ☐ Refugee ☐ Other (Specify)

Is this child disabled or under court supervision? ☐ YES ☐ NO
If "YES", explain and attach proof:

PROVIDER'S NAME | PROVIDER'S ADDRESS | NUMBER | STREET

PROVIDER'S PHONE ( ) | CITY | STATE | ZIP CODE

TYPE OF PROVIDER

☐ LICENSED FAMILY DAY CARE ☐ EXEMPT – IN CHILD'S HOME ☐ EXEMPT – CENTER OPERATED BY SCHOOL EMPLOYEES
☐ LICENSED DAY CARE CENTER ☐ EXEMPT – OUTSIDE CHILD'S HOME

HOURS OF CARE

☐ MORE THAN 147 HOURS PER MONTH (Full-time) ☐ 147 HOURS OR LESS PER MONTH (Part-time)

WHAT AMOUNT DO YOU PAY THIS PROVIDER FOR CHILD CARE AND HOW?
$_____ per ☐ hour ☐ day ☐ week ☐ month

DO YOU HAVE TO PAY THIS AMOUNT IN ADVANCE?
☐ YES (If "YES", attach proof) ☐ NO

☐ Child Under Age 13
☐ Foster Child
☐ SSI
☐ Was in AFDC/AU
☐ Over 13
☐ Disabled
☐ Court Supervision
☐ Trustline registration required

3. List all other persons living in your home (include other children not listed above, parents, stepparents, grandparents, etc.)

NAME (FIRST, MIDDLE, LAST) | BIRTHDATE | SOCIAL SECURITY NUMBER — —

BIRTHPLACE (CITY/STATE) | RELATIONSHIP TO CHILD(REN)

CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS
☐ U.S. Citizen ☐ Lawful Permanent Resident ☐ Refugee ☐ Other (Specify)

MARITAL STATUS (✓)
☐ Married ☐ Never Married ☐ Separated
☐ Divorced ☐ Common Law ☐ Widowed

NAME (FIRST, MIDDLE, LAST) | BIRTHDATE | SOCIAL SECURITY NUMBER — —

BIRTHPLACE (CITY/STATE) | RELATIONSHIP TO CHILD(REN)

CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS
☐ U.S. Citizen ☐ Lawful Permanent Resident ☐ Refugee ☐ Other (Specify)

MARITAL STATUS (✓)
☐ Married ☐ Never Married ☐ Separated
☐ Divorced ☐ Common Law ☐ Widowed

NAME (FIRST, MIDDLE, LAST) | BIRTHDATE | SOCIAL SECURITY NUMBER — —

BIRTHPLACE (CITY/STATE) | RELATIONSHIP TO CHILD(REN)

CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS
☐ U.S. Citizen ☐ Lawful Permanent Resident ☐ Refugee ☐ Other (Specify)

MARITAL STATUS (✓)
☐ Married ☐ Never Married ☐ Separated
☐ Divorced ☐ Common Law ☐ Widowed

4. Did anyone move into or out of your home since AFDC benefits stopped? ☐ YES ☐ NO
(Include newborns or anyone who died.)

NAME: | RELATIONSHIP TO YOU | WHAT HAPPENED | DATE

5. Complete the information below for anyone who works or expects to work.
- Include all earnings and tips. Attach paystubs or other proof of earnings.
- If self-employed, list business expenses on a separate sheet of paper and attach proof.

NAME | EMPLOYER'S NAME

DATE(S) JOB STARTED OR STOPPED | EMPLOYER'S ADDRESS NUMBER STREET

WORK SCHEDULE | CITY STATE ZIP CODE

DAYS WORKED PER MONTH | HOURS WORKED PER MONTH

HOW OFTER ARE YOU PAID? ☐ WEEKLY, ☐ BI-WEEKLY, ☐ MONTHLY | AMOUNT BEFORE DEDUCTIONS $ | TIPS OR COMMISSIONS? ☐ YES $ _____ AMOUNT ☐ NO

NAME | EMPLOYER'S NAME

DATE(S) JOB STARTED OR STOPPED | EMPLOYER'S ADDRESS NUMBER STREET

WORK SCHEDULE | CITY STATE ZIP CODE

DAYS WORKED PER MONTH | HOURS WORKED PER MONTH

HOW OFTER ARE YOU PAID? ☐ WEEKLY, ☐ BI-WEEKLY, ☐ MONTHLY | AMOUNT BEFORE DEDUCTIONS $ | TIPS OR COMMISSIONS? ☐ YES $ _____ AMOUNT ☐ NO

COUNTY USE ONLY

☐ Was in AFDC/AU

☐ Was in AFDC/AU

☐ Was in AFDC/AU

Total number of TCC family members:

☐ Income Verified
Total Gross Earned Income: $
Average Monthly Income: $

CERTIFICATION

- I understand that the statements I have made on this form are subject to investigation and verification.
- I understand that TCC must be needed to permit a member of the AFDC family to accept or retain employment and that there must not be an adult in the TCC family available to care for the child(ren).
- I understand that I must tell my TCC worker within 10 days of any change in my income or family.
- I understand that I must repay any TCC benefits I am not entitled to get, even when the benefits are paid directly to the provider.
- I have read (or it was read to me) and received a copy of the TCC Coversheet and I understand my Rights and Responsibilities.
- I understand that failing to report facts or giving wrong or incomplete facts for TCC can result in legal prosecution with penalties of a fine, imprisonment or both.
- I understand that if I choose a license exempt child care provider he/she must apply for Trustline registration unless he/she is an aunt, uncle, grandparent, school or recreation department.

I declare under penalty of perjury under the laws of the United States of America and the State of California that the information contained on this application is true and correct.

SIGNATURE OF APPLICANT | DATE SIGNED | PHONE NUMBER WHERE YOU MAY BE REACHED IN CASE YOUR WORKER NEEDS TO CONTACT YOU

SIGNATURE OF WITNESS TO MARK, INTERPRETER, OR OTHER PERSON | DATE SIGNED

APPLICATION FOR TRANSITIONAL CHILD CARE (TCC) BENEFITS – COVERSHEET

WHAT IS TCC?

- TCC may help you pay most of your child care costs after you go off Aid to Families with Dependent Children (AFDC).
- You may get TCC for up to 24 months in a row beginning with the first month you become ineligible for AFDC.
- You may get TCC for up to 12 months, if you received AFDC for three out of the last six months before you were ineligible for AFDC; and, AFDC stopped due to marriage or getting back together with your husband or wife and 1) one parent is no longer absent; or 2) you now have more earnings or property, or both.
- You may get TCC for up to 24 months, if you received AFDC for three out of the last six months before you were ineligible for AFDC; and, AFDC stopped due to more earnings or hours of work.
- You must pay part of your child care costs which is called the Family Fee. It is based on the gross earnings of the TCC family members and the number of members in the family.
- IMPORTANT: The TCC family must pay for the Family Fee and any child care costs above the TCC limit. The TCC limit is based on the age of the child, the type of care, and whether care is provided full-time or part-time.
- You must work and pay child care costs for a child under the age of 13 years, for a disabled child or child under court supervision who needs care.
- You can get TCC for child in your home who gets Supplemental Security Income (SSI) or Foster care.
- Your Family Fee will be refigured once after you get 6 months of TCC, unless you ask your worker to figure it again at another time.
- TCC cannot be paid when the provider is under 18 years old or is the parent, legal guardian, conservator or a member of the TCC family.

YOUR RIGHTS:

- To ask for TCC verbally; but a written request must be completed before payment can be made.
- To be told about your Rights and Responsibilities.
- To apply for TCC any month during your eligibility period which begins after you become ineligible for AFDC. You may apply by mail, but the County may ask you to come in.
- To be told in writing when your application is approved or denied or your benefits change or stop.
- To choose the child care provider that is best for you and your child(ren). Child care providers must be at least 18 years of age and licensed with the State of California unless they are exempt. Exempt means non-licensed care of your children by a friend, neighbor or relative in your home or their home. The friend or neighbor may only care for your children and theirs without a license. Exempt care is also before and after-school programs operated by public and private schools. License exempt providers must apply for Trustline.
- To have your Family Fee refigured if your situation changes. Ask your TCC worker.

YOUR RIGHTS

- To have your TCC benefit transferred to another California county if you move and are still eligible. You must tell your worker that you have moved.
- To ask for a state hearing if you disagree with any action taken by the county. If you ask for a hearing within 10 calendar days of your Notice of Action or within 10 calendar days after the TCC payment was made, TCC benefits shall be paid pending the hearing up to the date of settlement, but no longer than the remaining TCC eligibility period.
- To be served without regard to race, color, national origin, religion, political affiliation, marital status, sex, disability or age. You may file a complaint if you feel you have been discriminated against.

YOUR RESPONSIBILITIES

You Must:

- Pay your Family Fee to your child care provider every month.
- Pay your child care provider for the care reported on your Request for TCC Payment.
- Choose a clean, healthy and safe environment for your child care.
- Give us a completed Request for TCC Payment every month you want a payment.
- Give us your last completed Request for TCC Payment by the last day of the month following the month your TCC stops.
- Give us a completed TCC Status Report when needed.
- Give us the facts that we need and show proof of them as needed.
- Tell us when there is a change in your child care provider or hours of employment and when you are getting other help paying your child care costs.
- If your child care provider is license exempt, you must assist him/her in applying for Trustline registration unless (s)he is an aunt, uncle or grandparent of a child(ren) in his/her care or is a school or recreational facility.
- Pay back any TCC paid to you in error even if the payment was made directly to the child care provider.

TCC MAY STOP IF:

- You don't cooperate with the District Attorney to help get child support.
- You stop your job without a good reason.
- You don't pay your Family Fee to your child care provider.
- You no longer have an eligible child in the home.

PENALTY WARNING

- Failure to report facts or giving wrong or incomplete facts for TCC can result in legal prosecution with penalties of a fine, imprisonment or both.

You may be able to help to pay for your child care if you work and:

- You do not get AFDC, and
- You have low income, and
- You need child care to keep working, and
- You have used all your TCC benefits.

Call your Alternative Payment Provider or 1-800-998-9114 for more information about the At Risk Child Care Program.

STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

APPLICATION FOR TRANSITIONAL CHILD CARE (TCC) BENEFITS

INSTRUCTIONS: *If you want TCC, read the coversheet to this application before you fill out the questions below. Please use ink. Attach another sheet of paper if you need more space. You will need to show proof of any earnings, and hours worked.*

Return the completed form to the County Welfare Department (CWD). The CWD will tell you whether you can get TCC and what your Family Fee will be.

If you need help or have questions, ask the TCC worker.

COUNTY USE ONLY

Date Received:

Written Request:

Verbal Request:

APPLICANT'S NAME (FIRST, MIDDLE, LAST) | BIRTHDATE | SOCIAL SECURITY NUMBER — —

CASE NAME:

HOME ADDRESS | NUMBER | STREET | CITY | STATE | ZIP CODE

CASE NUMBER:

HOME PHONE ( )

WORK PHONE ( )

1. List the children who are living with you, that you pay child care for, and list their child care provider.

☐ AFDC received 3 out of last 6 months. Former GAIN OJT Participant

A. CHILD'S NAME

PROVIDER'S NAME | PROVIDER'S ADDRESS | NUMBER | STREET

PROVIDER'S PHONE ( ) | CITY | STATE | ZIP CODE

TYPE OF PROVIDER
☐ LICENSED FAMILY DAY CARE ☐ EXEMPT – IN CHILD'S HOME ☐ EXEMPT – CENTER OPERATED BY SCHOOL EMPLOYEES
☐ LICENSED DAY CARE CENTER ☐ EXEMPT – OUTSIDE CHILD'S HOME

HOURS OF CARE
☐ MORE THAN 147 HOURS PER MONTH (FULL TIME) ☐ 147 HOURS OR LESS PER MONTH (PART TIME)

WHAT AMOUNT DO YOU PAY THIS PROVIDER FOR CHILD CARE AND HOW?
$_____ per ☐ hour ☐ day ☐ week ☐ month

DO YOU HAVE TO PAY THIS AMOUNT IN ADVANCE?
☐ YES (If "YES", attach proof) ☐ NO

A.
☐ Child Under Age 13 ☐ Over Age 13
☐ Foster Child ☐ Disabled
☐ SSI ☐ Court Supervision
☐ Was In AFDC AU
☐ Trustline Registration Required

B. CHILD'S NAME

PROVIDER'S NAME | PROVIDER'S ADDRESS | NUMBER | STREET

PROVIDER'S PHONE ( ) | CITY | STATE | ZIP CODE

TYPE OF PROVIDER
☐ LICENSED FAMILY DAY CARE ☐ EXEMPT – IN CHILD'S HOME ☐ EXEMPT – CENTER OPERATED BY SCHOOL EMPLOYEES
☐ LICENSED DAY CARE CENTER ☐ EXEMPT – OUTSIDE CHILD'S HOME

HOURS OF CARE
☐ MORE THAN 147 HOURS PER MONTH (FULL TIME) ☐ 147 HOURS OR LESS PER MONTH (PART TIME)

WHAT AMOUNT DO YOU PAY THIS PROVIDER FOR CHILD CARE AND HOW?
$_____ per ☐ hour ☐ day ☐ week ☐ month

DO YOU HAVE TO PAY THIS AMOUNT IN ADVANCE?
☐ YES (If "YES", attach proof) ☐ NO

B.
☐ Child Under Age 13 ☐ Over Age 13
☐ Foster Child ☐ Disabled
☐ SSI ☐ Court Supervision
☐ Was In AFDC AU
☐ Trustline Registration Required

C. CHILD'S NAME

PROVIDER'S NAME | PROVIDER'S ADDRESS | NUMBER | STREET

PROVIDER'S PHONE ( ) | CITY | STATE | ZIP CODE

TYPE OF PROVIDER
☐ LICENSED FAMILY DAY CARE ☐ EXEMPT – IN CHILD'S HOME ☐ EXEMPT – CENTER OPERATED BY SCHOOL EMPLOYEES
☐ LICENSED DAY CARE CENTER ☐ EXEMPT – OUTSIDE CHILD'S HOME

HOURS OF CARE
☐ MORE THAN 147 HOURS PER MONTH (FULL TIME) ☐ 147 HOURS OR LESS PER MONTH (PART TIME)

WHAT AMOUNT DO YOU PAY THIS PROVIDER FOR CHILD CARE AND HOW?
$_____ per ☐ hour ☐ day ☐ week ☐ month

DO YOU HAVE TO PAY THIS AMOUNT IN ADVANCE?
☐ YES (If "YES", attach proof) ☐ NO

C.
☐ Child Under Age 13 ☐ Over Age 13
☐ Foster Child ☐ Disabled
☐ SSI ☐ Court Supervision
☐ Was In AFDC AU
☐ Trustline Registration Required

☐ Ages Verified
☐ Citizenship/Alien Status Verified
☐ Relationships Verified

2. Did anyone move into or out of your home after AFDC benefits stopped? ☐ YES ☐ NO
(Include anyone who entered or left the home, a newborn, or anyone who died).
If "YES", complete below:

NAME	RELATIONSHIP TO YOU	WHAT HAPPENED	DATE

Total Number of TCC Family Members:

3. Complete the information below for anyone who works or expects to work.

- Include all earnings and tips. Attach paystubs or other proof of earnings.
- If self-employed, list business expenses on a separate sheet of paper and attach proof.

NAME	EMPLOYER'S NAME		
DATE(S) JOB STARTED OR STOPPED	EMPLOYER'S ADDRESS	NUMBER	STREET
WORK SCHEDULE	CITY	STATE	ZIP CODE
	DAYS WORKED PER MONTH	HOURS WORKED PER MONTH	
HOW OFTER ARE YOU PAID? ☐ WEEKLY, ☐ BI-WEEKLY, ☐ MONTHLY	AMOUNT BEFORE DEDUCTIONS $	TIPS OR COMMISSIONS? ☐ YES $ _____ AMOUNT ☐ NO	

NAME	EMPLOYER'S NAME		
DATE(S) JOB STARTED OR STOPPED	EMPLOYER'S ADDRESS	NUMBER	STREET
WORK SCHEDULE	CITY	STATE	ZIP CODE
	DAYS WORKED PER MONTH	HOURS WORKED PER MONTH	
HOW OFTER ARE YOU PAID? ☐ WEEKLY, ☐ BI-WEEKLY, ☐ MONTHLY	AMOUNT BEFORE DEDUCTIONS $	TIPS OR COMMISSIONS? ☐ YES $ _____ AMOUNT ☐ NO	

Total Gross Earned Income $

☐ Verified

Average Monthly Income: $

CERTIFICATION

- I understand that the statements I have made on this form are subject to investigation and verification.
- I understand that TCC must be needed to permit a member of the AFDC family to accept or retain employment and that there must not be an adult in the TCC family available to care for the child(ren).
- I understand that if I choose a license exempt child care provider, he/she must apply for Trustline registration unless he/she is an aunt, uncle or grandparent of a child(ren) in his/her care or is a school or recreational facility.
- I understand that I must tell my TCC worker within 10 days of any change in my work hours or family.
- I understand that I must repay any TCC benefits I am not entitled to get, even when the benefits are paid directly to the provider.
- I have read (or it was read to me) and received a copy of the TCC Coversheet and I understand my Rights and Responsibilities.
- I understand that failing to report facts or giving wrong or incomplete facts for TCC can result in legal prosecution with penalties of a fine, imprisonment or both.

I declare under penalty of perjury under the laws of the United States of America and the State of California that the information contained on this application is true and correct.

SIGNATURE OF APPLICANT	DATE SIGNED	PHONE NUMBER WHERE YOU MAY BE REACHED IN CASE YOUR WORKER NEEDS TO CONTACT YOU
SIGNATURE OF WITNESS TO MARK, INTERPRETER, OR OTHER PERSON		DATE SIGNED

COUNTY USE ONLY

CASE NAME	CASE NO.	
Approved ☐ Denied ☐	TCC BEGINS	TCC ENDS

REASON FOR DENIAL

TCC WORKER	DATE
SUPERVISOR	DATE

COMMENTS:

SOLICITUD PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE TRANSICION DE CUIDADO DE NIÑOS (TCC) – HOJA DE INFORMACION

¿QUE ES TCC?

- TCC puede ayudarle a pagar la mayor parte de sus gastos de cuidado de niños después de que deje de recibir Asistencia para Familias con Niños Necesitados (AFDC).
- Usted puede recibir TCC hasta por 24 meses consecutivos, contados a partir del primer mes en que usted deje de reunir los requisitos para recibir AFDC.
- Usted puede recibir TCC hasta por 12 meses, si recibió AFDC durante tres de los últimos seis meses antes de dejar de reunir los requisitos para recibir AFDC; y se descontinuaron los beneficios debido a que se casó o ahora vive con su esposo o esposa y 1) uno de los padres ya no está ausente; o 2) está ganando más dinero o tiene más propiedades, o ambas cosas.
- Usted puede recibir TCC hasta por 24 meses si recibió AFDC durante tres de los últimos seis meses antes de dejar de reunir los requisitos para recibir AFDC; y se le descontinuaron los beneficios debido a que tiene mayores ingresos o más horas de trabajo.
- Usted tiene que pagar parte del costo de cuidado de niños; a esa parte se le llama cuota familiar. La cuota familiar está basada en los ingresos brutos de los miembros de la familia que recibe TCC y en el número de miembros de la familia.
- IMPORTANTE: La familia que recibe TCC tiene que pagar la cuota familiar y cualquier costo de cuidado de niños que exceda el límite de TCC. El límite de TCC está basado en la edad del niño, el tipo de cuidado, y en si se le proporciona cuidado de niños a tiempo completo o a tiempo parcial.
- Usted tiene que trabajar y pagar los costos de cuidado de niños cuando se trata de un niño menor de 13 años de edad, de un niño incapacitado/discapacitado, o de un niño que se encuentre bajo supervisión de la corte y que necesite cuidado.
- Usted puede obtener TCC para un niño que viva en su hogar y que reciba Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI) o cuidado de crianza temporal *(Foster care)*.
- Su cuota familiar se calculará una vez más, después de que usted haya estado recibiendo TCC durante 6 meses, a menos que usted le pida a su trabajador que la vuelva a calcular en otro momento.
- No se puede pagar TCC cuando el proveedor de cuidado es menor de 18 años de edad o es el padre/madre, tutor legal, protector del niño, o un miembro de la familia que recibe TCC.

SUS DERECHOS:

- A solicitar TCC verbalmente; pero una solicitud por escrito tiene que completarse antes de que se le pueda pagar.
- A que se le diga cuales son sus derechos y responsabilidades.
- A solicitar TCC en cualquier mes durante su período de elegibilidad, el cual empieza después de que usted deje de reunir los requisitos para recibir AFDC. Usted puede enviar su solicitud por correo, pero el condado puede pedirle que vaya en persona.
- A que se le diga por escrito si su solicitud ha sido aprobada o no, o si sus beneficios cambian o se descontínuan.
- A escoger el proveedor de cuidado de niños que sea más apropiado para sus niños. Los proveedores de cuidado de niños deben tener, por lo menos 18 años de edad y tener una licencia para cuidar niños en el Estado de California, a menos que estén exentos. Cuidado exento quiere decir que se cuidan a sus niños en su hogar o en el hogar de un amigo, vecino o pariente que no tiene licencia. El amigo o vecino sólo puede cuidar a sus propios hijos y a los hijos de usted sin necesidad de tener licencia. Cuidado exento también incluye a programas para antes y después de la escuela que estén dirigidos por escuelas públicas o privadas. Los proveedores de cuidado que estén exentos de tener licencia tienen que solicitar que se les inscriba en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados *(Trustline)*.
- A que se vuelva a calcular su cuota familiar si su situación cambia. Pregúntele sobre esto a su trabajador.

SUS DERECHOS (continuación)

- A que se transfieran sus beneficios de TCC a otro condado en California, si usted se muda y continúa reuniendo los requisitos. Usted tiene que decirle a su trabajador que se ha mudado.
- A solicitar una audiencia con el estado si no está de acuerdo con cualquier acción tomada por el condado. Si usted solicita una audiencia antes de que pasen 10 días consecutivos desde la fecha de su notificación de acción o antes de que pasen 10 días consecutivos después de que le hagan el pago de TCC, le deberán continuar pagando TCC hasta que se tome una decisión en la audiencia, sin exceder el período de elegibilidad que le quede.
- A que se le atienda sin que se tome en cuenta su raza, color, nacionalidad, religión, afiliación política, estado civil, sexo, incapacidad/discapacidad o edad. Puede presentar una queja si piensa que se le ha discriminado.

SUS RESPONSABILIDADES

Usted tiene que:

- pagar cada mes su cuota familiar al proveedor de cuidado de niños.
- pagar a su proveedor de cuidado de niños el cuidado que usted reporte en su Solicitud para pago del Programa de Transición de Cuidado de Niños.
- escoger un ambiente limpio, saludable y seguro para que se le provea cuidado de niños a su hijo.
- entregarnos, ya completada, una Solicitud para pago del Programa de Transición de Cuidado de Niños cada mes que quiera que se le pague.
- entregarnos, ya completada, su última Solicitud para pago del Programa de Transición de Cuidado de Niños a más tardar el último día del mes que le siga al mes en que se descontinue su TCC.
- darnos, ya completado, su Informe de la situación en relación a TCC, cuando sea necesario.
- darnos la información que necesitemos y presentar pruebas, de ser necesario.
- avisarnos si es que hay un cambio de proveedor de cuidado de niños o un cambio en las horas de trabajo y si está recibiendo otra ayuda para pagar los costos de cuidado de niños.
- si su proveedor de cuidado de niños está exento de tener licencia, usted tiene que ayudarle para que se inscriba en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados, a menos que se trate de un tío, tía, abuelo o abuela del niño que esté a su cuidado, o se trate de una escuela o establecimiento de recreación.
- reembolsar cualquier pago de TCC que se le haya hecho por equivocación, aun si el pago se hizo directamente al proveedor de cuidado de niños.

EL TCC PUEDE DESCONTINUARSE SI:

- usted no coopera con el Fiscal del Distrito para obtener mantenimiento de hijos.
- usted deja su trabajo sin una causa justificada.
- usted no paga su cuota familiar a su proveedor de cuidado de niños.
- ya no está en su hogar un niño que reúna los requisitos.

ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES

- El no reportar información o el dar información equivocada o incompleta en relación a TCC puede ser razón para enjuiciamiento y sanciones que pueden ser una multa, encarcelamiento, o ambas cosas.

Es posible que usted pueda recibir ayuda para pagar el cuidado de niños si trabaja y:

- no recibe AFDC, y
- tiene bajos ingresos, y
- necesita del cuidado de niños para poder seguir trabajando, y
- ya utilizó todos sus beneficios de TCC.

Llame a su proveedor de pagos alternativos o al 1-800-998-9114 para recibir más información sobre el Programa de Cuidado de Niños para Familias que Corren el Riesgo de Depender de la Asistencia Pública (*At Risk Child Care Program*).

SOLICITUD PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE TRANSICION DE CUIDADO DE NIÑOS (TCC)

INSTRUCCIONES: *Si quiere recibir TCC, lea la hoja de información de esta solicitud antes de contestar las preguntas que están abajo. Por favor, escriba con tinta. Adjunte otra hoja si necesita más espacio. Necesitará mostrar pruebas de cuánto gana y de cuántas horas trabaja.*

Entregue el formulario, ya completado, al Departamento de Bienestar Público del Condado (County Welfare Department - *CWD*). *El CWD le dirá si puede recibir TCC y cuánto será su cuota familiar.*

Si necesita ayuda o tiene preguntas, comuníquese con su trabajador de TCC.

SOLAMENTE PARA USO DEL CONDADO

Date Received:

Written Request:

Verbal Request:

NOMBRE DEL SOLICITANTE (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DEL SEGURO SOCIAL	CASE NAME:
		— —	

DIRECCION DE DONDE VIVE NUMERO CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL — CASE NUMBER:

TELEFONO EN CASA	TELEFONO DEL TRABAJO
( )	( )

1. Enumre a los niños que viven con usted, por los cuales usted paga cuidado de niños y anote al proveedor de cuidado de niños.

☐ AFDC received 3 out of last 6 months. Former GAIN OJT Participant

A. NOMBRE DEL NIÑO

NOMBRE DEL PROVEEDOR | DIRECCION DEL PROVEEDOR NUMERO CALLE

NUMERO DE TELEFONO DEL PROVEEDOR ( ) | CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

TIPO DE PROVEEDOR
☐ HOGAR FAMILIAR CON LICENCIA PARA CUIDADO DE NIÑOS ☐ CUIDADO DE NIÑOS EXENTO – EN CASA DEL NIÑO ☐ CUIDADO DE NIÑOS EXENTO - CENTRO A CARGO DE LOS EMPLEADOS DE UNA ESCUELA
☐ GUARDERIA INFANTIL CON LICENCIA ☐ CUIDADO DE NIÑOS EXENTO – FUERA DEL HOGAR DEL NIÑO

HORAS DE CUIDADO DE NIÑOS
☐ MAS DE 147 HORAS POR MES (TIEMPO COMPLETO) ☐ 147 HORAS POR MES O MENOS (TIEMPO PARCIAL)

¿CUANTO LE PAGA A ESTE PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS Y COMO? $_____ por ☐ hora ☐ día ☐ semana ☐ mes

¿TIENE QUE PAGAR ESTO POR ADELANTADO? ☐ **SI (adjunte pruebas)** ☐ **NO**

A.
☐ Child Under Age 13 ☐ Over Age 13
☐ Foster Child ☐ Disabled
☐ SSI ☐ Court
☐ Was In AFDC AU Supervision
☐ Trustline Registration Required

B. NOMBRE DEL NIÑO

NOMBRE DEL PROVEEDOR | DIRECCION DEL PROVEEDOR NUMERO CALLE

NUMERO DE TELEFONO DEL PROVEEDOR ( ) | CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

TIPO DE PROVEEDOR
☐ HOGAR FAMILIAR CON LICENCIA PARA CUIDADO DE NIÑOS ☐ CUIDADO DE NIÑOS EXENTO – EN CASA DEL NIÑO ☐ CUIDADO DE NIÑOS EXENTO - CENTRO A CARGO DE LOS EMPLEADOS DE UNA ESCUELA
☐ GUARDERIA INFANTIL CON LICENCIA ☐ CUIDADO DE NIÑOS EXENTO – FUERA DEL HOGAR DEL NIÑO

HORAS DE CUIDADO DE NIÑOS
☐ MAS DE 147 HORAS POR MES (TIEMPO COMPLETO) ☐ 147 HORAS POR MES O MENOS (TIEMPO PARCIAL)

¿CUANTO LE PAGA A ESTE PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS Y COMO? $_____ por ☐ hora ☐ día ☐ semana ☐ mes

¿TIENE QUE PAGAR ESTO POR ADELANTADO? ☐ **SI (adjunte pruebas)** ☐ **NO**

B.
☐ Child Under Age 13 ☐ Over Age 13
☐ Foster Child ☐ Disabled
☐ SSI ☐ Court
☐ Was In AFDC AU Supervision
☐ Trustline Registration Required

C. NOMBRE DEL NIÑO

NOMBRE DEL PROVEEDOR | DIRECCION DEL PROVEEDOR NUMERO CALLE

NUMERO DE TELEFONO DEL PROVEEDOR ( ) | CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

TIPO DE PROVEEDOR
☐ HOGAR FAMILIAR CON LICENCIA PARA CUIDADO DE NIÑOS ☐ CUIDADO DE NIÑOS EXENTO – EN CASA DEL NIÑO ☐ CUIDADO DE NIÑOS EXENTO - CENTRO A CARGO DE LOS EMPLEADOS DE UNA ESCUELA
☐ GUARDERIA INFANTIL CON LICENCIA ☐ CUIDADO DE NIÑOS EXENTO – FUERA DEL HOGAR DEL NIÑO

HORAS DE CUIDADO DE NIÑOS
☐ MAS DE 147 HORAS POR MES (TIEMPO COMPLETO) ☐ 147 HORAS POR MES O MENOS (TIEMPO PARCIAL)

¿CUANTO LE PAGA A ESTE PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS Y COMO? $_____ por ☐ hora ☐ día ☐ semana ☐ mes

¿TIENE QUE PAGAR ESTO POR ADELANTADO? ☐ **SI (adjunte pruebas)** ☐ **NO**

C.
☐ Child Under Age 13 ☐ Over Age 13
☐ Foster Child ☐ Disabled
☐ SSI ☐ Court
☐ Was In AFDC AU Supervision
☐ Trustline Registration Required

☐ Ages Verified
☐ Citizenship/Alien Status Verified
☐ Relationships Verified

2. ¿Se mudó alguien a su hogar o fuera de él después de que se descontinuaron los beneficios de AFDC? (Incluya a cualquiera que haya ingresado o dejado el hogar, un recién nacido, o alguien que haya muerto). Si la respuesta es "SI", complete abajo: ☐ **SI** ☐ **NO**

Total Number of TCC Family Members:

NOMBRE	RELACION/PARENTESCO CON USTED	¿QUE PASO?	FECHA

3. Complete abajo la información en relación a cualquier persona en el hogar que trabaje o espere trabajar.

- Incluya todo el dinero ganado y propinas. Adjunte los talones de cheques u otras pruebas de los ingresos ganados.
- Si tiene su propio negocio, anote los gastos relacionados al negocio en una hoja de papel aparte y adjunte pruebas.

NOMBRE	NOMBRE DEL EMPLEADOR		
FECHA(S) EN QUE EL EMPLEO EMPEZO O TERMINO	DIRECCION DEL EMPLEADOR	NUMERO	CALLE
HORARIO DE TRABAJO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
	DIAS TRABAJADOS POR MES	HORAS TRABAJADAS POR MES	
¿QUE TAN SEGUIDO LE PAGAN? ☐ SEMANALMENTE ☐ CADA DOS SEMANAS ☐ MENSUALMENTE	CANTIDAD ANTES DE DEDUCCIONES $	PROPINAS O COMISIONES ☐ SI $ _____ CANTIDAD ☐ NO	
NOMBRE	NOMBRE DEL EMPLEADOR		
FECHA(S) EN QUE EL EMPLEO EMPEZO O TERMINO	DIRECCION DEL EMPLEADOR	NUMERO	CALLE
HORARIO DE TRABAJO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
	DIAS TRABAJADOS POR MES	HORAS TRABAJADAS POR MES	
¿QUE TAN SEGUIDO LE PAGAN? ☐ SEMANALMENTE ☐ CADA DOS SEMANAS ☐ MENSUALMENTE	CANTIDAD ANTES DE DEDUCCIONES $	PROPINAS O COMISIONES ☐ SI $ _____ CANTIDAD ☐ NO	

Total Gross Earned Income $
☐ Verified
Average Monthly Income: $

CERTIFICACION

- Comprendo que las declaraciones que he hecho en este formulario pueden ser investigadas y verificadas.
- Comprendo que para recibir TCC, éste debe ser necesario para permitirle a un miembro de la familia que reciba AFDC que acepte o conserve un empleo y que en la familia que recibe TCC no debe haber un adulto disponible para cuidar a los niños.
- Comprendo que si escojo a un proveedor de cuidado de niños que esté exento de tener licencia, esta persona debe solicitar que se le inscriba en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados *(Trustline)*, a menos que esta persona sea el tío, tía, abuelo o abuela de los niños a los que está cuidando o si se trata de una escuela o un establecimiento de recreación.
- Comprendo que debo avisarle a mi trabajador de TCC, antes de que pasen 10 días, de cualquier cambio en mis horas de trabajo o en mi familia.
- Comprendo que debo reembolsar cualquier beneficio de TCC que reciba y al que no tenga derecho, aun si los beneficios le fueron pagados directamente al proveedor.
- He leído (o me han leído) y he recibido copia de la hoja de información sobre TCC, y entiendo mis derechos y responsabilidades.
- Comprendo que el no reportar información o dar información equivocada o incompleta en relación a TCC puede ser razón para enjuiciamiento legal y sanciones que pueden ser una multa, encarcelamiento o ambas cosas.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA EN QUE SE FIRMO	TELEFONO AL QUE PUEDE LLAMAR SU TRABAJADOR SI NECESITA COMUNICARSE CON USTED
FIRMA DEL TESTIGO QUE PRESENCIO LA FIRMA, DEL INTERPRETE, U OTRA PERSONA		FECHA EN QUE SE FIRMO

SOLAMENTE PARA USO DEL CONDADO

CASE NAME		CASE NO.
Approved ☐ Denied ☐	TCC BEGINS	TCC ENDS

REASON FOR DENIAL

TCC WORKER	DATE
SUPERVISOR	DATE

COMMENTS:

YOU MAY GET MONEY TO HELP PAY PART OF YOUR CHILD CARE

Are you going off AFDC, still working and paying for child care?

The Transitional Child Care (TCC) Program may help you pay part of your chid care for up to 24 months in a row after your AFDC was stopped if:

You are working; you pay child care costs; you got AFDC in three out of the last six months;

AND

You went off aid due to more earnings, more hours of work, or you got married or back with your husband or wife and 1) one parent is no longer absent, or 2) you have more earnings or property, or both.

- You must pay for part of your child care.
- You must request a TCC payment each month and show proof of child care costs.
- You must apply for TCC in writing during your eligibility period which begins after you become ineligible for AFDC. Contact your County Welfare Department or call toll free 1-800-998-9114.

ES POSIBLE QUE USTED PUEDA RECIBIR DINERO COMO AYUDA PARA PAGAR PARTE DE SUS GASTOS DE CUIDADO DE NIÑOS

¿Va a dejar de recibir Asistencia para Familias con Niños Necesitados (AFDC), sigue trabajando y pagando cuidado de niños?

Es posible que el Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC) le ayude a pagar parte de sus gastos de cuidado de niños hasta por 24 meses consecutivos, contados a partir de cuando se descontinue su AFDC, si:

usted está trabajando; paga los gastos de cuidado de niños; recibió AFDC durante tres de los últimos seis meses;

Y

usted dejó de recibir asistencia debido a que sus ingresos aumentaron, a que trabaja más horas, a que contrajo matrimonio, o a que regresó con su esposo o esposa y 1) uno de los padres ya no está ausente o 2) tiene más ingresos o bienes, o las dos cosas.

- Usted tiene que pagar parte de sus gastos de cuidado de niños.
- Tiene que solicitar un pago de TCC cada mes y mostrar pruebas de sus gastos de cuidado de niños.
- Tiene que solicitar TCC por escrito durante su período de elegibilidad (el cual comienza después de que usted deje de reunir los requisitos para recibir AFDC). Comuníquese con el Departamento de Bienestar Público del Condado o llame gratis al 1-800-998-9114.

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
(District Stamp)

ICT REMINDER - RECIPIENT MOVES TO A NEW COUNTY

Dear

CASE NAME:

CASE NUMBER:

DATE:

IMPORTANT REMINDER

On _____, you told us you moved to another county.

If you need a TCC payment for _____, send us your request.

If you still want TCC program benefits, contact the nearest welfare office or call toll free 1-800-998-9114 to find the TCC office in the county where you live. They will tell you what is needed. You must give them your monthly request for TCC payment.

To avoid delay, contact them as soon as you can. Keep this form with you to make the process easier.

Please call me, if you have any questions.

ELIGIBILITY WORKER:

TELEPHONE NUMBER:
( )
AREA CODE

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
(District Stamp)

RECORDATORIO DE TRANSFERENCIA ENTRE CONDADOS-EL BENEFICIARIO SE MUDA A OTRO CONDADO

Estimado(a)

NOMBRE DEL CASO:

NUMERO DEL CASO:

FECHA:

RECORDATORIO IMPORTANTE

En _____, usted nos dijo que se mudó a otro condado.

Si necesita un pago de Cuidado de Niños de Transición (TCC) para _____, mándenos su petición.

Si todavía quiere beneficios del programa de TCC, comuníquese con la oficina de bienestar más cercana o llame gratis al 1-800-998-9114 para encontrar la oficina de TCC en el condado donde vive. Ellos le dirán lo que se necesita. Tiene que darles su petición mensual para un pago de TCC.

Para evitar retrasos, comuníquese con ellos tan pronto como le sea posible. Conserve esta forma para facilitar el trámite.

Por favor, llámeme si tiene alguna pregunta.

TRABAJADOR(A) DE ELEGIBILIDAD:

NUMERO DE TELEFONO:
( )
AREA

DO YOU NEED HELP PAYING FOR YOUR CHILD CARE?

1. **You can get money to help pay for child care.**

   There is a program to help working parents pay for child care. It is called TCC (Transitional Child Care) and helps eligible parents pay for child care.

   If you can't get AFDC any more because you got a job, or are earning more money at your job, you can apply for TCC to help pay for child care for up to two years

   If you can't get AFDC anymore because you got married or back together with your husband or wife and 1) one parent is no longer absent or 2) earning more money or have more property, you can apply for TCC to help pay for child care for up to one year.

2. **You can get help to find good quality child care for your children.**

   There are community services called Resource and Referral agencies (R & R's) in every county in California. These organizations offer free services to help parents locate and understand the different child care programs in each neighborhood. Staff at the "R & R's" are there to answer questions about child care.

3. **You can choose the care you want from different child care programs.**

   Some of the choices are:

   - **Licensed Family Day Care Homes** care for children in homes and apartments that have been inspected by the State.
   - **Licensed Center Care** is provided at locations which have been inspected by the State. "Centers" can care for large numbers of children.
   - **Exempt Child Care** may include care provided by family members or neighbors, 18 years of age or older. It can be care provided in the child's home or by a person for the children of only one other family.

     If you choose a license exempt child care provider, (s)he must apply for Trustline registration unless (s)he is an aunt, uncle or grandparent of a child(ren) in his/her care or a school or recreational facility.
   - **Subsidized Child Care** programs are funded by the California Department of Education. These programs offer child care to low income families on a sliding fee scale.

   You can also get TCC to help pay for before and after school programs.

4. **You can call to get information about TCC and to find out how to apply.**

   Remember to say you are calling about TCC and call the Welfare Office in your county.

   You can also call toll free **1-800-998-9114** to find the TCC office in the county where you live.

SEE BACK OF THIS FORM FOR MORE INFORMATION.

QUESTIONS AND ANSWERS ABOUT TCC

Who can get TCC money to help pay for child care?

Working parents who:

- can't get AFDC any more because they are earning more money or they got married or back with their husband or wife and 1) one parent is no longer absent; or 2) are earning more money or have more property or both; and
- have a child who is under 13 years of age or meets special conditions.

Who cannot get TCC?

Parents who:

- still get AFDC.
- have children over the age of 13 (unless they meet special conditions.)
- leave their children with people who are ineligible providers.

How can I get TCC? When should I ask for it?

Call your County Welfare Office and ask for TCC. You will need to fill out an application and you will be told if you have been approved. It's a good idea to apply for TCC as soon as you go off AFDC. But you can apply any time within your eligibility period which begins after you are off AFDC. TCC can pay for up to 24 months of child care.

Is there a lot of paper work involved?

No. Once you are approved, all you will need to do is send a request for your payment each month. You may be asked to answer other questions from time to time. The questions will not be difficult.

If I am approved for TCC, will child care be free?

No. TCC helps working parents pay for child care. Each family pays a small "family fee" to the child care provider each month and any costs over the TCC limit.

How do I get reimbursed?

You will need to request payment on a special form and show proof that you paid for child care each month.

Can I apply for payment in advance? How long will it take to get the money?

If the child care provider asks for payment in advance, you can request TCC payments in advance. If the County approves the request, the payment will be sent within 7 days.

I was on AFDC about 6 months ago. I didn't know about TCC and my child has been in child care for about 5 months (when I got my job). I have been paying for the care all this time. Can I ask to be reimbursed for the last 5 months?

Yes. Explain this when you call about TCC.

What if I find a child care center I like but it costs more than TCC can pay?

There is a limit to the amount that TCC can pay. If you want to use child care that costs more than what TCC pays, you will have to pay for the extra costs. (Remember: You will need to pay a small portion of the child care costs for any provider, center or babysitter. This portion is called the "family fee.")

Do child care centers and family day care homes have to accept my child if I have TCC?

All centers and family day care homes have their own admission requirements. You will need to discuss this with the center or the provider.

Do I have to tell the child care center or family day care provider that I'm getting TCC?

Yes. The provider will need to fill out a form each month.

What should I ask when I visit a child care center or family day care home?

When you look for child care, it is important that you select a day care home or a center that is clean, safe and understands young children. Be sure your babysitter is safe and responsible. It's a good idea to call the resource and referral agency in your neighborhood and ask them "how to choose child care." They know about child care and have good ideas and suggestions.

Can I apply for TCC to cover child care costs for my foster child or my child that gets Supplemental Security Income (SSI)?

Yes.

Are there other programs for people who were on AFDC but now work?

Yes. There is a program called Transitional Medi-Cal. It helps you get medical care, after you are off AFDC.

What will happen when my TCC ends?

At the end of your eligibility period you will need to pay for your child care. You may be able to get into a subsidized child care program which you can afford. The resource and referral agency in your neighborhood can help. You may also be able to get into the At Risk Child Care Program (ARCCP). Call toll free 1-800-998-9114 for more information about ARCCP.

If I have more questions, who should I call?

Call your County Welfare Office or call toll free

1-800-998-9114.

¿NECESITA AYUDA PARA PAGAR EL CUIDADO DE SUS NIÑOS?

1. **Usted puede recibir dinero para ayudarle a pagar el cuidado de sus niños.**

   Hay un programa que ayuda a los padres que trabajan a pagar el cuidado de niños. Se le llama TCC - Programa de Transición de Cuidado de Niños *(Transitional Child Care)* y ayuda a los padres que reúnen los requisitos a pagar el cuidado de sus niños.

   Si ya no puede recibir Asistencia para Familias con Niños Necesitados (*Aid to Families with Dependent Children* - AFDC) porque usted consiguió un trabajo, o porque está ganando más dinero en su empleo, puede solicitar beneficios de TCC para que le ayude a pagar el cuidado de sus niños hasta por dos años.

   Si ya no puede recibir AFDC porque se casó o ahora vive con su esposo o esposa y 1) uno de los padres ya no está ausente; o 2) está ganando más dinero o tiene más propiedades, puede solicitar beneficios de TCC para ayudarle a pagar el cuidado de sus niños hasta por un año.

2. **Usted puede recibir ayuda para encontrar cuidado para sus hijos que sea de buena calidad.**

   Hay servicios comunitarios a los que se les llama agencias de recursos e información (*Resource and Referral agencies* - R & R's) en cada condado de California. Estas organizaciones ofrecen servicios gratuitos para ayudar a los padres a localizar y entender los diferentes programas de cuidado de niños en cada zona. El personal de las R & R está a su disposición para contestar sus preguntas sobre el cuidado de niños.

3. **Usted puede escoger la clase de cuidado que quiera de los diferentes programas de cuidado de niños.**

   Algunas de las alternativas son:

   - **Los hogares familiares certificados para el cuidado de niños** cuidan a niños en hogares y apartamentos que han sido inspeccionados por el estado.
   - **El cuidado en un centro con licencia** se provee en lugares que han sido inspeccionados por el estado. Los "centros" pueden cuidar a un gran número de niños.
   - **El cuidado de niños exento** puede incluir cuidado proporcionado por personas de 18 años de edad o más que sean miembros de la familia o vecinos. Este puede ser cuidado que se proporcione en el hogar del niño, o en el hogar de una persona que cuide a sus propios hijos y a los hijos de sólo una familia más.

     Si usted escoge a un proveedor de cuidado de niños que esté exento del requisito de tener licencia, el proveedor tiene que solicitar que se le inscriba en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados *(Trustline)*, a menos que sea tía, tío, abuela o abuelo de los niños que estén a su cargo o se trate de una escuela o un establecimiento de recreo.
   - **Los programas subsidiados de cuidado de niños** reciben fondos del Departamento de Educación de California *(California Department of Education)*. Estos programas ofrecen cuidado de niños a las familias de bajos ingresos usando una tabla de cuotas que se ajustan de acuerdo a los ingresos.

   Usted también puede recibir TCC para ayudarle a pagar los programas de antes y después de clases.

4. **Usted puede llamar para obtener información sobre TCC y enterarse de cómo presentar una solicitud.**

   Recuerde decir que está llamando acerca de TCC y llame a la oficina de bienestar público en su condado.

   También puede llamar al teléfono gratuito **1-800-998-9114** para encontrar la oficina de TCC en el condado donde usted vive.

VEA EL REVERSO DE ESTA FORMA PARA MAS INFORMACION

PREGUNTAS Y RESPUESTAS ACERCA DE TCC

¿Quién puede recibir dinero de TCC para ayudarle a pagar el cuidado de sus niños?

Los padres que trabajan y que:

- ya no pueden recibir AFDC porque están ganando más dinero o se casaron o ahora viven con su esposo o esposa y 1) uno de los padres ya no está ausente, o 2) están ganando más dinero o tienen más propiedades o ambas cosas; y
- tienen un hijo menor de 13 años de edad, o que reúne requisitos especiales.

¿Quién no puede recibir TCC?

Los padres que:

- todavía reciben AFDC.
- tienen niños mayores de 13 años de edad (a menos que reúnan requisitos especiales).
- dejan a sus hijos con personas que son proveedores que no reúnen los requisitos.

¿Cómo puedo recibir TCC? ¿Cuándo podría solicitarlo?

Llame a la oficina de bienestar público del condado y pida TCC. Necesitará llenar una solicitud y le dirán si la han aprobado. Es una buena idea solicitar TCC tan pronto como deje de recibir AFDC, pero puede solicitarlo cuando usted guste, dentro de su período de elegibilidad, el cual empieza cuando deja de recibir AFDC. El TCC puede pagar hasta 24 meses de cuidado de niños.

¿Hay mucho papeleo?

No. Una vez que se le apruebe, lo único que necesita hacer es enviar una petición para solicitar su pago cada mes. Es posible que, de vez en cuando, sea necesario que usted conteste otras preguntas. Las preguntas serán fáciles.

Si me aprueban para recibir TCC, ¿será gratis el cuidado de niños?

No. El TCC ayuda a los padres que trabajan a pagar el cuidado de sus niños. Cada familia paga cada mes una pequeña "cuota familiar" al proveedor de cuidado de niños y cualquier gasto que exceda el límite de TCC.

¿Cómo se me hacen los reembolsos?

Cada mes, será necesario que usted solicite el reembolso usando una forma especial y que dé pruebas de que usted pagó el cuidado de sus niños.

¿Puedo solicitar el pago por adelantado? ¿Cuánto tiempo se tomará para que yo reciba mi dinero?

Si el proveedor de cuidado de niños pide el pago por adelantado, usted puede solicitar el pago de TCC por adelantado. Si el condado aprueba su petición, se enviará el pago antes de que pasen 7 días.

Yo recibía AFDC hace aproximadamente 6 meses. Yo no sabía que existía el programa de TCC y mi hijo ha estado recibiendo cuidado de niños durante aproximadamente 5 meses (cuando conseguí mi trabajo). He estado pagando el cuidado todo este tiempo. ¿Puedo pedir que me reembolsen los 5 meses pasados?

Sí. Explique esto cuando llame para preguntar sobre TCC.

¿Y si encuentro una guardería infantil que me gusta pero cuesta más de lo que puede pagar el TCC?

Existe un límite que TCC puede pagar. Si usted quiere utilizar cuidado de niños que cueste más que lo que paga el TCC, usted tendrá que pagar el costo adicional. (Recuerde: de todos modos será necesario que usted pague una porción pequeña del costo de cuidado de niños al proveedor, guardería o niñera. A esta porción se le llama "cuota familiar".)

Si recibo TCC, ¿tienen que aceptar a mi hijo las guarderías infantiles y los hogares familiares para el cuidado de niños?

Todas las guarderías y los hogares familiares para el cuidado de niños tienen sus propios requisitos de admisión. Es necesario que usted trate este asunto con el centro o proveedor.

¿Tengo que decirle a la guardería infantil o al proveedor del cuidado de niños en un hogar que estoy recibiendo TCC?

Sí. El proveedor necesitará llenar una forma cada mes.

¿Qué debo preguntar cuando visite una guardería infantil o un hogar familiar para el cuidado de niños?

Cuando usted empiece a buscar un sitio que proporcione cuidado de niños, es importante que usted escoja un hogar para el cuidado de niños o una guardería que esté limpia, sin peligros y en la que se entienda a los niños pequeños. Asegúrese de que su niñera sea segura y responsable. Es una buena idea llamar a la agencia de recursos e información en la zona donde usted vive y preguntarles sobre "la manera de escoger un sitio que proporcione cuidado de niños". Ellos saben de cuidado de niños y tienen buenas ideas y sugerencias.

¿Puedo solicitar TCC para cubrir el costo de cuidado de niños para mi hijo de crianza temporal o para mi hijo que recibe Ingresos de Seguridad Suplemental (SSI)?

Sí.

¿Hay otros programas para personas que recibían AFDC pero que ahora trabajan?

Sí. Hay un programa llamado Medi-Cal de Transición *(Transitional Medi-Cal)*. Le ayuda a obtener cuidado médico, una vez que deje de recibir AFDC.

¿Qué sucederá cuando termine mi TCC?

Cuando su período de elegibilidad termine, será necesario que usted pague todo el cuidado de sus niños. Es posible que usted se pueda inscribir en algún programa de cuidado de niños subsidiado el cual usted pueda pagar. La agencia de recursos e información en la zona donde usted vive puede ayudarle. Es posible que también pueda recibir los beneficios del Programa de Cuidado de Niños para Familias que Corren el Riesgo de Depender de la Asistencia Pública (*At Risk Child Care Program* - ARCCP). Para mayores informes acerca del ARCCP, llame al teléfono gratuito 1-800-998-9114.

¿A quién debo llamar si tengo más preguntas?

Llame a la oficina de bienestar público del condado o llame al número gratuito **1-800-998-9114.**

STATE OF CALIFORNIA — HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

TRANSITIONAL CHILD CARE PAYMENT WORKSHEET

CASE NAME	
CASE NUMBER	
TCC WORKER	

DATE OF TCC REQUEST FOR PAYMENT	DATE TCC BEGINS	DATE STATUS REPORT DUE	DATE TCC ENDS

Payment Month/Year			
1. Child's Name			
2. Child's Age/Date of Birth			
3. Child Care Center (CCC) Family Day Care (FDC) In-home/Exempt Care (E)	CCC FDC E	CCC FDC E	CCC FDC E
4. Special Needs (SN) Evening/Weekend (E/W)	SN E/W	SN E/W	SN E/W
5. Eligible Hours of Care a. Week 1 Work Hours: Care Hours:			
b. Week 2 Work Hours: Care Hours:			
c. Week 3 Work Hours: Care Hours:			
d. Week 4 Work Hours: Care Hours:			
e. Week 5 Work Hours: Care Hours:			
f. Total Eligible Hours:			
6. Full-Time (FT) More than 147 hrs Part-Time (PT) 147 hrs or less	FT PT	FT PT	FT PT
7. Actual Monthly Cost per Child $			
8. Monthly RMR at 75th Percentile (Based on 2,3,4, and 6) $			
9. Maximum Reimbursement per Child (Lesser of 7 or 8) $			
10. Total Maximum Reimbursement for All Children (Item 9)		$	
11. Total Actual Child Care Costs Paid for All Children (Item 7)		$	
12. Family Fee (From TCC 30A, Item 4)		-	
13. Actual Cost (11 minus 12)		$	
14. Reimbursement (Lesser of 10 or 13)		=	
15. Overpayment Adjustment Underpayment Adjustment		- +	
16. TCC Payment Amount		$	
17. Registration Fee $			
Worker Signature/Date:			

Form Instructions for the Transitional Child Care Payment Worksheet (TCC 30)

Purpose

The TCC 30 is used to compute and document TCC payments on a monthly basis.

Preparation

This form is completed for each month a TCC reimbursement request is made on the TCC 43, Request for TCC Payment form.

Items 1 thru 4

Enter the child's name and the child's age or date of birth. Circle the type of provider and whether the child has special needs or the care was provided during evenings (6:00 p.m. til 6:00 a.m.) or weekends.

Item 5

Enter the eligible hours of care. Eligible hours of care are care provided during the hours the participant was working; during the hours necessary for the transportation time between the child care provider and the work site; and, in the case of licensed providers, care provided during any additional hours that are based on the provider's written standard billing practice per MPP Section 47-145.1.

Item 6

Circle full -time or part-time based on the total eligible hours in Item 5(f).

Item 7

Enter the actual cost paid in the month, or the incurred cost, if payment is made directly to the provider.

Item 8

Enter the monthly 75th percentile Regional Market Rate (RMR) ceiling based on Items 2, 3, 4 and 6 in each box for the child listed. When the child has special needs or the care was provided during evenings or weekends, the RMR is adjusted. When special needs care is provided, multiply the monthly RMR by the 1.5 adjustment factor. Refer to the current All County Letter to determine the appropriate RMR adjustment factor for evening and weekend care.

Item 9

Enter the Maximum Reimbursement per Child. The maximum reimbursement per Child is the lesser of the Actual Monthly Child care cost paid (Item 7) or the allowable RMR at 75th Percentile (Item 8).

Item 10

Enter the combined total of each child's Maximum Reimbursement in Item 9 which is the total of all children. This figure gives the total combined allowable Reimbursement amount per TCC family.

Item 11

Enter the Total Actual Child Care Costs paid for all children, from Item 7. This step is necessary since the Family Fee is deducted only once in a month from the total actual child care cost.

Item 12

Enter the current Family Fee (#4 on the TCC 30A).

Item 13

Enter the amount based on actual cost by deducting Item 12 from Item 11.

Item 14

Enter the lesser of Item 10 or 13. This figure is the Reimbursement for the month. If there is an Overpayment Adjustment, continue to Item 15.

Item 15

Enter the Overpayment or Underpayment Adjustment amount computed per MPP Section 47-190.

Item 16

Enter the TCC Payment Amount (Item 14 less or plus Item 15).

Item 17

Enter the registration fee amount, if any.

Worker Signature/Date

Enter your signature and the date the form was completed.

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

FAMILY FEE COMPUTATION WORKSHEET

CASE NAME
CASE NUMBER
TCC WORKER

DATE OF TCC REQUEST	DATE TCC PERIOD BEGINS	DATE TCC ENDS

Family Fee Computation (to be completed at request for TCC benefits, redetermination or request for recomputation)

Number of Family Members / Family Fee Effective Date			
1. Gross Family Earnings $			
+			
2. Self-Employed Income +			
3. Total Earnings $			
4. Family Fee (From Family Fee Schedule) $			

Comments:

TCC 30A (11/90) Recommended Form

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

FAMILY FEE COMPUTATION WORKSHEET

CASE NAME

CASE NUMBER

TCC WORKER

DATE OF TCC REQUEST | DATE TCC PERIOD BEGINS | DATE TCC ENDS

Family Fee Computation (to be completed at request for TCC benefits, redetermination or request for recomputation)

Number of Family Members / Family Fee Effective Date

1. Gross Family Earnings $

+

2. Self-Employed Income +

3. Total Earnings $

4. Family Fee (From Family Fee Schedule) $

Comments:

TCC 30A (11/90) Recommended Form

REQUEST FOR TRANSITIONAL CHILD CARE (TCC) PAYMENT

Instructions: Complete and return this request to your TCC Worker. You will not get a TCC payment unless a request is received for each month. Your last request for TCC payment must be received by the last day of the month following the month your TCC stops. Part A must be completed by you and Part B, on the back of this form, by the Child Care Provider. Use a separate form for each child care provider.

NEED HELP? ASK YOUR TCC WORKER.

MONTH OF CARE:

COUNTY USE ONLY

Date received:

Worker Number:

Case Number:

PART A - RECIPIENT FILLS IN THIS SECTION.

NAME (FIRST, MIDDLE, LAST)	HOME ADDRESS NUMBER STREET
1.	
HOME PHONE ( ) / WORK PHONE ( )	CITY STATE ZIP CODE

2. List each family member who worked and the hours worked this month. Attach proof.

NAME	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Week 5
	# of Hours Worked Per Week				
	Times Worked During Week				
	__:__to__:__	__:__to__:__	__:__to__:__	__:__to__:__	__:__to__:__

NAME	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Week 5
	Hours Worked Per Week				
	Times Worked During Week				
	__:__to__:__	__:__to__:__	__:__to__:__	__:__to__:__	__:__to__:__

☐ Total Hours Worked Verified

3. My family's income has dropped and I want my Family Fee refigured. ☐ YES ☐ NO
If "YES", explain:

☐ RMR Verified
Due to child's birthday or change in provider

4. I paid child care costs for this month. ☐ YES ☐ NO
If "YES", complete below.

CHILD'S NAME	BIRTHDATE	PROVIDER'S NAME	AMOUNT OWED	AMOUNT PAID

For License Exempt Provider
☐ Applied for Trustline
☐ Trustline Registered
☐ Exempt from Trustline

5. My child care provider has changed since my last request for a TCC payment. ☐ YES ☐ NO
If "Yes", your new provider must be approved before you can get a payment.

6. My child care provider requires advance payment and I am requesting an advance. ☐ YES ☐ NO

7. I paid an application, registration or service fee. ☐ YES ☐ NO
(Include supply or cot fees, etc.)
If "YES", complete below and attach proof.

Type of Fee And Time Period It Covers	Provider's Name	Amount Charged	Date Paid

☐ Fee Verified

CERTIFICATION

I understand that:

- Any statements made on this form may be checked and verified.
- The child care provider must have a license or be exempt from having a license in order for me to get a TCC payment.
- If my child care provider is license exempt, I must assist him/her in applying for Trustline registration unless (s)he is an aunt, uncle or grandparent of a chid(ren) in his/her care or a school or recreation facility.
- The County will pay TCC benefits only for hours of child care reasonably related to the hours I work and my transportation time.
- I must tell my TCC worker within 10 days of any change in my income, work hours or family. I must also tell my worker when I am getting other help paying my child care costs.
- I can choose the child care provider who is best for me and my child(ren) and the County may visit the child care site.
- I must pay child care rates which are no greater than the same as rates billed by the child care provider for services given to other children.
- The child care payment reported on this form may be reported to the appropriate federal and state agencies, including the Internal Revenue Service (IRS) and the Franchise Tax Board (FTB).
- I must repay any TCC money I am not entitled to get.
- The County does not act as the child care provider's employer; and does not have a business or contractual relationship with the child care provider when a TCC payment is paid.
- If I choose child care in my home, I am the employer and am responsible for social security tax. I also understand that depending on how many hours I have them work, I may have to pay at least minimum wage and be responsible for state disability, and federal and state unemployment taxes.
- I authorize the County to obtain any verification necessary to process this request.

I declare under penalty of perjury under the laws of the United States of America and the State of California that the information contained on this request is true, correct and complete and that the child care was provided.

SIGNATURE OF RECIPIENT	DATE

PART B - CHILD CARE PROVIDER FILLS IN THIS SECTION
(Note: To be completed only by the provider.)

	PROVIDER'S NAME	PROVIDER'S ADDRESS	NUMBER	STREET
1.				
	SOCIAL SECURITY OR TAX ID NUMBER	CITY	STATE	ZIP CODE
	PHONE ( )	RELATED TO THE CHILD ☐ YES ☐ NO	If "Yes", specify Relationship_____	AT LEAST 18 YEARS OF AGE ☐ YES ☐ NO

2. Where care was provided and type of care (✓)

☐ Licensed Family Day Care ☐ Exempt - In Child's Home ☐ Exempt - Center run by school employees

☐ Licensed Day Care Center ☐ Exempt - Outside Child's Home

If licensed, license number is: _____

3. What amount do you bill for care and how?

$ _____ per ☐ hour ☐ day ☐ week ☐ month

$ _____ per ☐ hour ☐ day ☐ week ☐ month

Do you require advance payment?

☐ YES ☐ NO

If "YES", attach copy of written policy.

4. List each child's cost separately.

	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Week 5	Amount Billed For The Month	Amount Paid For The Month	Amount Owed For The Month	Date Paid
a. Child's Name	# of Hours of Care Per Week								
						$	$	$	
	Times Care Provided During Week								
	__:__to__:__	__:__to__:__	__:__to__:__	__:__to__:__	__:__to__:__				
b. Child's Name	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Week 5	Amount Billed For The Month	Amount Paid For The Month	Amount Owed For The Month	Date Paid
	# of Hours of Care Per Week								
						$	$	$	
	Times Care Provided During Week								
	__:__to__:__	__:__to__:__	__:__to__:__	__:__to__:__	__:__to__:__				
c. Child's Name	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Week 5	Amount Billed For The Month	Amount Paid For The Month	Amount Owed For The Month	Date Paid
	# of Hours of Care Per Week								
						$	$	$	
	Times Care Provided During Week								
	__:__to__:__	__:__to__:__	__:__to__:__	__:__to__:__	__:__to__:__				
d. Child's Name	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Week 5	Amount Billed For The Month	Amount Paid For The Month	Amount Owed For The Month	Date Paid
	# of Hours of Care Per Week								
						$	$	$	
	Times Care Provided During Week								
	__:__to__:__	__:__to__:__	__:__to__:__	__:__to__:__	__:__to__:__				

5. In the TCC rules, the family must pay you a family fee each month. Are any past-due family fees owed to you? ☐ YES ☐ NO

If "Yes", please explain:

CERTIFICATION

I understand that:

- I must be at least 18 years of age and have a day care license or not need a license (be exempt) in order to get a TCC payment.
- If I am a license exempt provider, I must apply for Trustline registration unless I am the aunt, uncle or grandparent of the child(ren) in my care or be a school or recreational facility.
- I must provide a clean, healthy and safe place for child care and the County may visit the child care site.
- I must charge the recipient listed on the front the same or lower child care rates that I charge to other clients for the same service.
- I must pay back any TCC money I was not entitled to get.
- The social security number provided above may be verified with the Social Security Administration (SSA).
- The child care payment(s) listed on this form may be reported to the appropriate federal and state agencies, including the Internal Revenue Service (IRS) and the Franchise Tax Board (FTB).
- The County does not act as my employer or have business or contractual relationship with me when I get a TCC payment.

I declare that I provided the child care listed above and that the hours of care and total amount paid listed above is true and correct.

I declare under penalty of perjury under the laws of the United States of America and the State of California that the information contained on this request is true, correct and complete and that the child care was provided.

SIGNATURE OF PROVIDER	DATE

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

SOLICITUD PARA PAGO DEL PROGRAMA DE TRANSICION DE CUIDADO DE NIÑOS (TCC)

Instrucciones: Complete y devuelva esta solicitud a su trabajador de TCC. Usted no recibirá un pago de TCC a menos que se reciba una solicitud para cada mes. Se tiene que recibir su última solicitud para un pago de TCC a *más tardar el* último día del mes que sigue al mes en que se descontinúe su TCC. La parte A tiene que ser completada por usted, y la parte B, en el reverso de este formulario, por el proveedor de cuidado de niños. Use un formulario por separado para cada proveedor de cuidado de niños.

¿NECESITA AYUDA? HABLE CON SU TRABAJADOR DE TCC.

MES DE CUIDADO:

SOLO PARA USO DEL CONDADO

Date received:

Worker Number:

Case Number:

PARTE A - EL BENEFICIARIO LLENA ESTA SECCION.

NOMBRE (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)	DOMICILIO NUMERO CALLE
1.	
TELEFONO EN CASA ( )	TELEFONO EN EL TRABAJO ( )

CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL

2. Anote el nombre de cada miembro de la familia que trabajó y las horas que trabajó este mes. Adjunte pruebas.

NOMBRE	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5
	Número de horas trabajadas por semana				
	Horario de trabajo durante esta semana				
	__:__a__:__	__:__a__:__	__:__a__:__	__:__a__:__	__:__a__:__

NOMBRE	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5
	Número de horas trabajadas por semana				
	Horario de trabajo durante esta semana				
	__:__a__:__	__:__a__:__	__:__a__:__	__:__a__:__	__:__a__:__

☐ Total Hours Worked Verified

3. Los ingresos de mi familia se han reducido y quiero que se vuelva a calcular mi cuota familiar. Si contesta "SI", explique: ☐ **SI** ☐ **NO**

☐ RMR Verified Due to child's birthday or change in provider

4. Pagué gastos de cuidado de niños este mes. Si contesta "SI", complete a continuación. ☐ **SI** ☐ **NO**

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE DEL PROVEEDOR	CANTIDAD QUE SE DEBE	CANTIDAD QUE SE PAGO

For License Exempt Provider

☐ Applied for Trustline

☐ Trustline Registered

☐ Exempt from Trustline

5. He cambiado de proveedor de cuidado de niños desde mi última solicitud para un pago de TCC. ☐ **SI** ☐ **NO**
Si contesta "SI", su nuevo proveedor tiene que ser aprobado antes que pueda recibir un pago.

6. Mi proveedor de cuidado de niños requiere que se le pague por adelantado y estoy solicitando un adelanto. ☐ **SI** ☐ **NO**

7. Pagué una cuota de solicitud, registro, o servicio. (Incluya las cuotas de útiles o catre (cama), etc.) Si contesta "SI", complete a continuación y adjunte pruebas. ☐ **SI** ☐ **NO**

Clase de cuota y período de tiempo que cubre	Nombre del proveedor	Cantidad que se cobró	Fecha del pago

☐ Fee Verified

CERTIFICACION

Entiendo que:

- es posible que se revise y verifique cualquiera de las declaraciones en este formulario.
- el proveedor de cuidado de niños tiene que tener licencia o estar exento del requisito de tenerla para que yo pueda recibir un pago de TCC.
- si mi proveedor de cuidado de niños está exento del requisito de tener licencia, tengo que ayudarle a solicitar que se le inscriba en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados *(Trustline Registration)*, a menos que sea tía, tío, abuela, o abuelo de los niños que estén a su cargo o a menos que el cuidado se proporcione en una escuela o un establecimiento de recreación.
- el condado pagará beneficios de TCC solamente por las horas de cuidado de niños que estén relacionadas de manera razonable a las horas que trabajo y al tiempo que necesito para transporte.
- tengo que avisarle a mi trabajador de TCC antes que pasen 10 días a partir de la fecha en que ocurra cualquier cambio en mis ingresos, horas de trabajo, o familia. También tengo que avisarle a mi trabajador cuando reciba otra ayuda para pagar los gastos de cuidado de niños.
- tengo derecho a escoger al proveedor de cuidado de niños que más nos convenga a mí y a mis hijos, y que el condado puede visitar el local.
- tengo que pagar las mismas cuotas o cuotas más bajas que el proveedor de cuidado de niños cobra por sus servicios a otros niños.
- el pago de cuidado de niños que se reporta en este formulario se puede reportar a las oficinas federales y estatales apropiadas, incluyendo el Departamento de Impuestos Federales (IRS) y el Departamento de Impuestos del Estado (FTB).
- tengo que reembolsar cualquier beneficio de TCC que no tenga derecho a recibir.
- el condado no actúa como patrón o empleador del proveedor de cuidado de niños y no tiene una relación de negocios ni un contrato con el proveedor cuando se le haga un pago de TCC.
- si decido que el cuidado de niños se lleve a cabo en mi casa, yo soy el empleador y tengo la responsabilidad del impuesto del Seguro Social. Además, entiendo que, dependiendo del número de horas que trabajen los que proveen el cuidado, es posible que tenga que pagarles al menos el salario mínimo y que sea responsable de pagar los impuestos estatales de incapacidad y los impuestos estatales y federales de desempleo.
- autorizo al condado a obtener cualquier verificación necesaria para tramitar esta solicitud.

Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información en esta solicitud es verdadera, correcta, y completa, y que se proporcionó el cuidado de niños.

FIRMA DEL BENEFICIARIO	FECHA

PARTE B - EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS LLENA ESTA SECCION.
(Nota: Para ser llenada solamente por el proveedor.)

1. NOMBRE DEL PROVEEDOR	DIRECCION DEL PROVEEDOR NUMERO	CALLE
NUMERO DEL SEGURO SOCIAL O NUMERO DE IDENTIFICACION PARA IMPUESTOS	CIUDAD	ESTADO / ZONA POSTAL
TELEFONO ( )	FAMILIAR DEL NIÑO ☐ SI ☐ NO	Si contesta "SI", especifique el parentesco _____
	TENGO AL MENOS 18 AÑOS DE EDAD ☐ SI ☐ NO	

2. Indique dónde se proporcionó el cuidado y el tipo de cuidado (✓):

☐ Cuidado de niños durante el día en un hogar con licencia ☐ Exento - En el hogar del niño ☐ Exento - Centro administrado por empleados de la escuela

☐ Guardería infantil con licencia ☐ Exento - No en el hogar del niño

Si tiene licencia, su número de licencia es: _____

3. ¿Cuánto y cómo cobra por el cuidado de niños?

$ _____ por ☐ hora ☐ día ☐ semana ☐ mes

$ _____ por ☐ hora ☐ día ☐ semana ☐ mes

¿Requiere que se le pague por adelantado?

☐ SI ☐ NO

Si contesta "SI", adjunte una copia por escrito de su requisito.

4. Anote por separado el costo con respecto a cada niño.

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Cantidad que se cobró por el mes	Cantidad que se pagó por el mes	Cantidad que se debe por el mes	Fecha en que se pagó
a. Nombre del niño	Número de horas de cuidado por semana								
						$	$	$	
	Horario de cuidado durante esta semana								
	__:__a__:__	__:__a__:__	__:__a__:__	__:__a__:__	__:__a__:__				
b. Nombre del niño	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Cantidad que se cobró por el mes	Cantidad que se pagó por el mes	Cantidad que se debe por el mes	Fecha en que se pagó
	Número de horas de cuidado por semana								
						$	$	$	
	Horario de cuidado durante esta semana								
	__:__a__:__	__:__a__:__	__:__a__:__	__:__a__:__	__:__a__:__				
c. Nombre del niño	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Cantidad que se cobró por el mes	Cantidad que se pagó por el mes	Cantidad que se debe por el mes	Fecha en que se pagó
	Número de horas de cuidado por semana								
						$	$	$	
	Horario de cuidado durante esta semana								
	__:__a__:__	__:__a__:__	__:__a__:__	__:__a__:__	__:__a__:__				
d. Nombre del niño	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Cantidad que se cobró por el mes	Cantidad que se pagó por el mes	Cantidad que se debe por el mes	Fecha en que se pagó
	Número de horas de cuidado por semana								
						$	$	$	
	Horario de cuidado durante esta semana								
	__:__a__:__	__:__a__:__	__:__a__:__	__:__a__:__	__:__a__:__				

5. De acuerdo con las reglas de TCC, la familia tiene que pagarle una cuota familiar cada mes. ¿Hay alguna cuota familiar atrasada que se le debe? ☐ SI ☐ NO

Si contesta "SI", explique por favor:

CERTIFICACION

Entiendo que:

- tengo que tener al menos 18 años de edad y tener una licencia para el cuidado de niños durante el día, o tengo que no necesitarla (estar exento) para poder recibir un pago de TCC.
- si soy un proveedor que está exento del requisito de tener una licencia, tengo que solicitar que se me inscriba en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados *(Trustline Registration),* a menos que sea tía, tío, abuela, o abuelo de los niños que estén a mi cargo o a menos que el cuidado se proporcione en una escuela o un establecimiento de recreación.
- tengo que proveer un lugar limpio, saludable y seguro para el cuidado de niños y entiendo que el condado puede visitar el local.
- tengo que cobrarle al beneficiario mencionado en la primera página de este formulario las mismas cuotas o cuotas más bajas que les cobro a otros clientes por el mismo servicio.
- tengo que reembolsar cualquier beneficio de TCC que no tenga derecho a recibir.
- es posible que se verifique con la Administración del Seguro Social (SSA) el número del Seguro Social que proporcioné en la parte de arriba.
- el pago de cuidado de niños que se reporta en este formulario se puede reportar a las oficinas federales y estatales apropiadas, incluyendo el Departamento de Impuestos Federales (IRS) y el Departamento de Impuestos del Estado (FTB).
- el condado no actúa como mi patrón o empleador y no tiene una relación de negocios ni un contrato conmigo cuando recibo un pago de TCC.

Declaro que proporcioné el cuidado de niños como se indica en la parte de arriba y que las horas de cuidado y la cantidad total pagada, las cuales también se indican en la parte de arriba, son verdaderas y correctas.

Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información en esta solicitud es verdadera, correcta, y completa, y que se proporcionó el cuidado de niños.

FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

TRANSITIONAL CHILD CARE (TCC) REPAYMENT AGREEMENT

CASE NUMBER

WORKER

NAME

CASE NAME

ADDRESS

TERMS AND CONDITIONS

You must repay what you owe by the method(s) listed below:

1. Lump Sum Payment - You may repay with cash all or part of what you owe.

2. Payment Reduction - If you get TCC payments, you may repay by having your payments reduced. Repayment by this method will be based on:
   - ☐ 20% of your monthly payment
   - ☐ Talk to us about the amount to be reduced.

3. Installments - You may repay with cash what you owe by monthly payments.

4. Court Ordered Repayment
   - ☐ The court ordered that you repay as shown below. These repayment terms cannot be changed.

If we have not talked to you about the terms of this Agreement, or if you have any questions, please call us at_____.

After you complete and sign this Agreement, return all copies to the County in the envelope provided. Do not send cash with this agreement. When approved by the County, a signed copy of this agreement will be sent to you.

AGREEMENT

I, _____, understand this Agreement is between _____County and me because extra TCC money in the amount of $ _____ was paid. I agree to repay this amount by the method(s) checked below:

☐ Lump Sum Payment
I will repay by a lump sum cash payment of $ _____ due on _____.

☐ Monthly payment reduction
I will repay by having my TCC payments reduced by $ _____ each month, beginning _____.

☐ Monthly Cash Installment Payments
I will repay by monthly cash payments of $_____ due on the first day of each month beginning _____.

I also understand and agree that:

1. My repayment plan is based on my current ability to pay as figured by the County. Any changes in my ability to pay may change my monthly payments._____ Initials
2. If anything changes, I may ask the County to refigure the terms checked above._____ Initials
3. If I do not pay as agreed or if I no longer get any TCC and I do not get a new payment plan, the County may ask for the total amount owed._____ Initials
4. I understand that if I do not pay back the County as I have agreed, they can sue me to recover the amount owed, even if it is beyond the three-year time limit in the law._____ Initials
5. If I do not pay as agreed and the County sues me to collect the amount owed, I may have to pay collection costs, attorney fees, court costs, and interest._____ Initials
6. If I do not pay, the County may take my state income tax refund and/or ask the court to attach my wages or any property I own._____ Initials

Signature | Date | County

To be completed by the County:

The above signed Agreement has been accepted by _____ on _____ Date

for _____ County. Payments should be made at:

_____
(Signature of Authorized County Official)

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

TRANSITIONAL CHILD CARE (TCC) STATUS REPORT

Month 1	Month 2	Month 3

THIS STATUS REPORT IS FOR THE MONTHS OF:

RETURN THIS FORM NO LATER THAN THE 21ST DAY OF_____.

IMPORTANT: COMPLETE, SIGN, AND RETURN THIS REPORT TO YOUR TCC WORKER IN THE ENCLOSED ENVELOPE. Attach proof of your income and total work hours for the three months noted above. You will get only this one report which is due in the 4th month of your TCC eligibility period. If you do not complete and return the report, you will not get TCC benefits beginning with the 7th month of your eligibility period. If you have any questions regarding this form or the items to be reported, contact your TCC worker.

INSTRUCTIONS:
IF YOU WANT YOUR TCC TO STOP, PLEASE COMPLETE AND SIGN PART A.
IF YOU WANT YOUR TCC ELIGIBILITY TO CONTINUE, PLEASE COMPLETE AND SIGN PART B.

PART A. DISCONTINUANCE REQUEST

I request that my ***Transitional Child Care*** be stopped on the last day of_____.
Month Year

SIGNATURE | DATE

PART B. ELIGIBILITY STATUS INFORMATION

1. Did anyone receive any income, money, or benefits during the report period? ☐ Yes ☐ No
(This includes salaries, wages, tips, commissions, bonuses, and vacation pay.) If "YES", attach proof.
Or, if you gave the proof to your Transitional Medi-Cal (TMC) worker, check here ☐

Who Received Income, Money, or Benefits	Type of Income, Money or Benefits (see list above) and Source	Month 1	Month 2	Month 3
		Amount Before Deductions :$	Amount Before Deductions: $	Amount Before Deductions: $
		Hours Worked:	Hours Worked:	Hours Worked:
		Dates Received:	Dates Received:	Dates Received:
		Amount Before Deductions $	Amount Before Deductions: $	Amount Before Deductions: $
		Hours Worked:	Hours Worked:	Hours Worked:
		Dates Received:	Dates Received:	Dates Received:
		Amount Before Deductions: $	Amount Before Deductions: $	Amount Before Deductions: $
		Hours Worked:	Hours Worked:	Hours Worked:
		Dates Received:	Dates Received:	Dates Received:
		Amount Before Deductions: $	Amount Before Deductions: $	Amount Before Deductions: $
		Hours Worked:	Hours Worked:	Hours Worked:
		Dates Received:	Dates Received:	Dates Received:

2. Did you have changes in your family or household during the time specified? (Include change of address, change of child care provider, change of employment, anyone that moved into or out of your home, or anyone who was born or who died.) ☐ Yes ☐ No

If "YES" complete the following:

Name	Relationship	What Happened	Date

CERTIFICATION

I understand that reported facts may result in my TCC benefits being changed or stopped.

I understand that the statements I have made on this form are subject to investigation and verification.

I understand that I must tell my TCC worker within 10 days of any change in my income or family size.

I understand that failing to report facts or giving wrong or incomplete facts can result in legal prosecution with penalties of a fine, imprisonment or both.

I understand that I must repay any TCC benefits I am not entitled to get, even when the benefits are paid directly to the child care provider.

I DECLARE UNDER PENALTY OR PERJURY UNDER THE LAWS OF THE UNITED STATES AND THE STATE OF CALIFORNIA THAT THE INFORMATION CONTAINED IN THIS REPORT IS TRUE AND CORRECT AND IS COMPLETE FOR THE ENTIRE REPORT PERIOD.

SIGNATURE OR MARK OF APPLICANT	SOCIAL SECURITY NUMBER	DATE	PHONE
SIGNATURE OF WITNESS TO MARK, INTERPRETER, OR OTHER PERSON		DATE	PHONE

INFORME SOBRE LA SITUACION EN RELACION AL PROGRAMA DE TRANSICION DE CUIDADO DE NIÑOS (TCC)

Mes 1	Mes 2	Mes 3

ESTE INFORME ES EN RELACION A LOS MESES DE:

DEVUELVA ESTE FORMULARIO A MAS TARDAR EL 21 DE _____.

IMPORTANTE: COMPLETE ESTE INFORME, FIRMELO Y DEVUELVASELO A SU TRABAJADOR DE TCC EN EL SOBRE ADJUNTO. Adjunte pruebas de sus ingresos y del número total de horas trabajadas durante los tres meses mencionados arriba. Sólo recibirá este informe, el cual tiene que entregarlo el cuarto mes de su período de elegibilidad para recibir TCC. Si usted no completa y devuelve el informe, no recibirá los beneficios de TCC a partir del séptimo mes de su período de elegibilidad. Si tiene alguna pregunta en relación a este formulario o a lo que tiene que reportar, comuníquese con su trabajador de TCC.

INSTRUCCIONES:
SI QUIERE QUE SU TCC SE DESCONTINUE, POR FAVOR COMPLETE Y FIRME LA PARTE A.
SI QUIERE QUE SU ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR TCC CONTINUE, POR FAVOR COMPLETE Y FIRME LA PARTE B.

PARTE A. SOLICITUD PARA LA DESCONTINUACION DE BENEFICIOS

Solicito que mis beneficios del ***Programa de Transición de Cuidado de Niños*** sean descontinuados a partir del último día del mes de _____.
Mes Año

FIRMA | FECHA

PARTE B. INFORMACION SOBRE LA SITUACION DE ELEGIBILIDAD

1. ¿Recibió alguien ingresos, dinero o beneficios durante el período que cubre este informe? ☐ Sí ☐ No
(Esto incluye salarios, jornales, propinas, comisiones, bonificaciones y pago de vacaciones.) Si la respuesta es "SI", adjunte pruebas. O, si le dió las pruebas a su trabajador de Medi-Cal de transición (TMC), marque aquí ☐

¿Quién recibió ingresos, dinero o beneficios?	Clase de ingresos, dinero o beneficios (vea la lista de arriba) y de dónde provinieron	Mes 1	Mes 2	Mes 3
		Cantidad antes de las deducciones: $	Cantidad antes de las deducciones: $	Cantidad antes de las deducciones: $
		Horas trabajadas:	Horas trabajadas:	Horas trabajadas:
		Fecha en que la recibió:	Fecha en que la recibió:	Fecha en que la recibió:
		Cantidad antes de las deducciones: $	Cantidad antes de las deducciones: $	Cantidad antes de las deducciones: $
		Horas trabajadas:	Horas trabajadas:	Horas trabajadas:
		Fecha en que la recibió:	Fecha en que la recibió:	Fecha en que la recibió:
		Cantidad antes de las deducciones: $	Cantidad antes de las deducciones: $	Cantidad antes de las deducciones: $
		Horas trabajadas:	Horas trabajadas:	Horas trabajadas:
		Fecha en que la recibió:	Fecha en que la recibió:	Fecha en que la recibió:
		Cantidad antes de las deducciones: $	Cantidad antes de las deducciones: $	Cantidad antes de las deducciones: $
		Horas trabajadas:	Horas trabajadas:	Horas trabajadas:
		Fecha en que la recibió:	Fecha en que la recibió:	Fecha en que la recibió:

2. ¿Hubo algún cambio en su familia o en su grupo para fines de estampillas para comida durante el período especificado? (Incluya cambio de dirección, cambio de proveedor de cuidado de niños, cambio de empleo, a cualquier persona que se haya mudado a, o fuera de su hogar, o a cualquier persona que haya nacido o muerto.)
Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente:

☐ Sí ☐ No

Nombre	Relación/parentesco	¿Qué ocurrió?	Fecha

CERTIFICACION

Entiendo que la información que reporté puede hacer que mis beneficios de TCC cambien o sean descontinuados.

Entiendo que se pueden investigar y verificar las declaraciones que he hecho en este formulario.

Entiendo que debo informarle a mi trabajador de TCC antes de que pasen 10 días, sobre cualquier cambio en relación a mis ingresos o al número de personas en mi familia.

Entiendo que el no reportar información o el proveer información equivocada o incompleta puede resultar en que se me enjuicie legalmente y que se me puede castigar con una multa, prisión o ambas.

Entiendo que debo reembolsar los beneficios de TCC a los que no tengo derecho, aún si los beneficios le fueron pagados directamente al proveedor de cuidado de niños.

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO, EN CONFORMIDAD CON LAS LEYES DE LOS ESTADOS UNIDOS Y DEL ESTADO DE CALIFORNIA, QUE LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTE INFORME ES VERDADERA, CORRECTA Y COMPLETA EN RELACION AL PERIODO QUE CUBRE ESTE INFORME.

FIRMA O MARCA DEL SOLICITANTE	NUMERO DEL SEGURO SOCIAL	FECHA	TELEFONO
FIRMA DEL TESTIGO QUE PRESENCIO LA MARCA, DEL INTERPRETE O DE OTRA PERSONA		FECHA	TELEFONO

SUMMARY OF TCC NOTICES OF ACTION REVISIONS

NEW FORM NUMBER	FORM DESCRIPTION	REVISION DATE	ACTION	PREVIOUS FORM/ MESSAGE NUMBER	PREVIOUS REVISION DATE	REASON(S) FOR REVISION *(See Key Below)*
NA 121	Change - Aid Paid Pending	12/96	REPLACES	M47-APP1	8/94	A, E
NA 122	Restore - Aid Paid Pending	12/96	REPLACES	M47-APP2	8/94	A, E
NA 123	Change - Change in Family Fee	12/96	REPLACES	M47-130	8/94	A, C
NA 124	Change - Change in TCC Payment Limit	12/96	REPLACES	M47-155A	8/94	A, C
NA 125	Approve - Eligible for TCC Payment of Registration Fee	12/96	REPLACES	M47-155B	8/94	A
NA 126	Denial - Ineligible for TCC Payment of Registration Fee	12/96	REPLACES	M47-155C	8/94	A
NA 127	Change - Change in Method of Payment	12/96	REPLACES	M47-165	8/94	A
NA 128	Suspense - Incomplete TCC 43	12/96	REPLACES	M47-175	8/94	A
NA 129	Change - TCC Overpayment Adjustment	12/96	REPLACES	M47-190	8/94	A, C
NA 130	Demand - TCC Demand Notice	12/96	REPLACES	M47-190A	8/94	A
NA 131	Demand - TCC Overpayment for Child Care Provider	12/96	REPLACES	M47-190C	8/94	A, C
NA 132	Change - TCC Underpayment Adjustment	12/96	REPLACES	M47-190D	8/94	A
NA 150	Denial - Ineligible for TCC	1/97	REPLACES	M47-120	10/95	A, B, C
NA 151	Discontinuance - Ineligible for TCC	1/97	REPLACES	M47-120A	8/94	A, B, C
NA 152	Approve - Eligible for TCC	1/97	REPLACES	M47-125	8/94	A, B
NA 153	Approve - Eligible for TCC and Advance Payment	1/97	REPLACES	M47-125A	8/94	A, B
NA 154	Change - Change in TCC Eligibility Period	1/97	REPLACES	M47-125B	8/94	A, B
NA 155	TCC Payment Denial	1/97	REPLACES	M47-140	8/94	A
NA 156	TCC Payment Change	1/97	REPLACES	M47-145	7/94	A, D

Key to Reason(s) for Revision:

A: Change from M Series (Message) to NA Series (Form)
B: Remove/Change reference(s) to 12-month eligibility period
C: Minor changes to language
D: Minor change to format of computation
E: Add applicable rule

INSTRUCTIONS FOR USAGE AND COMPLETION OF TCC NOTICES OF ACTION (NOAS)

NA 121 (Replaces M47-APP1)

Use to notify the recipient of Aid Paid Pending the State Hearing filed due to the reduction in TCC benefits.

- Fill in the effective date of the action and the old and new TCC amounts.

NA 122 (Replaces M47-APP2)

Use to notify the recipient of Aid Paid Pending the State Hearing filed due to the discontinuance of TCC benefits.

- Fill in the effective date of the action.

NA 123 (Replaces M47-130)

Use to change the amount of the family fee.

- Fill in the effective date of the action and the old and new family fee amounts.
- Fill in the income amount and family size.
- Identify each person and their income.
- Fill in the total of the TCC family's income.

NA 124 (Replaces M47-155A)

Use to change the maximum amount that the County will pay for a child's TCC.

- Fill in the effective date of the action.
- Check the appropriate box to indicate the reason(s) for the change.
  - If the "other" box is checked, specify the reason for the action.
- Identify each eligible child, eligible child care provider and the appropriate rate ceiling. (Note: If the recipient's work hours fluctuate and the hours of care are different each month, provide both the full-time and part-time rate ceilings.)

NA 125 (replaces M47-155B)

Use to approve a request for payment of one-time-only registration, application or service fee(s).

- Fill in the effective date and the amount of payment.

NA 131 (Replaces M47-190C)

Use to notify a child care provider of a TCC overpayment and the subsequent demand for repayment.

- Fill in the case name, the appropriate month(s) and the amount of overpayment.
- Complete the overpayment computation(s).

NA 132 (Replaces M47-190D)

Use to notify recipient of an underpayment.

- Fill in the appropriate month(s) and the total amount of the underpayment.
- Fill in the correct amount and the amount issued.
- Complete the underpayment computation(s).

NA 150 (Replaces M47-120)

Use to deny a TCC application.

- Fill in the effective date of the action.
- Check the appropriate box to indicate the reason(s) for the action.
  - If the "missing facts" box is checked, specify what information the client did not provide.
  - If the "number of months to apply" box is checked, specify the number of months (12 or 24) which the applicant had to apply.
  - If the "child support" box is checked, specify what action was necessary.
  - If the "other" box is checked, specify the reason for the action.

NA 151 (Replaces M47-120A)

Use to discontinue TCC when the recipient becomes ineligible.

- Fill in the effective date of the action.
- Check the appropriate box to indicate the reason for the action.
  - If the "time limit reached" box is checked, specify indicate the number of months (12 or 24) TCC benefits could be received.
  - If the "non-compliance with the child support rules" box is checked, specify what action was necessary.
  - If the "non-payment of the family fee" box is checked, fill in the amount owed. (Note: When using this reason, the discontinuance date should be the first day of the month following 30 calendar days after the NOA is issued.)
  - If the "other" box is checked, specify the reason for the action.

NA 155 (Replaces M47-140)

Use to deny a TCC payment request.

- Fill in the date of the action and the appropriate month of request.
- Check the appropriate box to indicate the reason for the action.
  - If the other box is checked, specify the reason for the action.

NA 156 (Replaces M47-145)

Use to notify recipient when the amount of the TCC payment is less than the amount claimed but is within the rate ceiling. (Notes: Send this NOA at the same time as the payment. If you are approving the payment for the entire amount claimed, use the NA 157)

- Fill in the month of the action and the payment amount.
- Check the appropriate box.
  - If the "other" box is checked, specify the reason for the action.
- Complete the applicable computation(s).

NA 157 (Replaces M47-145A)

Use to approve a TCC payment only if you send an approval every month as in SAWS. (Notes: Send this NOA at the same time as the payment. If not approving the payment for the entire amount requested on the TCC 43, use the NA 156)

- Fill in the effective month of the action and the payment amount.
- Check the box if Trustline registration is required.
  - Fill in the date on which payments to the provider will be stopped if Trustline registration requirements are not met.
- Complete the applicable computation(s).

NA 158 (Replaces M47-175A)

Use to notify recipient of an incomplete TCC Status Report (TCC 85). (Note: Circle incomplete items on the TCC 85 and return it with this NOA.)

- Fill in the seventh month of the TCC eligibility period. (Note: This NOA must be sent within ten calendar days after the receipt of an incomplete TCC 85.)

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone : _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

As of _____ , the County is changing your Transitional Child Care (TCC) benefits from $_____ to $_____.

Here's why:

You said you do not agree with the cut in the amount of your TCC that the County told you about and you asked for a State Hearing. Since you asked for the hearing before the amount of your TCC was cut, you will get the old amount of TCC.

If you lose your State Hearing and the hearing decision says the County was right in cutting the amount of your TCC benefits, you will have to pay back the extra TCC you get.

Rules: These rules apply; you may review them at your Welfare Office: MPP 22-072.6.

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja, se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

A partir de _____, el condado cambiará sus beneficios del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC) de $_____ a $_____.

La razón es la siguiente:

Usted dijo que no está de acuerdo con la reducción en su cantidad de TCC de la que el condado le habló y en relación a la cual usted solicitó una audiencia con el estado. Ya que usted solicitó la audiencia antes de que se redujera la cantidad de su TCC, usted recibirá su cantidad antigua de TCC.

Si la audiencia con el estado no resulta a su favor y la decisión de la misma establece que el condado tuvo razón en reducir la cantidad de sus beneficios de TCC, usted tendrá que reembolsar la cantidad adicional de TCC que reciba.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 22-072.6

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone : _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

As of _____ , the County is placing you back on the Transitional Child Care (TCC) Program.

Here's why:

You said you do not agree with the County stopping your TCC and you asked for a State Hearing. Since you asked for the hearing before the amount of your TCC stopped, you will get TCC but only until the end of your TCC eligibility period.

If you lose your State Hearing and the hearing decision says the County was right in stopping your TCC, you will have to pay back the extra TCC you get.

Rules: These rules apply; you may review them at your Welfare Office: MPP 22-72.6.

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Case Number : _____
Worker Name : _____
Worker Number : _____
Telephone : _____
Address : _____
_____
_____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

As of _____, the County is changing the amount of the family fee you must pay each month to your child care provider for the Transitional Child Care (TCC) Program from $_____ to $ _____.

Here's why:

We have refigured your family fee based on your income of $_____ and family size of _____.

_____	$ _____
_____	_____
_____	_____
Total Income:	$ _____

Your family fee may be refigured. If your income or your family size changes, you can ask at anytime for your family fee to be refigured.

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MPP 47-130.1

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____
_____
_____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja, se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

A partir de _____, el condado cambiará de $_____ a $_____ la cantidad de la cuota familiar que usted debe pagarle cada mes al proveedor de cuidado de niños del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC).

La razón es la siguiente:

Hemos calculado nuevamente su cuota familiar en base a sus ingresos de $_____ y el tamaño de su familia de _____ personas.

_____ $ _____
_____ _____
_____ _____
Ingresos totales: $ _____

Es posible que su cuota familiar se vuelva a calcular. Si sus ingresos o el tamaño de su familia cambian, usted puede pedir, en cualquier momento, que se vuelva a calcular su cuota familiar.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 47-130.1

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone : _____
Address : _____
_____
_____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

As of _____ , the County is changing the most we will pay for your Transitional Child Care (TCC). There is no change in your family fee .

Here's why:

- ☐ Your child's care provider has changed.
- ☐ Your child's age has changed.
- ☐ Your child has a change in the hours of care.
- ☐ The TCC payment limit set by the State of California has changed.
- ☐ Other:

The most we will pay for each eligible child and eligible child care provider is:

Child's Name:	Provider's Name:	Payment Limit:
_____	_____	$ _____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

If your child care cost minus your family fee is less than your payment limit, we will pay the lower amount

If you change your child care provider or your work hours, the payment limits listed on this notice may change. Tell your worker immediately of any changes.

If you think this notice is wrong, call your worker.

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MPP 47-155.1, 47-155.4, 47-155.7.

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____
_____
_____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja, se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

A partir de _____, el condado cambiará la cantidad máxima que pagará en relación al Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC). No ha cambiado su cuota familiar.

La razón es la siguiente:

- ☐ Su hijo tiene un nuevo proveedor de cuidado de niños.
- ☐ Ha cambiado la edad de su hijo.
- ☐ Han cambiado las horas de cuidado para su hijo.
- ☐ Ha cambiado el límite del pago de TCC establecido por el Estado de California.
- ☐ Otra:

La cantidad máxima que pagaremos por cada niño elegible y a cada proveedor elegible es la siguiente:

Nombre del niño:	Nombre del proveedor:	Límite del pago:
_____	_____	$ _____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si el costo de su cuidado de niños, después de restar su cuota familiar, es menos que el límite de su pago, pagaremos la cantidad que sea menor.

Si usted cambia de proveedor de cuidado de niños o cambia sus horas de trabajo, pudieran cambiar los límites de pagos que se indican en esta notificación. Notifíquele de inmediato a su trabajador si hay algún cambio.

Si cree que hay algún error en esta notificación, llame a su trabajador.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 47-155.1, 47-155.4, 47-155.7.

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone : _____
Address : _____
_____
_____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

As of _____, the County has approved your request for a Transitional Child Care (TCC) payment for $_____ for the application, registration, or service fee(s) charged by your child care provider(s)

If you have any questions, call your worker.

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MPP 47-155.5

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____
_____
_____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja, se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

A partir de _____, el condado ha aprobado su solicitud para el pago proveniente del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC) por la cantidad de $_____ para pagar las cuotas de solicitud, registro, o servicio que sus proveedores de cuidado de niños cobran.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su trabajador.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 47-155.5

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone : _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

As of _____ , the County has denied your request for a Transitional Child Care (TCC) payment of the application, registration, or service fee charged by your child care provider.

Here's why:

- ☐ You already paid the fee to the same child care provider for the same child during the same time period.
- ☐ The fee is charged by your child care provider more than once a year and must be added to your monthly child care costs and must be under the payment limit. When we added the fee amount to your child care costs, it was over the payment limit.
- ☐ You did not give us a copy of the receipt or a copy of the child care provider's written policy which explains the fee.
- ☐ Your child care provider does not have a day care license and cannot charge a fee.
- ☐ Other:

If you have any questions, call your TCC worker.

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MPP 47-155.5.

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____
_____
_____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja, se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

A partir de _____, el condado no aprobó su solicitud para el pago, proveniente del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC), de la cuota de solicitud, registro, o servicio que su proveedor de cuidado de niños cobra.

La razón es la siguiente:

- ☐ Usted ya le pagó esta cuota al mismo proveedor de cuidado de niños para el mismo niño y por el mismo período de tiempo.
- ☐ Su proveedor de cuidado de niños cobra esta cuota más de una vez al año. Esta cuota se tiene que añadir a los costos mensuales para el cuidado de sus niños y tiene que estar por debajo del límite permitido. Cuando añadimos la cuota a los costos del cuidado de sus niños, esta cuota fue más que el límite permitido.
- ☐ Usted no nos proporcionó una copia del recibo o una copia por escrito de la normas de su proveedor de cuidado de niños en la cual se explique la cuota.
- ☐ Su proveedor de cuidado de niños no tiene una licencia para cuidar niños y no puede cobrar una cuota.
- ☐ Otra:

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el trabajador encargado de su caso de TCC.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 47-155.5

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone : _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

As of _____ , the County is changing how your Transitional Child Care (TCC) will be paid.

Here's why:

☐ You will not be paid directly for the County share of your child care costs. Your TCC will be paid by a:

- ☐ Vendor payment.
- ☐ Two-party check.
- ☐ Voucher payment.
- ☐ Other:

☐ You will now be paid directly for the County share of your child care costs. You must pay your child care provider.

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MPP 47-165.1, 47-165.4.

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja, se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

A partir de _____, el condado cambiará el sistema que usa para pagar los beneficios del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC).

La razón es la siguiente:

☐ No se le pagará directamente a usted la parte de sus gastos de cuidado de niños que el condado contribuye. Su TCC se pagará por medio de un:

- ☐ Pago al proveedor.
- ☐ Cheque pagadero a dos partes.
- ☐ Pago por medio de un vale.
- ☐ Otro:

☐ Ahora se le pagará directamente a usted la parte de sus gastos de cuidado de niños que el condado contribuye. Usted tiene que pagarle a su proveedor de cuidado de niños.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 47-165.1, 47-165.4

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone : _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

The Request for Transitional Child Care (TCC) Payment (TCC 43) you sent for the month of _____ is not complete.

You will not get a TCC payment unless you send or bring in a completed TCC 43. If you complete the circled items on the enclosed TCC 43 and send or bring it to your worker, you may get the TCC payment.

Comments:

If you have any questions, call your TCC worker.

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MPP 47-175.1.

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____
_____
_____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja, se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

La Solicitud para pago del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC 43) que usted envió para el mes de _____ no está completa.

Usted no recibirá un pago del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC) a menos que envíe o traiga un formulario TCC 43 ya completo. Si usted completa los artículos que se han encerrado en un círculo en el formulario TCC 43 que se adjunta, y lo envía o se lo trae a su trabajador, es posible que reciba el pago de TCC.

Comentarios:

Si tiene alguna pregunta, llame a su trabajador de TCC.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 47-175.1

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone : _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

As of _____ , the County will lower your Transitional Child Care (TCC) money by $_____ each month.

Here's why:

You were overpaid $_____ . You should have gotten $_____ of TCC money, but you got $_____ .

This notice shows the money you were paid and what you should have been paid for each month of overpayment. It also shows the total amount you owe.

Your monthly TCC payment(s) will be reduced each month, until the amount you owe is paid back. If you go off TCC before your overpayment is paid back, the County will take action to collect.

If, in the future, you get AFDC, you may ask to have your AFDC grant lowered to pay what you owe.

You do not have to use any Social Security or SSI benefits you get to repay this overpayment.

If you pay by check or money order, send or bring it to:

If you pay by cash, pay in person. Be sure to ask for a numbered receipt with the County's name on it.

If you have any questions call your TCC worker.

WARNING: If you think this overpayment is wrong, this is your last chance to ask for a hearing. The back of this page tells how. If you stay on TCC, the County can collect the overpayment by lowering your monthly benefit. If you go off TCC before the overpayment is paid back, the County may take what you owe out of your state income tax refund.

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MPP 47-190.1, 47-190.2, 47-190.3.

OVERPAYMENT COMPUTATION

Month and Year		_____		
Gross Income	$	_____		
Family Size		_____		
Family Fee	$	_____		
Child's Name		_____	_____	_____
Max. TCC Allowed	$	_____	_____	_____
Subtotal A			$	
Child Care Cost	$	_____	_____	_____
Subtotal B			$	
Less Family Fee			–	
Subtotal C			$	
TCC Paid	$	_____		
Less Correct TCC (Lesser of A or C)	–			
TCC Overpayment	$			

Month and Year		_____		
Gross Income	$	_____		
Family Size		_____		
Family Fee	$	_____		
Child's Name		_____	_____	_____
Max. TCC Allowed	$	_____	_____	_____
Subtotal A			$	
Child Care Cost	$	_____	_____	_____
Subtotal B			$	
Less Family Fee			–	
Subtotal C			$	
TCC Paid	$	_____		
Less Correct TCC (Lesser of A or C)	–			
TCC Overpayment	$			

MONTHLY ADJUSTMENT

Overpayment Total (All Months) $ _____

☐ Agency Error
☐ Client Error

Monthly Adjustment Amount $ _____

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja, se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

A partir de _____, el condado reducirá cada mes la cantidad de $_____ del dinero que usted recibe del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC).

La razón es la siguiente:

Usted recibió un pago excesivo por la cantidad de $_____. Usted debió haber recibido $_____ en dinero de TCC, pero recibió la cantidad de $_____.

Esta notificación indica la cantidad de dinero que se le pago y lo que se le debería haber pagado durante cada uno de los meses en que recibió un pago excesivo. También indica la cantidad total que usted debe.

Sus pagos mensuales de TCC se reducirán cada mes hasta que la cantidad que usted debe se termine de pagar. Si usted deja de recibir TCC antes de que su pago excesivo se termine de pagar, el condado tomará otras medidas para recuperar ese dinero.

Si en el futuro, usted recibe beneficios del Programa de Asistencia para Familias con Niños Necesitados (AFDC), puede solicitar que se reduzca su pago de AFDC para pagar lo que debe.

Usted no tiene que usar los beneficios que recibe del Seguro Social o de los Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI) para pagar el pago excesivo.

Si paga con cheque o giro, envíelo o traígalo a:

Si paga con dinero en efectivo, pague en persona. Asegúrese de solicitar un recibo numerado que tenga el nombre del condado.

Si tiene alguna pregunta, llame al trabajador de TCC encargado de su caso.

ADVERTENCIA: Si usted piensa que la cantidad de este pago excesivo *no es correcta, ésta es su última oportunidad para solicitar* una audiencia. El reverso de esta página le explica como solicitarla. Si continúa recibiendo TCC, el condado puede cobrar el pago excesivo reduciendo sus beneficios mensuales. Si deja de recibir TCC antes de terminar de pagar el pago excesivo, es posible que el condado tome lo que usted debe de su devolución de impuestos sobre ingresos del estado.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 47-190.1, 47-190.2, 47-190.3

CALCULO DEL PAGO EXCESIVO

Mes y año			
Ingresos brutos	$		
Tamaño de la familia			
Cuota familiar	$		
Nombre del niño			
Máximo TCC permitido	$		
Subtotal A		$	
Costo del cuidado de niños	$		
Subtotal B		$	
Menos la cuota familiar		–	
Subtotal C		$	
TCC pagado	$		
Menos TCC correcto (El más bajo entre A y C)	–		
Pago excesivo de TCC	$		

Mes y año			
Ingresos brutos	$		
Tamaño de la familia			
Cuota familiar	$		
Nombre del niño			
Máximo TCC permitido	$		
Subtotal A		$	
Costo del cuidado de niños	$		
Subtotal B		$	
Menos la cuota familiar		–	
Subtotal C		$	
TCC pagado	$		
Menos TCC correcto (El más bajo entre A y C)	–		
Pago excesivo de TCC	$		

AJUSTE MENSUAL

Total del pago excesivo (incluye todos los meses) $ _____

☐ error de la oficina

☐ error de la persona que recibió los beneficios

Cantidad del ajuste mensual $ _____

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone : _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

While you were getting Transitional Child Care (TCC) money, you were overpaid. Though you no longer get TCC money, you still owe us for your overpayment. The amount of your overpayment is $_____ and is due now.

This notice shows the TCC money you were paid and what you should have been paid for each month of overpayment. It also shows the total amount you owe.

Since you no longer get TCC money, you must pay back the overpayment or show the County your plan for paying it back within ten calendar days from the date this notice was mailed. If you do not, the county will take action to collect.

If you get AFDC, you may ask to have your AFDC grant lowered to repay what you owe.

You do not have to use any Social Security or SSI benefits you get to repay this overpayment.

If you pay by check or money order, send or bring it to:

If you pay by cash, pay in person. Be sure to ask for a numbered receipt with the County's name on it.

If you have any questions, call your local county welfare office.

WARNING: If you think this overpayment is wrong, this is your last chance to ask for a hearing. The back of this page tells how. Since you have gone off TCC before your overpayment was paid back, the County may take what you owe out of your state income tax refund.

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MPP 47-190.1, 47-190.2, 47-190.4.

OVERPAYMENT COMPUTATION

Month and Year			
Gross Income	$		
Family Size			
Family Fee	$		
Child's Name			
Max. TCC Allowed	$		
Subtotal A		$	
Child Care Cost	$		
Subtotal B		$	
Less Family Fee		–	
Subtotal C		$	
TCC Paid	$		
Less Correct TCC (Lesser of A or C)	–		
TCC Overpayment	$		

Month and Year			
Gross Income	$		
Family Size			
Family Fee	$		
Child's Name			
Max. TCC Allowed	$		
Subtotal A		$	
Child Care Cost	$		
Subtotal B		$	
Less Family Fee		–	
Subtotal C		$	
TCC Paid	$		
Less Correct TCC (Lesser of A or C)	–		
TCC Overpayment	$		

MONTHLY ADUSTMENT

Overpayment Total (All Months) $ _____

☐ Agency Error
☐ Client Error

Monthly Adjustment Amount $ _____

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja, se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

Usted recibió un pago excesivo durante el tiempo en que recibía beneficios del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC). Aunque ya no recibe dinero del Programa de TCC, aún nos debe el pago excesivo. La cantidad del pago excesivo es de $_____ y la tiene que pagar ahora.

Esta notificación indica la cantidad de dinero que recibió del Programa de TCC y lo que tenía derecho a recibir para cada mes en que hubo un pago excesivo. También indica la cantidad total que debe.

Como ya no recibe dinero del Programa de TCC, tiene que reembolsar el pago excesivo o mostrarle al condado su plan para reembolsar este dinero antes de que pasen diez (10) días consecutivos a partir de la fecha en que esta notificación se envió por correo. Si usted no lo hace, el condado tendrá que tomar otras medidas para cobrarle.

Si usted recibe beneficios del Programa de Asistencia para Familias con Niños Necesitados (AFDC), usted puede solicitar que se reduzca su pago de AFDC para pagar lo que debe.

No tiene que usar sus beneficios del Seguro Social o los Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI) para reembolsar este pago excesivo.

Si paga con cheque o giro, envíe o traígalo a:

Si paga con efectivo, pague en persona. Asegúrese de pedir un recibo numerado con el nombre del condado.

Si tiene alguna pregunta, llame a la oficina local de asistencia pública del condado.

ADVERTENCIA: Si cree que este pago excesivo está equivocado, esta es su última oportunidad de pedir una audiencia. En el reverso de esta página se le explica cómo hacerlo. Como dejó de recibir TCC antes que reembolsara su pago excesivo, el condado puede cobrar lo que debe de su devolución de impuestos estatales sobre ingresos.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 47-190.1, 47-190.2, 47-190.4

CALCULO DEL PAGO EXCESIVO

Mes y año _____

Ingresos brutos $ _____
Tamaño de la familia _____
Cuota familiar $ _____

Nombre del niño _____ _____ _____
Máximo permitido de TCC $ _____ _____ _____
Subtotal A $ _____
Costo del cuidado de niños $ _____ _____ _____
Subtotal B $ _____
Menos cuota familiar –
Subtotal C $ _____
TCC pagado $ _____
Menos TCC correcto
(El más bajo de A o C) –
Pago excesivo de TCC $ _____

Mes y año _____

Ingresos brutos $ _____
Tamaño de la familia _____
Cuota familiar $ _____

Nombre del niño _____ _____ _____
Máximo permitido de TCC $ _____ _____ _____
Subtotal A $ _____
Costo del cuidado de niños $ _____ _____ _____
Subtotal B $ _____
Menos cuota familiar –
Subtotal C $ _____
TCC pagado $ _____
Menos TCC correcto
(El más bajo de A o C) –
Pago excesivo de TCC $ _____

AJUSTE MENSUAL

Total del pago excesivo (todos los meses) $ _____
☐ error de la oficina
☐ error de la persona que recibió los beneficios
Cantidad del ajuste mensual $ _____

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone : _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

You were overpaid Transitional Child Care (TCC) money for the _____ family for the month(s) of _____. The amount of your overpayment is $ _____ and is due now.

You received more TCC money than you were entitled to and the error was your fault.

The amount you were overpaid is figured on this notice.

You must pay back the overpayment or show the County your plan for paying it back within ten calendar days from the the date this notice was mailed. If you do not, the County will take action to collect.

If you pay by check or money order, send or bring it to:

If you pay by cash, pay in person. Be sure to ask for a numbered receipt with the County's name on it.

If you have any questions, call your local county welfare office.

WARNING: If you think this overpayment is wrong, this is your last chance to ask for a hearing. The back of this page tells how.

Overpayment Month and Year_____
TCC Payment amount $_____
Less Correct TCC Payment – _____
TCC Overpayment Amount = $_____

RULES: These rules apply. You may review them at your welfare office: MPP 47-190.223, 47-190.225

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____
_____
_____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja, se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

Usted recibió un pago excesivo del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC) para la familia _____ durante los meses de _____. La cantidad del pago excesivo es $ _____ y la tiene que pagar ahora.

Usted recibió más dinero proveniente de TCC del que tenía derecho a recibir y el error fue su culpa.

La cantidad de su pago excesivo se calcula en esta notificación.

Usted tiene que reembolsar el pago excesivo o darle al condado su plan para reembolsar este dinero antes de que pasen diez (10) días consecutivos a partir de la fecha en que esta notificación se envió por correo. Si usted no lo hace, el condado tendrá que tomar otras medidas para cobrarle.

Si paga con cheque o giro, envíelo o traígalo a:

Si paga con dinero en efectivo, pague en persona. Asegúrese de solicitar un recibo numerado que tenga el nombre del condado.

Si tiene alguna pregunta, llame a la oficina local de bienestar público del condado.

ADVERTENCIA: Si usted piensa que la cantidad de este pago excesivo es incorrecta, ésta es su última oportunidad de solicitar una audiencia. El reverso de esta hoja le explica como solicitarla.

Mes y año del pago excesivo _____
Cantidad del pago de TCC $ _____
Menos la cantidad correcta del pago de TCC – _____
Cantidad del pago excesivo de TCC = $ _____

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 47-190.223, 47-190.225

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone : _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

You were underpaid Transitional Child Care (TCC) money for the month(s) of _____ You were underpaid the amount of $_____.

Here's why:

You should have gotten $_____ of TCC money, but you got $_____ .

The amount you were underpaid is figured on this notice.

The County will use any part of this money to help pay for any other child care overpayment amount that you owe before you receive any money.

The County will correct the underpayment and send you a check within 20 calendar days from the date the County found you were underpaid.

If you have any questions, call your TCC worker.

UNDERPAYMENT COMPUTATION

Month and Year				
Child's Name(s)				
Max. TCC Allowed (75th percentile)	$			
SUBTOTAL A			$	
Actual Child Care Costs	$			
SUBTOTAL B			$	
Less Family Fee		–	$	
SUBTOTAL C			$	
TCC Amount Paid			$	
Less Correct TCC (Smallest of A or C) –		-	$	
TCC Underpayment		=	$	

TOTAL UNDERPAYMENT FOR ALL MONTHS $ _____
Less Any Overpayment Owed -
TCC UNDERPAYMENT AMOUNT =$ _____

RULES: These rules apply. You may review them at your welfare office: MPP 47-190.11

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____
_____
_____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado. Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo solicitaría. Es posible que sus beneficios no cambien si solicita una audiencia antes de que esta acción entre en vigor.

Se le pagó de menos en relación al Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC) durante los meses de _____. Se le pagó $_____ de menos.

La razón es la siguiente:

Debería haber recibido $_____ del Programa de TCC, pero usted recibió $_____ .

En esta notificación se calcula la cantidad que se le pagó de menos.

Antes de que usted reciba el dinero, el condado usará todo lo que sea necesario de este dinero para recuperar cualquier pago excesivo de cuidado de niños que usted le deba.

El condado hará la corrección en relación a lo que se le ha pagado de menos y le mandará un cheque antes de que pasen 20 días consecutivos a partir de la fecha en que el condado descubrió que se le había pagado de menos.

Si tiene alguna pregunta, llame a su trabajador de TCC.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 47-190.11

CALCULO DEL PAGO INSUFICIENTE

Mes y año				
Nombre de los niños				
Máximo TCC permitido (percentil 75)	$			
SUBTOTAL A		$		
Costo real del cuidado de niños	$			
SUBTOTAL B		$		
Menos la cuota familiar	–	$		
SUBTOTAL C		$		
Cantidad de TCC que se pagó		$		
Menos la cant. correcta de TCC (La cantidad menor entre A y C)	–	$		
Pago insuficiente de TCC	=	$		

TOTAL DEL PAGO INSUFICIENTE
INCLUYE TODOS LOS MESES $ _____
Menos cualquier pago excesivo que usted deba –$ _____

TOTAL DEL PAGO INSUFICIENTE DE TCC =$ _____

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone: _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

The County has denied your application for Transitional Child Care (TCC) dated _____.

Here's why:

- ☐ You were not on Federal AFDC in three of the last six months.
- ☐ You did not stop getting AFDC due to more earnings, more work hours, or because you got married or back with your husband or wife and 1) one parent is no longer absent, or 2) have more income or property, or both.
- ☐ You did not give us all the facts that we need to see if you could get TCC. You didn't give us:
- ☐ You have another adult in your home who can provide child care.
- ☐ You do not have a child in the home who is under the age of 13, or cannot care for him/herself, or is under court supervision.
- ☐ You had ____ months to apply after you stopped getting AFDC. You did not apply within those ____ months.
- ☐ You did not help meet the Child Support rules. You should have:
- ☐ Other:

You may be able to get help to pay for your child care if you work and:

- You do not get AFDC, and
- You have low income, and
- You need the child care to keep working, and
- You have used all your Transitional Child Care (TCC) benefits.

Call your Alternative Payment Program or 1-800-998-9114 for more information about the At Risk Child Care Program.

Rules: These rules apply; you may review them at your welfare office: MPP 47-105.5, 47-120.1, 47-125.1, 47-170.2.

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador(a) : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____
_____
_____

(DESTINATARIO)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador(a).

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes de que esta acción entre en vigor.

El condado ha negado su solicitud de fecha _____ para recibir los beneficios del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC).

La razón es la siguiente:

☐ Usted no recibió Asistencia para Familias con Niños Necesitados (*Aid to Families with Dependent Children* - AFDC) durante tres de los últimos seis meses.

☐ Usted no dejó de recibir AFDC debido a que recibió más ingresos ganados o por trabajar más horas, o por haberse casado, o por vivir ahora con su esposo o esposa y 1) uno de los padres ya no está ausente; o 2) está ganando más dinero o tiene más propiedades, o ambas cosas.

☐ Usted no nos dió toda la información que necesitamos para determinar si puede recibir TCC. No nos proporcionó lo siguiente:

☐ Hay otro adulto en su hogar que puede proporcionar el cuidado de niños.

☐ No tiene en su hogar un niño menor de 13 años o que no pueda cuidarse a si mismo o que esté bajo supervisión de la corte.

☐ Usted tuvo _____ meses para presentar una solicitud después de que dejó de recibir AFDC. Usted no presentó una solicitud durante esos meses.

☐ Usted no ayudó a que se cumplan las reglas en relación al mantenimiento de hijos.
Usted debió haber hecho lo siguiente:

☐ Otra:

Es posible que pueda recibir asistencia para pagar cuidado de niños si trabaja y:

- No recibe AFDC, y
- Tiene bajos ingresos, y
- Necesita el cuidado de niños para poder seguir trabajando, y
- Ya utilizó todos sus beneficios de TCC.

Llame al Programa de Pagos Alternativos o al 1-800-998-9114 para recibir más información sobre el Programa de Cuidado de Niños para Familias que Corren el Riesgo de Depender de la Asistencia Pública (*At Risk Child Care Program).*

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 47-105.5, 47-120.1, 47-125.1, 47-170.2

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone: _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

As of _____, the County is stopping your Transitional Child Care (TCC) Program benefits.

Here's why:

- ☐ You can get TCC for only _____ months. Your _____ months are up.
- ☐ To get TCC, you must have a child in the home who is under the age of 13, or cannot care for him/herself, or is under court supervision. You don't have any TCC eligible children in the home.
- ☐ You are on cash aid. You can't get TCC while on cash aid. If you go off cash aid, you may get TCC again. Contact your worker.
- ☐ You are no longer working.
- ☐ To keep getting TCC, you must give the County a signed and completed TCC Status Report. You did not do this. If you turn in the report, the County will review your case and notify you.
- ☐ You do not need chid care since another adult in your home can provide the child care.
- ☐ You did not help meet the Child Support rules. You should have:
- ☐ You cannot get TCC if you do not pay your family fee. You owe $_____ to your child care provider. You must pay what you owe to your provider and give us proof; bring in a written payment plan signed and dated by your provider; or do what your written plan says. Ask your worker.
- ☐ Other:

You have one month after the County stops your TCC to turn in all your Requests for TCC Payments (TCC 43).

You may be able to get help to pay for your child care if you work and:

- You do not get AFDC, and
- You have low income, and
- You need the child care to keep working, and
- You have used all your Transitional Child Care (TCC) benefits.

Call your Alternative Payment Program or 1-800-998-9114 for more information about the At Risk Child Care Program.

Rules: These rules apply; you may review them at your welfare office: MPP 47-120.1, 47-125.1, 47-150.1, 47-170.1, 47-170.2, 47-175.2

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja, se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

A partir de _____, el condado descontinuará sus beneficios del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC). La razón es la siguiente:

- ☐ Solamente puede recibir TCC durante _____ meses. Sus _____ meses ya han pasado.
- ☐ Para recibir TCC tiene que tener en su hogar a un niño que sea menor de 13 años de edad, que no pueda cuidarse a sí mismo, o que esté bajo la supervisión de la corte. Usted no tiene a ningún niño en el hogar que cumpla los requisitos para recibir TCC .
- ☐ Usted recibe asistencia monetaria. No puede recibir TCC mientras reciba asistencia monetaria. Si deja de recibir asistencia monetaria, es posible que pueda recibir TCC otra vez. Comuníquese con su trabajador.
- ☐ Usted ya no está trabajando.
- ☐ Para continuar recibiendo TCC, tiene que darle al condado un "Informe sobre la situación en relación al cuidado de niños transicional" (TCC 85), firmado y completado. Usted no lo hizo. Si entrega el reporte, el condado revisará su caso y le notificará.
- ☐ Usted no necesita cuidado de niños ya que otro adulto en su hogar puede proporcionar el cuidado de niños.
- ☐ Usted no ayudó a cumplir las reglas de mantenimiento de hijos que debería haber ayudado a cumplir.
- ☐ No puede recibir TCC si no paga su cuota familiar. Usted le debe $_____ a su proveedor de cuidado de niños. Tiene que pagarle a su proveedor lo que le debe y darnos pruebas de que lo ha hecho; entregarnos un plan de pago por escrito, que el proveedor haya firmado y en el que haya escrito la fecha; o hacer lo que su plan por escrito dice. Hable con su trabajador.
- ☐ Otra:

Tiene un mes, después de que el condado descontinúe su TCC, para entregar todos los formularios de "Solicitud para pago del Programa de Transición de Cuidado de Niños" (TCC 43).

Es posible que pueda obtener ayuda para pagar el cuidado de niños si trabaja y:

- no recibe Asistencia para Familias con Niños Necesitados (AFDC), y
- es una persona de bajos ingresos, y
- necesita el mantenimiento de hijos para continuar trabajando, y
- ha usado todos sus beneficios del Programa Transicional de Cuidado de Niños (TCC).

Llame al Programa de Pagos Alternativos o al 1-800-998-9114 para obtener más información acerca del Programa de Cuidado de Niños para Familias que Corren el Riesgo de Depender de la Asistencia Pública (*At Risk Child Care Program*).

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 47-120.1, 47-125.1, 47-150.1, 47-170.1, 47-170.2, 47-175.2

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone: _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

As of _____, the County has approved your application for the Transitional Child Care (TCC) Program. You may get TCC for the period beginning _____ and ending_____.

Each month you must pay a fixed part of your child care costs. This is called a family fee. The box checked below applies to you:

☐ Based on your income of $_____ as shown below and family size of _____, your family fee is $_____.

_____	$_____
_____	_____
_____	_____
Total Income:	$_____

☐ Your family fee has not yet been figured because you have not given us proof of your gross earnings. You cannot get any TCC payments until you give us this proof.

You must pay your family fee each month to your child care provider.

The County will help pay part of your child care costs each month. There is a limit on this amount based on the child's age, type of child care provider, and whether care was provided full-time (more than 147 hours) or part-time (147 hours or less) in the month.

☐ Based on the information you gave us, the most we will pay for each eligible child and eligible child care provider is:

Child's Name:	Provider's Name:	Payment Limit:
_____	_____	$_____
_____	_____	$_____
_____	_____	$_____

☐ Your payment limit(s) has not yet been figured because you have not given us information about your child care provider(s). You cannot get any TCC payments until you give us this information.

☐ You have chosen a provider who is not licensed and must apply for Trustline registration.
Payments for child care with this provider will be stopped on _____ (DATE) unless the county gets proof that your provider has applied for Trustline registration and you will receive no further notice.

Rules: These rules apply; you may review them at your welfare office: MPP 47-125.1, 47-130, 47-155.4, .7

If your child care cost minus your family fee is less than your payment limit, we will pay the lower amount.

If you change your child care provider or your work hours, the payment limits listed on this notice may change. Notify your worker immediately about any changes.

You must turn in a Request For TCC Payment (TCC 43) for each month that you want TCC money. You have one month after the County stops your TCC to turn in your last Requests for TCC Payments.

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____
_____
_____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

A partir de _____, el condado aprobó su solicitud para el Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC). Puede recibir TCC por el período que comienza en _____ y termina en _____.

Usted tiene que pagar una parte fija de sus gastos de cuidado de niños cada mes. A esto se le llama una cuota familiar. La casilla que está marcada abajo es la que es pertinente para usted:

☐ Basándose en sus ingresos de $_____ los cuales se indican abajo, y el tamaño de su familia, de _____ personas, su cuota familiar es de $_____.

_____ $_____
_____ _____
_____ _____
Total de ingresos: $_____

☐ Su cuota familiar no se ha calculado todavía porque usted no nos ha dado pruebas de sus ingresos brutos. Usted no puede recibir ningún pago de TCC hasta que nos dé estas pruebas.

Usted tiene que pagarle la cuota familiar cada mes a su proveedor de cuidado de niños.

El condado le ayudará a pagar parte de sus gastos de cuidado de niños cada mes. Hay un límite en esta cantidad, el cual se basa en la edad del niño, la clase de proveedor de cuidado de niños y si el cuidado que se proporcionó era de tiempo completo (más de 147 horas) o de tiempo parcial (147 horas o menos) en el mes.

☐ Basándose en la información que usted nos dio, lo más que pagaremos por cada niño y proveedor de cuidado de niños que reúnan los requisitos es:

Nombre del niño:	Nombre del proveedor:	Límite del pago:
_____	_____	$_____
_____	_____	$_____
_____	_____	$_____

☐ Los límites de sus pagos no han sido calculados todavía porque usted no nos ha dado la información sobre sus proveedores de cuidado de niños. Usted no puede recibir ningún pago de TCC hasta que nos dé esta información.

☐ Usted ha escogido a un proveedor sin licencia que tiene que solicitar que se le inscriba en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados (*Trustline*).

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 47-125.1, 47-130,47-155.4, .7

Los pagos para el cuidado de niños con respecto a este proveedor se descontinuarán en _____ a menos que el condado reciba pruebas de que su proveedor ha solicitado que se le inscriba en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados (*Trustline*), y usted no recibirá otra notificación.
FECHA

Si sus gastos de cuidado de niños menos su cuota familiar es menos que el límite de su pago, pagaremos la cantidad más baja.

Si usted cambia de proveedor de cuidado de niños o sus horas de trabajo, es posible que cambien los límites de los pagos enumerados en esta notificación. Notifíquele a su trabajador inmediatamente sobre cualquier cambio.

Usted tiene que entregar una Solicitud para pago del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC 43) para cada mes en que quiera dinero de TCC. Tiene un mes después de que el condado descontinúe su TCC para entregar sus últimas solicitudes para pagos de TCC.

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Case Number : _____
Worker Name : _____
Worker Number : _____
Telephone : _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

As of _____, the County has approved your application for the Transitional Child Care (TCC) Program. You may get TCC for the period beginning _____ and ending _____.

The County has approved your request for an advance TCC payment. You can't get another TCC payment until you give us proof you have paid the child care for this month. You will have to pay back any money we advance to you that you do not use to pay for child care.

Each month you must pay a fixed part of your child care costs. This is called a family fee. Based on your income of $_____ as shown below and family size of _____, your family fee is $_____.

_____ $ _____
_____ _____
_____ _____
Total Income: $ _____

You must pay your family fee each month to your child care provider.

Your family fee may be refigured. If something changes, you can ask at anytime for your family fee to be refigured.

The County will help pay part of your child care costs each month. There is a limit on this amount based on the child's age, type of child care provider, whether care was provided full-time (more than 147 hours) or part-time (147 hours or less) in the month.

Based on the information you gave us, the most we will pay for each eligible child and eligible child care provider is:

Child's Name:	Provider's Name:	Payment Limit:
_____	_____	$ _____
_____	_____	$ _____
_____	_____	$ _____

Any box(s) checked below apply to you:

☐ You have chosen a provider who is not licensed and must apply for Trustline registration.
Payments for child care with this provider will be stopped on _____ (Date) unless the county gets proof that your provider has applied for Trustline registration and you will receive no further notice.

If your child care cost minus your family fee is less than your payment limit, we will pay the lower amount.

If you change your child care provider or your work hours, the payment limits listed on this notice may change. Notify your worker immediately about any changes.

You must turn in a Request For TCC Payment (TCC 43) for each month that you want TCC money. You have one month after the County stops your TCC to turn in your last Requests for TCC Payments.

Your advance TCC payment amount is figured on this notice.

Child's Name	_____	_____	_____
Max. TCC Allowed	$ _____	_____	_____
Subtotal A		$ _____	
Child Care Cost	$ _____	_____	_____
Subtotal B		$ _____	
Less Family Fee		–	
Subtotal C		$ _____	

Lesser of Subtotal A or C = $ _____
Less Overpayment Adjustment - _____
ADVANCE TCC PAYMENT = $ _____

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MPP 47-125.1, 47-130, 47-155.4,.7, 47-165.3

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____
_____
_____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

A partir de _____, el condado aprobó su solicitud para el Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC). Puede recibir TCC por el período que comienza en _____ y termina en _____.

El condado aprobó su petición para un pago por adelantado de TCC. Usted no puede recibir otro pago de TCC hasta que nos dé pruebas de que pagó el cuidado de niños para el mes actual. Usted tendrá que reembolsar cualquier dinero que le demos por adelantado que no use para pagar el cuidado de niños.

Cada mes, usted tiene que pagar una parte fija de sus gastos de cuidado de niños. A esto se le llama una cuota familiar. Basándose en sus ingresos de $_____ los cuales se indican abajo, y el tamaño de su familia, de _____ personas, su cuota familiar es de $_____.

_____ $ _____
_____ _____
_____ _____

Total de ingresos: $ _____

Cada mes, usted tiene que pagarle la cuota familiar a su proveedor de cuidado de niños.

Es posible que se vuelva a calcular su cuota familiar. Si algo cambia, puede pedir que se vuelva a calcular su cuota familiar en cualquier momento.

El condado le ayudará a pagar parte de sus gastos de cuidado de niños cada mes. Hay un límite en esta cantidad, el cual se basa en la edad del niño, la clase de proveedor de cuidado de niños y si el cuidado que se proporcionó era de tiempo completo (más de 147 horas) o de tiempo parcial (147 horas o menos) en el mes.

Basándose en la información que usted nos dio, lo más que pagaremos por cada niño y proveedor de cuidado de niños que reúnan los requisitos es:

Nombre del niño:	Nombre del proveedor:	Límite del pago:
_____	_____	$ _____
_____	_____	$ _____
_____	_____	$ _____

Si la casilla abajo está marcada, ésta es pertinente a su caso:

☐ Usted ha escogido a un proveedor sin licencia que tiene que solicitar que se le inscriba en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados (*Trustline*).

Los pagos para el cuidado de niños con respecto a este proveedor se descontinuarán en _____ a menos
Fecha

que el condado reciba pruebas de que su proveedor ha solicitado que se le inscriba en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados *(Trustline)*, y usted no recibirá otra notificación.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 47-125.1, 47-130, 47-155.4, .7, 47-165.3

Si sus gastos de cuidado de niños menos su cuota familiar es menos que el límite de su pago, pagaremos la cantidad más baja.

Si usted cambia de proveedor de cuidado de niños o cambia sus horas de trabajo, es posible que cambien los límites de los pagos enumerados en esta notificación. Notifíquele a su trabajador inmediatamente sobre cualquier cambio.

Usted tiene que entregar una Solicitud para pago del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC 43) para cada mes en que quiera dinero de TCC. Tiene un mes después de que el condado descontinúe su TCC para entregar sus últimas solicitudes para pagos de TCC.

La cantidad de su pago por adelantado de TCC se calcula en esta notificación.

Nombre del niño	_____	_____	_____
Máximo TCC permitido $	_____	_____	_____
Subtotal A		$	
Costo del cuidado de niños $	_____	_____	_____
Subtotal B		$	_____
Menos la cuota familiar		–	
Subtotal C		$	

Cantidad más baja entre los Subtotales A y C = $ _____

Menos ajuste por pago excesivo – _____

PAGO POR ADELANTADO DE TCC = $ _____

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone : _____
Address : _____
_____
_____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

As of _____, the months that you may get Transitional Child Care (TCC) has changed. You may now get TCC for the period beginning_____

and ending _____.

Heres why:

Your former AFDC case was reviewed and the date when your AFDC was stopped has changed.

The amount of your family fee and payment limits has not changed.

You must turn in a Request for TCC Payment (TCC 43) for each month that you want TCC money. You have one month after the County stops your TCC to turn in your last Requests for TCC Payments (TCC 43).

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MPP 47-125.1

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____
_____
_____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

A partir de _____, ha cambiado el número de meses en que usted puede recibir beneficios del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC). Ahora puede recibir TCC para el período que comienza en _____

y termina en _____.

La razón es la siguiente:

Se revisó su caso previo de Asistencia para Familias con Niños Necesitados (AFDC) y se cambió la fecha en que se descontinuó su AFDC.

No ha cambiado la cantidad de su cuota familiar ni el límite de sus pagos.

Usted tiene que entregar una Solicitud para pago del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC 43) para cada mes en que quiera dinero de TCC. Tiene un mes después de que el condado descontinúe su TCC para entregar sus últimas solicitudes para pagos de TCC.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 47-125.1

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone : _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

As of _____, the County has denied your request for Transitional Child Care (TCC) Payment (TCC 43) for the month of _____.

Here's why:

- ☐ You were not working.
- ☐ Your child care provider is your child's parent or legal guardian or is a member of your TCC family.
- ☐ Your child care provider does not have a day care license and must have one.
- ☐ Your family fee is higher than your child care costs.
- ☐ Your Request for TCC Payment was later than one month after your TCC stopped.
- ☐ Your license exempt child care provider had his/her application for Trustline denied.
- ☐ Your license exempt child care provider had his/her Trustline registration status revoked.
- ☐ Your license exempt child care provider had his/her Trustline registration case closed.
- ☐ Other:

If you have any questions, call your worker.

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MPP 47-120.151, 47-140.2, 47-155.41, 47-165.62

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____
_____
_____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

Con fecha de _____, el condado negó su "Solicitud para pago del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC)" (formulario TCC 43) para el mes de _____.

La razón es la siguiente:

☐ Usted no estaba trabajando.

☐ Su proveedor de cuidado de niños es el padre/madre o tutor legal del niño de usted o es miembro del grupo para fines de TCC de usted.

☐ Su proveedor de cuidado de niños no tiene licencia para el cuidado de niños durante el día y tiene que tenerla.

☐ La cuota familiar de su grupo para fines de TCC es más alta que el costo del cuidado de sus niños.

☐ Su formulario TCC 43 se recibió más de un mes después de que se descontinuó su TCC.

☐ Se le negó a su proveedor de cuidado de niños, el cual está exento del requisito de tener licencia, la solicitud para que se le incluyera en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados *(Trustline)*.

☐ Se revocó la decisión de incluir a su proveedor de cuidado de niños, el cual está exento del requisito de tener licencia, en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados *(Trustline)*.

☐ Se cerró el caso de su proveedor de cuidado de niños, el cual está exento del requisito de tener licencia, en relación a la solicitud para que se le incluyera en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados *(Trustline)*.

☐ Otra:

Si tiene alguna pregunta, llame a su trabajador.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 47-120.151, 47-140.2, 47-155.41, 47-165.62

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone : _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

Your payment for Transitional Child Care (TCC) for the month of _____has been approved for the amount of $_____. This amount is less than you asked for.

Here's why:

- ☐ You did not give us a Request for TCC Payment (TCC 43) form for each of your child care providers.
- ☐ One of your child care providers is not eligible for TCC. To get a TCC payment, your child care provider must be 18 years old or older; not be a parent, legal guardian, or member of the TCC family; have a day care license or not need one; and must complete Part B of the Request for TCC Payment (TCC 43) form.
- ☐ One of your license exempt child care providers had his/her application for Trustline denied.
- ☐ One of your license exempt child care providers had his/her Trustline registration status revoked.
- ☐ One of your license exempt child care providers had his/her Trustline registration case closed.
- ☐ One of your children is not eligible for TCC. To get TCC for your child, your child must be under the age of 13, cannot care for him/herself, or under court supervision.
- ☐ You have to pay back the money we advanced to you that you did not use to pay for your child care costs. We subtracted that portion of your advance payment that was not used for child care.
- ☐ All of the child care hours you reported this month were not related to your work hours and we cannot pay all of your child care costs.
- ☐ Your request for the payment for your registration, application, or service fee charged by your child care provider was denied.
- ☐ Other:

The County will only pay child care for days and hours related to your work hours and only up to a payment limit set by the State of California. The TCC payment limit is based on the child's age, the type of care, and the hours of care. If you change your child care provider or your work hours, tell your worker immediately.

The TCC payment is what you paid for your child care minus your family fee or the payment limit, whichever is less.

You must turn in a Request for Transitional Child Care Payment (TCC 43) for each month that you want TCC money.

Your TCC payment amount is figured on this notice.

If you have any questions, call your TCC worker.

Child's Name			
Max. TCC Allowed	$		
Subtotal A		$	
Child Care Cost	$		
Subtotal B		$	
Less Family Fee		–	
Subtotal C		$	

Lesser of Subtotal A or C	= $	
Less Overpayment Adjustment	-	
Less Advance Payment	- $	
ADVANCE TCC PAYMENT	= $	

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MPP 47-145.1, 47-155

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

Su pago del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC) para el mes de _____ ha sido aprobado por la cantidad de $_____. Esta cantidad es menos de lo que usted pidió.

La razón es la siguiente:

- ☐ Usted no nos proporcionó una Solicitud para pago del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC 43) para cada uno de sus proveedores de cuidado de niños.
- ☐ Uno de sus proveedores de cuidado de niños no reúne los requisitos para TCC. Para recibir un pago de TCC, su proveedor de cuidado de niños tiene que tener 18 años de edad o más; no puede ser el padre/madre, tutor legal, o miembro de la familia para fines de TCC; tiene que tener licencia para cuidado de niños durante el día o no necesitar una licencia; y tiene que completar la Parte B de la Solicitud para pago del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC 43).
- ☐ Se le negó a uno de sus proveedores de cuidado de niños, el cual está exento del requisito de tener licencia, la solicitud para que se le incluyera en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados *(Trustline)*.
- ☐ Se revocó la decisión de incluir a uno de sus proveedores de cuidado de niños, el cual está exento del requisito de tener licencia, en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados *(Trustline)*.
- ☐ Se cerró el caso en relación a la solicitud para que se le incluyera en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados *(Trustline)* a uno de sus proveedores de cuidado de niños, el cual está exento del requisito de tener licencia.
- ☐ Uno de sus niños no reúne los requisitos para TCC. Para recibir TCC para su niño, su niño tiene que ser menor de 13 años de edad, no poder cuidarse a sí mismo, o estar bajo la supervisión de la corte.
- ☐ Usted tiene que reembolsar el dinero que recibió por adelantado que no utilizó para sus gastos de cuidado de niños. Hemos restado esa porción de su pago por adelantado que no se utilizó para el cuidado de niños.
- ☐ Todas las horas de cuidado de niños que usted reportó este mes no fueron relacionadas a sus horas de trabajo y nosotros no podemos pagar todos sus gastos de cuidado de niños.
- ☐ Se rechazó su petición para el pago del registro, solicitud, o cuota de servicio que su proveedor de cuidado de niños cobra.
- ☐ Otra:

El condado sólo pagará el cuidado de niños para los días y horas que estén relacionadas con sus horas de trabajo y solamente hasta el límite establecido por el Estado de California. El límite del pago de TCC está basado en la edad del niño, el tipo de cuidado, y las horas de cuidado. Si usted cambia de proveedor de cuidado de niños o cambia sus horas de trabajo, *comuníqueselo a su trabajador inmediatamente.*

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en su oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 47-145.1, 47-155

El pago de TCC es lo que usted pagó por el cuidado de niños menos su cuota familiar o el límite del pago, la cantidad que sea más baja de las dos.

Usted tiene que entregar una Solicitud para pago del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC 43) para cada mes que quiera el dinero proveniente de TCC.

La cantidad de su pago de TCC se calcula en esta notificación.

Si tiene alguna pregunta, llame a su trabajador de TCC.

Nombre del niño	_____	_____	_____
Máximo TCC permitido $	_____	_____	_____
Subtotal A		$	
Costo del cuidado de niños $	_____	_____	_____
Subtotal B		$	_____
Menos la cuota familiar		–	
Subtotal C		$	

Cantidad más baja entre los Subtotales A y C = $ _____
Menos ajuste por pago excesivo – _____
Menos pago por adelantado – $ _____
PAGO POR ADELANTADO DE TCC = $ _____

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date :
Case Name :
Number :
Worker Name :
Number :
Telephone :
Address :

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

Your payment for Transitional Child Care (TCC) for the month of _____ has been approved for the amount of $_____.

The County will only pay child care for days and hours you were working and only up to the payment limit set by the State of California. The payment limit is based on the child's age, the type of child care provider, and the hours of care. If you change your child care provider or your work hours, tell your worker immediately.

The TCC payment is what your child care costs are minus your family fee or the payment limit, whichever is less.

You must turn in a completed Request for Transitional Child Care Payment (TCC 43) for each month that you want TCC money.

Your TCC payment amount is figured on this notice.

Any box(s) checked below apply to you:

☐ You have chosen a provider who is not licensed and must apply for Trustline registration.

Payments for child care with this provider will be stopped on _____ (Date) unless the county gets proof that your provider has applied for Trustline registration and you will receive no further notice.

If you have any questions, call your TCC worker.

Child's Name		
Max. TCC Allowed	$	
Subtotal A		$
Child Care Cost	$	
Subtotal B		$
Less Family Fee		–
Subtotal C		$
Lesser of Subtotal A or C		= $
Less Overpayment Adjustment		-
Less Advance Payment		- $
ADVANCE TCC PAYMENT		= $

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MPP 47-145, 47-150

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado. Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes de que esta acción entre en vigor.

Su pago del Programa de Transición de Cuidado de Niños (*Transitional Child Care* - TCC) para el mes de _____ ha sido aprobado por la cantidad de $ _____.

El condado sólo pagará el cuidado de niños por los días y horas en que usted esté trabajando y solamente hasta el límite establecido por el Estado de California. El límite del pago está basado en la edad del niño, el tipo de proveedor de cuidado de niños y las horas de cuidado. Si usted cambia de proveedor de cuidado de niños o sus horas de trabajo, comuníqueselo a su trabajador inmediatamente.

El pago de TCC es el costo del cuidado de niños menos su cuota familiar o el límite del pago, la cantidad que sea menor.

Usted tiene que entregar una Solicitud para pago del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC 43) cada mes en el que quiera el dinero proveniente de TCC.

La cantidad de su pago de TCC se calcula en esta notificación.

Si la casilla a continuación está marcada, esa información se refiere a su caso:

☐ Usted escogió a un proveedor que no tiene licencia y este proveedor tiene que solicitar que se le inscriba en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados *(Trustline)*.

Los pagos a este proveedor de cuidado de niños se descontinuarán el _____ (Fecha), a menos que el condado reciba pruebas de que su proveedor ha solicitado que se le inscriba en el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados; usted no recibirá más notificaciones en relación a este asunto.

Si tiene alguna pregunta llame a su trabajador de TCC.

Nombre del niño			
Max. TCC permitido $			
Subtotal A		$	
Costo cuidado de niños $			
Subtotal B		$	
Menos la cuota familiar		–	
Subtotal C		$	
La cantidad menor entre los subtotales A y C		= $	
Menos ajuste por pago excesivo		–	
Menos pagos por adelantado		– $	
PAGO POR ADELANTADO DE TCC		= $	

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en su oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 47-145, 47-150

NOTICE OF ACTION

COUNTY OF

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Notice Date : _____
Case Name : _____
Number : _____
Worker Name : _____
Number : _____
Telephone : _____
Address : _____

(ADDRESSEE)

Questions? Ask your Worker.

State Hearing: If you think this action is wrong, you can ask for a hearing. The back of this page tells how. Your benefits may not be changed if you ask for a hearing before this action takes place.

The Transitional Child Care (TCC) Status Report (TCC 85) you sent in is not complete. You will not get a TCC payment beginning _____, the seventh month of your TCC eligibility period, unless you send or bring in a completed Status Report.

If you complete the circled items on the enclosed TCC 85 and send or bring it to your TCC worker, your TCC payments will no longer be delayed or stopped.

If you have any questions, call your TCC worker.

Rules: These rules apply. You may review them at your welfare office: MPP 47-175.2.

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND WELFARE AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes de que esta acción entre en vigor.

El Informe sobre la situación en relación al Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC 85) que usted envió no está completo. Usted no recibirá un pago de TCC a partir de _____, que es el séptimo mes de su período de elegibilidad para recibir TCC, a menos que envíe o traiga un Informe sobre la situación en relación al Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC 85) ya completado.

Si usted completa las preguntas marcadas con un círculo en el formulario TCC 85 adjunto, y lo envía o se lo trae a su trabajador de TCC, sus pagos de TCC no se retrasarán ni descontinuarán.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su trabajador de TCC.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público son pertinentes: MPP 47-175.2

YOUR HEARING RIGHTS

To Ask For a State Hearing

- You only have 90 days to ask for a hearing. The 90 days started the day after we gave or mailed you this notice.
- You have a much shorter time to ask for a hearing if you want to keep your same benefits.

To Keep Your Same Benefits While You Wait For a Hearing

You must ask for a hearing before the action takes place.

- Your Cash Aid will stay the same until your hearing.
- Your Medi-Cal will stay the same until your hearing.
- Your Food Stamps will stay the same until the hearing or the end of your certification period, whichever is earlier.
- Your Transitional Child Care (TCC) will stay the same until the hearing or the end of your eligibility period, whichever is earlier. **For all other child care programs, your benefits will NOT stay the same until your hearing.**
- If the hearing decision says we are right, you will owe us for any extra cash aid or food stamps you got.

To Have Your Benefits Cut Now

If you want your Cash Aid or Food Stamps cut while you wait for a hearing, check one or both boxes.

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps

To Get Help

You can ask about your hearing rights or free legal aid at the state information number.

Call toll free: 1-800-952-5253

If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349

You may get free legal help at your local legal aid office or welfare rights group.

Other Information

Child and/or Medical Support: The District Attorney's office will help you collect support even if you are not on cash aid. There is no cost for this help. If they now collect support for you, they will keep doing so unless you tell them in writing to stop. They will send you any current support money collected. They will keep past due money collected that is owed to the county.

Family Planning: Your welfare office will give you information when you ask for it.

Hearing File: If you ask for a hearing, the State Hearing Office will set up a file. You have the right to see this file. The State may give your file to the Welfare Department, the U.S. Department of Health and Human Services and the U.S. Department of Agriculture. (W. & I. Code Section 10950).

HOW TO ASK FOR A STATE HEARING

The best way to ask for a hearing is to fill out this page. Make a copy of the front and back for your records. Then, send or take this page to:

Your worker will get you a copy of this page if you ask. Another way to ask for a hearing is to call 1-800-952-5253. If you are deaf and use TDD, call: 1-800-952-8349.

HEARING REQUEST

I want a hearing because of an action by the Welfare Department of _____ County about my

☐ Cash Aid ☐ Food Stamps ☐ Medi-Cal ☐ Child Care

☐ Other (list) _____

Here's why: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ Check here and add a page if you need more space.

☐ I want the person named below to represent me at this hearing. I give my permission for this person to see my records or come to the hearing for me.

NAME _____

ADDRESS _____

_____

☐ I need a free interpreter.
My language or dialect is: _____

My name: _____

Address: _____

_____

Phone: _____

My case number: _____

My signature: _____

Date: _____

SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA

Para pedir una audiencia con el estado

- Usted tiene solamente 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron un día después de la fecha en que le dimos o enviamos esta notificación.
- Si desea seguir recibiendo los mismos beneficios, tiene menos tiempo para pedir una audiencia .

Para conservar sus mismos beneficios mientras espera una audiencia

Tiene que solicitar la audiencia antes que la acción entre en vigor.

- Su asistencia monetaria permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Su Medi-Cal permanecerá sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.
- Sus estampillas para comida permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin de su período de certificación; lo que ocurra primero.
- Sus pagos del Programa de Transición de Cuidado de Niños (TCC) permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el fin del período en que usted reúna los requisitos; lo que ocurra primero. **Con respecto a todos los otros programas de cuidado de niños, sus beneficios NO permanecerán sin cambios hasta que se lleve a cabo su audiencia.**
- Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria o estampillas para comida que usted haya recibido de más.

Para que se descontinúen ahora sus beneficios

Si usted desea que se descontinúe su asistencia monetaria o sus estampillas para comida mientras espera una audiencia, marque una o ambas casillas.

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

Para obtener ayuda

Puede obtener información acerca de sus derechos a una audiencia o asesoría legal gratuita llamando al teléfono de información del estado.

Número gratuito:	1-800-952-5253
Si es sordo y usa TDD:	1-800-952-8349

Es posible que pueda obtener asesoría legal gratuita en la oficina local de asesoramiento legal (legal aid) o del grupo de derechos de las personas que reciben asistencia pública.

Otra información

Mantenimiento de hijos y/o mantenimiento médico: La oficina del Fiscal del Distrito le ayudará a cobrar mantenimiento de hijos aun cuando no esté recibiendo asistencia monetaria. Este servicio es gratuito. Si en la actualidad están cobrando mantenimiento de hijos a su nombre, ellos continuarán haciéndolo hasta que usted les dé aviso por escrito indicándoles que paren. Le enviarán a usted cualesquier cantidades actuales de mantenimiento que cobren. Se quedarán con las cantidades vencidas cobradas que se le deban al condado.

Planificación familiar: Su oficina de bienestar le proporcionará información cuando usted la solicite.

Expediente de la audiencia: Si usted solicita una audiencia, la oficina de audiencias con el estado formará un expediente. Usted tiene el derecho de examinar este expediente. El Estado puede dar su expediente al departamento de bienestar, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. (Sección 10950 del Código de Bienestar e Instituciones)

COMO PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

La mejor manera de solicitar una audiencia es llenando esta página. Haga una copia del frente y del reverso para sus archivos. Luego envíe esta página a:

Su trabajador(a) le dará a usted una copia de esta página si la pide. Otra manera de solicitar una audiencia es llamando al 1-800-952-5253. Si es sordo y usa TDD, llame al: 1-800-952-8349.

PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el

Departamento de Bienestar del Condado de_____

_____, acerca de mi(s)

☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para Comida

☐ Medi-Cal ☐ Cuidado de Niños ☐ Otro (anote) _____

La razón es la siguiente:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ Marque aquí y agregue otra hoja si necesita más papel.

☐ Quiero que la persona mencionada abajo me represente en esta audiencia. Le doy permiso a esta persona que vea mis expedientes o que vaya a la audiencia en mi lugar.

NOMBRE_____

DIRECCION_____

_____

☐ Necesito un intérprete sin costo para mí.
Mi idioma es el: _____

Mi nombre: _____

Dirección: _____

_____

Teléfono: _____

Mi No. de caso:_____

Mi firma: _____

Fecha: _____

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES'
FAMILY FEE SCHEDULE
for use in the
TRANSITIONAL CHILD CARE PROGRAM
Effective 3/1/97

MONTHLY FEE	NUMBER IN FAMILY										
	1-2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	MONTHLY INCOME LEVEL										
$ 21.00	$1,337	$1,433	$1,592	$1,846	$2,101	$2,149	$2,197	$2,244	$2,292	$2,340	$2,388
$ 25.00	$1,390	$1,490	$1,655	$1,920	$2,185	$2,234	$2,284	$2,334	$2,384	$2,433	$2,483
$ 29.00	$1,444	$1,547	$1,719	$1,994	$2,269	$2,320	$2,372	$2,424	$2,475	$2,527	$2,579
$ 36.00	$1,497	$1,604	$1,782	$2,068	$2,353	$2,406	$2,460	$2,513	$2,567	$2,620	$2,674
$ 42.00	$1,551	$1,662	$1,846	$2,141	$2,437	$2,492	$2,548	$2,603	$2,659	$2,714	$2,770
$ 48.00	$1,604	$1,719	$1,910	$2,215	$2,521	$2,578	$2,636	$2,693	$2,750	$2,807	$2,865
$ 55.00	$1,658	$1,776	$1,973	$2,289	$2,605	$2,664	$2,724	$2,783	$2,842	$2,901	$2,961
$ 61.00	$1,711	$1,834	$2,037	$2,363	$2,689	$2,750	$2,812	$2,872	$2,934	$2,995	$3,056
$ 67.00	$1,765	$1,891	$2,101	$2,437	$2,773	$2,836	$2,899	$2,962	$3,025	$3,088	$3,152
$ 74.00	$1,818	$1,948	$2,164	$2,511	$2,857	$2,922	$2,987	$3,052	$3,117	$3,182	$3,247
$ 80.00	$1,872	$2,006	$2,228	$2,584	$2,941	$3,008	$3,075	$3,142	$3,209	$3,275	$3,343
$ 86.00	$1,925	$2,063	$2,292	$2,658	$3,025	$3,094	$3,163	$3,231	$3,300	$3,369	$3,438
$ 96.00	$1,979	$2,120	$2,355	$2,732	$3,109	$3,180	$3,251	$3,321	$3,392	$3,462	$3,534
$ 105.00	$2,032	$2,177	$2,419	$2,806	$3,194	$3,266	$3,339	$3,411	$3,484	$3,556	$3,629
$ 114.00	$2,086	$2,235	$2,483	$2,880	$3,278	$3,352	$3,427	$3,501	$3,576	$3,650	$3,725
$ 124.00	$2,139	$2,292	$2,546	$2,954	$3,362	$3,438	$3,514	$3,590	$3,667	$3,743	$3,820
$ 133.00	$2,193	$2,349	$2,610	$3,027	$3,446	$3,524	$3,602	$3,680	$3,759	$3,837	$3,916
$ 143.00	$2,246	$2,407	$2,674	$3,101	$3,530	$3,609	$3,690	$3,770	$3,851	$3,930	$4,011
$ 152.00	$2,300	$2,464	$2,737	$3,175	$3,614	$3,695	$3,778	$3,860	$3,942	$4,024	$4,107
$ 162.00	$2,353	$2,521	$2,801	$3,249	$3,698	$3,781	$3,866	$3,949	$4,034	$4,118	$4,202
$ 171.00	$2,407	$2,579	$2,865	$3,323	$3,782	$3,867	$3,954	$4,039	$4,126	$4,211	$4,298
$ 181.00	$2,460	$2,636	$2,928	$3,397	$3,866	$3,953	$4,042	$4,129	$4,217	$4,305	$4,393
$ 190.00	$2,514	$2,693	$2,992	$3,470	$3,950	$4,039	$4,129	$4,219	$4,309	$4,398	$4,489
$ 200.00	$2,567	$2,750	$3,056	$3,544	$4,034	$4,125	$4,217	$4,308	$4,401	$4,492	$4,584
$ 209.00	$2,621	$2,808	$3,119	$3,618	$4,118	$4,211	$4,305	$4,398	$4,492	$4,585	$4,680
$ 218.00	$2,674	$2,865	$3,183	$3,692	$4,202	$4,297	$4,393	$4,488	$4,584	$4,679	$4,775

INSTRUCTIONS FOR USING THE FAMILY FEE SCHEDULE

1. Select from columns 1 through 12 the column appropriate for family size.

2. Find the monthly TCC family income in that column by:

   - Locating the upper and lower figures into which the TCC family income falls; and
   - Using the figure which is the lower amount.

3. Assess the family fee which corresponds with the Monthly Fee in the left-hand column.

Note: Families whose income is less than the lowest income on the Family Fee Schedule for their family size should be assessed a minimum family fee equal to the lowest Monthly Fee.

Families whose income is higher than the highest income on the Family Fee Schedule for their family size should be assessed a maximum family fee equal to the highest Monthly Fee.

Amend Section 22-072.611 to read:

22-072 TIMELY NOTICE - AID PENDING HEARING 22-072

.6 Aid Pending Hearing

.61 In the Transitional Child Care (TCC) program, benefits shall be paid pending the outcome of a state hearing in the amount requested by the family up to the reimbursement maximum currently approved by the county or actual cost less the family fee, whichever is less, subject to the following conditions:

.611 Benefits paid pending shall not be allowed beyond the ~~12-month~~ TCC eligibility period.

Authority Cited: Sections 10553, 10554, and 10604, Welfare and Institutions Code.

Reference: Sections 10553, 10554, 10613, 11209, 11501.1(a), 11501.5(a), and 11511(a), Welfare and Institutions Code; 45 CFR 205.10; 45 CFR 255.2(h)(2); 45 CFR 256.2(c); and 45 CFR 256.4(d).

Amend Handbook Section 42-750.381 to read:

.3 CWDs are encouraged to contract with existing public and private child care programs to provide any or all of the services specified in this section. Child care by family members shall be encouraged, but the choice between licensed or exempt child care arrangements shall be made by the participant. (Continued)

.38 Participants in an OJT assignment who lose eligibility for AFDC due to earned income, hours worked, or loss of income disregards, shall be eligible to receive supportive services in accordance with Section 42-750 for the duration of participation in the assignment.

.381 The CWD shall reduce the available number of months of Transitional Child Care, as defined in Section 47-120, by the number of months of child care provided during the OJT assignment pursuant to Section 42-750.38.

HANDBOOK BEGINS HERE

If the participant would have been eligible for Transitional Child Care (TCC) as defined in Section 47-120 at the time that he/she lost eligibility for AFDC as specified in Section 42-750.38, he/she is eligible to receive TCC for the number of months left in the ~~12-month~~ TCC eligibility period following the end of the OJT assignment.

For example, an individual who goes into OJT loses eligibility for AFDC in January. The OJT continues until April during which time the individual receives child care as a participant. If the individual would have been eligible for TCC in February, the individual is potentially eligible for the remaining ~~nine~~ months of TCC ~~(from May to January)~~ if he/she enters unsubsidized employment at the end of the OJT assignment.

HANDBOOK ENDS HERE

Authority Cited: Sections 10553, 10554, 10604, and 11320 et. seq., Welfare and Institutions Code.

Reference: Sections 10613, 11500(c)(1), 11501.1(a), 11501.5(a), 11209, 11320.6(f), 11322.2(a), 11323.2, 11323.4(b), (c), and (d), 11323.6(d), (e)(2) and (f), and 11500(c)(1), Welfare and Institutions Code; 45 CFR 250.21(d)(13), 45 CFR 250.40(a)(2) and (3), 45 CFR 250.48(a)(3), 45 CFR 250.61(e) and (f), 45 CFR 250.73(e), 45 CFR 250.95(b), 45 CFR 255.1(e)(1) and (4), 45 CFR 255.2, 45 CFR 255.4(a)(2)(iii), (c)(2), (f)(2), (i)(1) and (j), 45 CFR Part 256; JOBS-FSA-AT-91-5; 42 U.S.C., Section 602.

Amend Handbook Section 47-101 to read:

47-101 INTRODUCTION TO TRANSITIONAL CHILD CARE 47-101

HANDBOOK BEGINS HERE

Transitional Child Care (TCC) was mandated by the Family Support Act of 1988. It provides funding for child care to former AFDC recipients, when certain eligibility criteria are met, for up to ~~12~~ 24 months ~~when certain eligibility criteria are met~~ depending on the reason for discontinuance from AFDC. The objective of TCC is to assist families transitioning to self sufficiency and independence from welfare. This is accomplished by partially paying for child care while a family member is working.

The Legislature finds and declares that transitional child care is crucial for working families who are undergoing the difficult transition from aid to families with dependent children to independence. The cost of child care is known to be one of the most formidable barriers to permanent independence for low-income families with young children. Without adequate child care, many low-income families will be unable to remain independent even after finding employment. Therefore, it is in the state's financial best interest to increase the probability that all families entitled to this benefit receive it and that disruptions of child care aid be minimized.

The coordination of GAIN child care services and transitional child care is of paramount importance. For GAIN participants who become immediately eligible for transitional child care services upon employment, coordination of the child care services is necessary to ensure continuity of care throughout the transition period. Continuity of care is important both to enable the parents to maintain their employment and to contribute to a stable environment for their children. It is more efficient to use existing GAIN systems and procedures, where allowed under federal law, to administer the transitional child care program. Requiring counties to build on their GAIN child care programs in administering the transitional child care program will minimize the need for families and service providers to learn new rules and procedures that often interfere with making services truly accessible to families and smoothly delivering those services.

HANDBOOK ENDS HERE

Authority Cited: Sections 10553, 10554, and 10604, Welfare and Institutions Code.

Reference: Sections 10613, 11209, 11500(a) and (c), 11501.1, 11501.5, and 11511(a), Welfare and Institutions Code; and 45 CFR Part 256.

Amend Section 47-102e.(1) to read:

47-102 DEFINITIONS (Continued) 47-102

e. (1) "Eligibility Period" means the period of 12 or 24 consecutive calendar months for which TCC payments may be received beginning with the first day of the first calendar month of ineligibility for federal AFDC.

Authority Cited: Sections 10553, 10554, and 10604, Welfare and Institutions Code.

Reference: Sections 10613, 11209, 11501.1, 11501.5, and 11511(a), Welfare and Institutions Code; and 45 CFR Parts 255 and 256.

Amend Handbook Section 47-105.121 to read:

47-105 APPLICANT RESPONSIBILITIES 47-105

.1 Time and Place of Request for TCC Program Benefits (Continued)

.12 When the date of receipt of the request for TCC program benefits is later than the last day of the eligibility period, the request shall be denied.

HANDBOOK BEGINS HERE

.121 Example: The family becomes ineligible for AFDC as a result of increased earnings from employment on May 1, 1990. The eligibility period begins on that date and ends on the last day of April 199~~1~~2. The applicant must request TCC program benefits no later than April 30, 199~~1~~2.

HANDBOOK ENDS HERE

Authority Cited: Sections 10553, 10554, and 10604, Welfare and Institutions Code.

Reference: Sections 10603, 11102, 11209, 11500(d)(2), 11501.1(a), 11503, 11505, 11507, and 11511(a), Welfare and Institutions Code; 45 CFR 255.4(h), (i), and (j); 45 CFR 256.1(a)(4) and (b); 45 CFR 256.2(a), (b)(2), (b)(3), and (c); ~~and~~ 45 CFR 256.3(a) and (b); and 45 CFR 256.4(b).

Amend Handbook Sections 47-110.131 and .132 to read:

47-110 COUNTY RESPONSIBILITIES 47-110

.1 General (Continued)

.13 The county shall provide the supportive services as specified in Welfare and Institutions Code Section 11501.

HANDBOOK BEGINS HERE

.131 Welfare and Institutions Code Section 11501 states in part:

Transitional Child Care services shall include the same services as those child care supportive services provided under subdivision (~~g~~b) and paragraphs (1), (2) and (5) of subdivision (~~h~~c) of Section ~~11320.3~~ 11323.8, except for those portions which are specifically prohibited by federal law or regulations.

(b) To the extent permissible under federal law and regulations, transitional child care supportive services provided pursuant to subdivision (~~g~~b) and paragraphs (1), (2) and (5) of subdivision (~~h~~c) of Section ~~11320.3~~ 11323.8 shall be provided by the county in the same manner as they are provided to families in the county GAIN program. The county may contract out with public and private child care programs to provide any or all of the services.

.132 Welfare and Institutions Code Section ~~11320.3~~ 11323.8 states in part:

(~~g~~b) (Continued)

HANDBOOK ENDS HERE

Authority Cited: Sections 10553, 10554, and 10604, Welfare and Institutions Code.

Reference: Sections 10613, 11209, ~~11320.3,~~ 11323.8, 11500(b), (c), and (d), 11501(a) and (b), 11503, 11504, and 11511(a), Welfare and Institutions Code; 45 CFR 250.20; 45 CFR 255.1; 45 CFR 255.3(a)(3); 45 CFR 255.4(i)(1) and (2); and 45 CFR 256.1, .2, and .4.

Amend Section 47-125.12 to read:

47-125 ELIGIBILITY PERIOD 47-125

.1 The eligibility period: (Continued)

.12 Continues for ~~12 consecutive calendar months.~~ a period of:

.121 Twelve (12) consecutive calendar months for those families who become ineligible for federal AFDC as a result of marriage or because separated spouses reunite and the family:

(a) No longer meets the deprivation requirement specified in Section 41-401.14; or

(b) Has increased assets as specified in Sections 42-207.1, .2 and/or Section 42-213.2(z); or

(c) Has increased income over the 185 percent gross income test as specified in Section 44-207.2.

.122 Twenty-four (24) consecutive calendar months for those families who become ineligible for federal AFDC as a result of:

(a) Increased hours of employment; or

(b) Increased income from employment; or

(c) Loss of earned income disregards due to time limitations; or

(d) Failure to submit the monthly income report, if the family is able to prove they also met one of the conditions as specified in this subsection.

HANDBOOK BEGINS HERE

.123 Example: A family becomes ineligible for AFDC due to increased assets as a result of marriage effective October 1. The family's eligibility period is from October 1 through September 30 of the following year.

.12~~1~~4 Example: A family member finds employment on September 15, Year 1. The family is ineligible for AFDC effective October 1, Year 1. The family's eligibility period is from October 1, Year 1 through September 30, Year 3. ~~of the following year.~~

.12~~2~~5 Example: Same situation as above. The family member works from October 1, Year 1 through March 30, Year 2, ~~of the following year,~~ at which time the employed family member is laid off. The family returns to AFDC in April, Year 2, but is discontinued effective May 31, Year 2, because the family member returns to the former position on June 1, Year 2. The family meets all eligibility requirements and receives TCC program benefits from June 1, Year 2 through September 30, Year 3, which is the balance of its original eligibility period. The family does not receive TCC program benefits in April or May of Year 2, since the TCC child was receiving AFDC. The family does not qualify for a new eligibility period because they did not receive AFDC in three of the last six months.

HANDBOOK ENDS HERE

Authority Cited: Sections 10553, 10554, and 10604, Welfare and Institutions Code.

Reference: Sections 10613, 11209, ~~11501(a),~~ 11501.1 (a), 11501.5(a), and 11511(a), Welfare and Institutions Code; and 45 CFR 256.2(c) and (e)(2).

Amend Sections 47-130.4 and .5; renumber Sections 47-130.6, .7, .8, and .9 to Sections 47-130.5, .6, .7 and .8, respectively; and amend renumbered Sections 47-130.531 et seq. and .6 to read:

47-130 FAMILY FEE DETERMINATION (Continued) 47-130

.4 The county shall use the current State Department of Education (SDE) Family Fee Schedule modified by the ~~State~~ California Department of Social Services (SCDSS) for the TCC program in accordance with Welfare and Institutions Code Section 11506(b) and is hereby incorporated by reference. (Continued)

~~HANDBOOK BEGINS HERE~~

~~.42 Family Fee Schedule~~

FAMILY FEE SCHEDULE Effective 4/1/90

Monthly Fee	Number in Family									
	1-3	4	5	6	7	8	9	10	11	12+
	MONTHLY INCOME LEVEL									
$ 21.00	$1190	$1417	$1643	$1870	$1913	$1955	$1998	$2040	$2083	$2125
25.00	1238	1473	1709	1945	1989	2033	2077	2122	2166	2209
29.00	1285	1530	1774	2020	2066	2111	2157	2203	2249	2294
36.00	1333	1586	1840	2094	2142	2190	2237	2285	2332	2379
42.00	1380	1643	1906	2169	2219	2268	2317	2366	2416	2464
48.00	1428	1700	1972	2244	2295	2346	2397	2448	2499	2549
55.00	1476	1756	2037	2319	2372	2424	2477	2530	2582	2634
61.00	1523	1813	2103	2394	2448	2502	2557	2611	2666	2719
67.00	1571	1870	2169	2468	2525	2581	2637	2693	2749	2804
74.00	1618	1926	2234	2543	2601	2659	2717	2774	2832	2889
80.00	1666	1983	2300	2618	2678	2737	2797	2856	2916	2974
86.00	1714	2040	2366	2693	2754	2815	2876	2938	2999	3059
96.00	1761	2096	2432	2768	2831	2893	2956	3019	3082	3144
105.00	1809	2153	2497	2842	2907	2972	3036	3101	3165	3229
114.00	1856	2210	2563	2917	2984	3050	3116	3182	3249	3314
124.00	1904	2266	2629	2992	3060	3128	3196	3264	3332	3399
133.00	1952	2323	2695	3067	3137	3206	3276	3346	3415	3484
143.00	1999	2380	2760	3142	3213	3284	3356	3427	3499	3569
152.00	2047	2436	2826	3216	3290	3363	3436	3509	3582	3654
162.00	2094	2493	2892	3291	3366	3441	3516	3590	3665	3739
171.00	2142	2550	2957	3366	3443	3519	3596	3672	3749	3824
181.00	2190	2606	3023	3441	3519	3597	3675	3754	3832	3909
190.00	2237	2663	3089	3516	3596	3675	3755	3835	3915	3994
200.00	2285	2720	3155	3590	3672	3754	3835	3917	3998	4079
209.00	2332	2776	3220	3665	3749	3832	3915	3998	4082	4164
218.00	2380	2833	3286	3740	3825	3910	3995	4080	4165	4249

~~.5 Instructions for using the Family Fee Schedule~~

~~.51 Select from columns 1 through 12 the column appropriate for family size.~~

~~.52 Find the monthly TCC family income in that column by:~~

~~.521 Locating the upper and lower figures into which the TCC family income falls; and~~

~~.522 Using the figure which is the lower amount.~~

~~.53 A family fee is assessed which corresponds with the Monthly Fee in the left-hand margin.~~

~~.531 Example: A family of four persons has gross monthly earnings of $1689. Find the family size under column 4. In this case, $1689 is between $1643 and $1700. The family fee which corresponds with $1643 is used. The monthly family fee is $42.~~

~~HANDBOOK ENDS HERE~~

.65 Family Fee Requirement (Continued)

.651 (Continued)

.652 (Continued)

.653 (Continued)

.6531 The family shall pay its family fee to ~~one~~ the provider it chooses and the family shall inform the county of this choice when:

(a) The county issues the TCC payment directly to the provider; and

(b) The family uses more than one provider~~; and~~.

~~(c) The family is required to pay its family fee to the provider.~~

.~~7~~6 Family Fee

.~~7~~61 When a family, whose TCC program eligibility period is 12 months, requests TCC program benefits within the first three months of its eligibility period:

.7611 (Continued)

.7612 (Continued)

.762 When a family, whose TCC program eligibility period is 12 months, requests TCC program benefits in the fourth through twelfth month of its eligibility period the family fee shall be:

.7621 (Continued)

.7622 (Continued)

.63 When a family, whose TCC program eligibility period is 24 months, requests TCC program benefits within the first three months of its eligibility period:

.631 The family fee in effect for the first six months of the eligibility period shall be based on TCC family size and income information submitted with the request for TCC program benefits.

.632 The family fee in effect during the second, third, and final six-month periods of the 24-month eligibility period, unless the family requests a family fee recomputation, shall be based on income as specified in Section 47-130.331.

.64 When a family, whose TCC program eligibility period is 24 months, requests TCC program benefits in the fourth through twenty-fourth month of its eligibility period the family fee shall be:

.641 Based on income information submitted with the request for TCC program benefits and

.642 In effect through the entire eligibility period.

.87 Recomputation of Family Fee

.871 (Continued)

.872 (Continued)

.8721 (Continued)

.873 (Continued)

.98 (Continued)

Authority Cited: Sections 10553, 10554, and 10604, Welfare and Institutions Code.

Reference: Sections 10613, 11209, ~~11320.3(f), 11501(a) and (c),~~ 11501.1(a) and (c), 11501.5(a), 11506, 11507, 11509, and 11511(a), Welfare and Institutions Code; 45 CFR 256.0; 45 CFR 256.2(a); ~~and~~ 45 CFR 256.3(a), (b), and (d); and 42 U.S.C. 9858c(c)(5).

Amend Handbook Sections 47-155.122 and .123 to read:

47-155 PAYMENT DETERMINATION 47-155

.1 A TCC payment shall be based upon the costs of child care provided during the TCC eligibility period. (Continued)

HANDBOOK BEGINS HERE

.12 The following are examples of determining what period of time upon which a TCC payment is based. (Continued)

.122 Example: The TCC family was employed and using child care prior to AFDC discontinuance resulting from increased earnings from employment. The family pays for child care on a monthly basis after the child care is given. The family requests TCC program benefits and is determined eligible. The eligibility period is from November, Year 1 through October, Year ~~2~~ 3. Three months of child care for which the family pays are:

Date Paid	For Care Provided
November 1, Year 1	October 1-31, Year 1
November 1, Year ~~2~~3	October 1-31, Year ~~2~~3
December 1, Year ~~2~~3	November 1-30, Year ~~2~~3

(a) The payment made by the TCC family on November 1, Year 1 is not eligible for TCC reimbursement since the child care that this payment is for was not provided during the eligibility period. However, the family may be eligible for Supplemental Child Care. Refer to Section 44-500.

(b) The payment made by the family on November 1, Year ~~2~~3 is eligible for TCC reimbursement. This payment is for October, Year ~~2~~3, which occurs during the eligibility period. This payment meets the condition of a cost paid in a calendar month for child care provided during the eligibility period.

(c) The payment made by the family on December 1, Year ~~2~~3 is not eligible for TCC reimbursement, since the costs are not for child care provided during the eligibility period.

.123 Example: The eligibility period is from January, Year 1 through December, Year ~~1~~2. The county makes payment directly to the provider. The family and provider submit a request for payment for child care given in December, Year ~~1~~2. The payment request is received in January, Year ~~2~~3. The payment request is eligible for TCC payment because it is based on costs incurred during the eligibility period.

HANDBOOK ENDS HERE

Authority Cited: Sections 10553, 10554, and 10604, Welfare and Institutions Code.

Reference: Sections 10613, 11017, 11209, ~~11501(c),~~ 11501.1(c), 11508, 11509, 11510, and 11511(a) Welfare and Institutions Code; 45 CFR 255.4(a) and (a)(2)(iii); 45 CFR 255.4(i)(3); 45 CFR 256.3(a); and 45 CFR 256.4(b).