



## طلب إعانة رعاية الطفل

يُرجى قراءة التعليمات (CFWB-012A) والاطلاع على قائمة مراجعة الوثائق (CFWB-012B) للحصول على المساعدة عند إكمال هذا الطلب ومعلومات عن الوثائق المطلوبة.

تنبيه: يستخدم هذا التطبيق لتقديم طلب للحصول على مساعدة رعاية الأطفال من الفئة \*2 فقط (للأسر التي لا تتلقى مساعدة نقدية). للتقديم من أجل الحصول على المساعدة المالية أو مخصصات أخرى، بما في ذلك إعانة رعاية الطفل من الفئة 1 (للأسر التي تتلقى المساعدة المالية)، يجب عليك استخدام طلب الحصول على بعض مخصصات وخدمات ولاية نيويورك (New York State Application for Certain Benefits and Services) (LDSS-2921).

يمكن أن يكون مقدمو الطلبات التالون مؤهلين للحصول على إعانة رعاية الطفل بغض النظر عن الدخل ولا يحتاجون إلى إكمال هذا الطلب:

- أولياء الأمور المقدمون للرعاية البديلة الذين يحتاجون إلى إعانة رعاية الطفل للسماح لهم بالعمل ويتقدمون فقط لإعانة من أجل الطفل (الأطفال) المشمول في الرعاية البديلة.
- الأسر التي تتلقى خدمات وقاية أو حماية.

**يُرجى ملاحظة ما يلي:** يجب ملء جميع أقسام هذا النموذج حتى يصبح مكتملاً إلا إذا كان القسم معرفاً على أنه اختياري. إذا لم تكمل جميع الأقسام المطلوبة في هذا النموذج، فقد لا يتم النظر في حصولك على إعانة رعاية الطفل (Child Care Assistance).

راجع وثيقة التعليمات الخاصة بالطلب (CFWB-012A) للاطلاع على التفاصيل  طلب جديد  تغيير الحالة/إعادة إثبات الأهلية  إعادة فتح الحالة

للاستخدام الرسمي فقط رقم الملف: \_\_\_\_\_ تاريخ تقديم الطلب: \_\_\_\_\_

الاسم الأخير (يرجى تضمين أي أسماء مستعارة أو أسماء قبل الزواج بين قوسين):	الاسم الأول:		الحرف الأول من الاسم الأوسط:		الحالة الاجتماعية:
	رقم الشقة:	المدينة/المنطقة:	الولاية:	الرمز البريدي:	عنوان السكن:
هل هذا عنوان مؤقت؟	<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا إذا أجبت بنعم، هل تسكن العائلة الآن في (اختر واحداً):	<input type="radio"/> مأوى للمشردين <input type="radio"/> تتشارك السكن مع أسرة أخرى <input type="radio"/> فندق/موتيل <input type="radio"/> سيارة، حافلة، قطار <input type="radio"/> حديقة، موقع تخيير <input type="radio"/> غير ذلك	رقم الهاتف (العمل):		
هل تتلقى المساعدة المالية؟	<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	رقم الهاتف (المنزل):	رقم الهاتف (الجوال أو أي رقم آخر):	البريد الإلكتروني:	
هل تتلقى المساعدة المالية (CA)؟	<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	رقم المساعدة المالية (CA):	<input type="radio"/> ما هي لغتك الأساسية؟ <input type="radio"/> الإنجليزية <input type="radio"/> الإسبانية <input type="radio"/> أخرى:	<input type="radio"/> ما هي لغتك المفضلة؟ <input type="radio"/> الإنجليزية <input type="radio"/> الإسبانية <input type="radio"/> أخرى:	

القسم 1 - مقدم الطلب

يُرجى إدراج أسماء جميع الأطفال في أسرتك المحتاجين إلى رعاية الطفل. (الأطفال المحتاجون إلى الرعاية فقط)

القسم 2: الطفل (الأطفال) المحتاج إلى الرعاية	الاسم (الأخير، الأول)	الحرف الأول من الاسم الأوسط	صلة القرابة	تاريخ الميلاد	الجنس	هل يُقيم وليا أمر الطفل في المنزل؟	من أصل هسباني أو لاتيني**	العرق** (انظر مفاتيح الاختصارات أدناه)	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	هل الطفل مواطن أمريكي / وطني أمريكي / هل شخص ذو وضع هجرة قانوني؟	هل الطفل مصاب بإعاقة؟
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											

\* الفئة 1: العائلات المؤهلة للحصول على ضمان رعاية الطفل - التي تتلقى أو تتقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية (CA)، أو تتلقى إعانة رعاية الطفل بدلاً من CA، أو تتلقى مدفوعات رعاية الطفل الانتقالية

\* الفئة 2: تكون العائلات مؤهلة عندما يكون التمويل متاحًا

\*\* إن تقديم معلومات الإثنية والعرق هو أمر طوعي ولن يؤثر على أهليتك لتلقي إعانة رعاية الطفل أو مبلغ الإعانة الذي سنتلقاه من هذه الوكالة.

رموز الانتماء العرقي:

أمريكي أصلي أو من سكان الاسكا الأصليين AI  
 آسيوي AS  
 أسود أو أمريكي من أصل إفريقي BL  
 من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادي الأصليين HP  
 أبيض البشرة WH



# New York State Voter Registration Form

## Register to vote

With this form, you register to vote in elections in New York State. You can also use this form to:

- change the name or address on your voter registration
- become a member of a political party
- change your party membership
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age

## To register you must:

- be a US citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- not be in prison for a felony conviction;
- not claim the right to vote elsewhere;
- not found to be incompetent by a court.

## Send or deliver this form

Fill out the form below and send it to **your county's address** on the back of this form, or take this form to the office of your County Board of Elections.

This form must be received no later than **10 days before the election** you want to vote in. Your county will notify you that you are registered to vote.

## Questions?

Call your **County Board of Elections** listed on the back of this form or 1-800-FOR-VOTE (TDD/TTY Dial 711)

Find answers or tools on our website [www.elections.ny.gov](http://www.elections.ny.gov)

## Verifying your identity

We'll try to check your identity before Election Day, through the **DMV number (driver's license number or non-driver ID number)**, or the **last four digits of your social security number**, which you'll fill in below.

If you do not have a **DMV or social security number**, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form—be sure to tape the sides of the form closed.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

বাংলা: আপনি এই ফর্মটি বাংলাতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নাম্বার কল করুন

**!** It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections. Please print in blue or black ink.

**1** Are you a citizen of the U.S.?  Yes  No  
If you answer *No*, you cannot register to vote.

**2** **A)** Will you be 18 years of age or older on or before election day?  Yes  No  
**B)** Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election?  Yes  No  
If you answer **No** to both of the prior questions, you cannot register to vote.

For board use only

**Your name**

**3** Last name \_\_\_\_\_ Suffix \_\_\_\_\_  
First name \_\_\_\_\_ Middle Initial \_\_\_\_\_

**More information**  
Items 5, 6 & 7 are optional

**4** Birth date 

M	M	/	D	D	/	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**5** Gender \_\_\_\_\_

**6** Phone \_\_\_\_\_ **7** Email \_\_\_\_\_

**The address where you live**

**8** Address (not P.O. box) \_\_\_\_\_  
Apt. Number \_\_\_\_\_ Zip code \_\_\_\_\_  
City/Town/Village \_\_\_\_\_  
New York State County \_\_\_\_\_

**The address where you receive mail**  
Skip if same as above

**9** Address or P.O. box \_\_\_\_\_  
P.O. Box \_\_\_\_\_ Zip code \_\_\_\_\_  
City/Town/Village \_\_\_\_\_

**Voting history**

**10** Have you voted before?  Yes  No **11** What year? \_\_\_\_\_

**Voting information that has changed**  
Skip if this has not changed or you have not voted before

**12** Your name was \_\_\_\_\_  
Your address was \_\_\_\_\_  
Your previous state or New York State County was \_\_\_\_\_

**Identification**  
You must make 1 selection  
For questions, please refer to *Verifying your identity* above.

**13**  New York State DMV number \_\_\_\_\_  
 Last four digits of your Social Security number x x x - x x - \_\_\_\_\_  
 I do not have a New York State driver's license or a Social Security number.

**Political party**  
You must make 1 selection

Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.

**14** **I wish to enroll in a political party**  
 Democratic party  
 Republican party  
 Conservative party  
 Working Families party  
 Other \_\_\_\_\_

**I do not want to enroll in any political party and wish to be an independent voter**  
 No party

**!** **Affidavit: I swear or affirm that**

- I am a citizen of the United States.
- I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election.
- I meet all requirements to register to vote in New York State.
- This is my signature or mark in the box below.
- The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years.

**16** Sign \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

**Optional questions**

**15**  I need to apply for an Absentee ballot.  
 I would like to be an Election Day worker.

# Address and stamp this section

Your address

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Place  
First-Class  
Stamp  
Here

Before mailing,  
remove tape,  
fold and seal

Your County Board of Elections address (select from below)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>New York City</b> 32 Broadway, 7th Fl. New York, NY 10004 (212) 487-5300	<b>Chenango</b> 5 Court St. Norwich, NY 13815 (607) 337-1760	<b>Franklin</b> 355 West Main St. Ste. 161 Malone, NY 12953 (518) 481-1663	<b>Lewis</b> 7660 N. State St. Lowville, NY 13367 (315) 376-5329	<b>Oneida</b> Union Station 321 Main St. 3rd Fl. Utica, NY 13501 (315) 798-5765	<b>Putnam</b> 25 Old Route 6 Carmel, NY 10512 (845) 808-1300	<b>Schuyler</b> County Office Bldg. 105 9th St., Unit 13 Watkins Glen, NY 14891 (607) 535-8195	<b>Ulster</b> 79 Hurley Ave. Suite 112 Kingston, NY 12401 (845) 334-5470
<b>Albany</b> 260 S. Pearl St. Albany, NY 12202 (518) 487-5060	<b>Clinton</b> City Government Ctr. Ste. 104 137 Margaret St. Plattsburgh, NY 12901 (518) 565-4740	<b>Fulton</b> 2714 St. Hwy 29 Ste. 1 Johnstown, NY 12095 (518) 736-5526	<b>Livingston</b> County Govt. Ctr. 6 Court St. Room 104 Geneseo, NY 14454 (585) 243-7090	<b>Onondaga</b> 1000 Erie Blvd West Syracuse, NY 13204 (315) 435-3312	<b>Rensselaer</b> Ned Pattison Government Ctr. 1600 Seventh Ave. Troy, NY 12180 (518) 270-2990	<b>Seneca</b> One DiPronio Dr. Waterloo, NY 13165 (315) 539-1760	<b>Warren</b> Cnty. Municipal Ctr. 3rd Floor Human Serv. Bldg 1340 St. Rte. 9 Lake George, NY 12845 (518) 761-6456
<b>Allegany</b> 8 Willets Ave. Belmont, NY 14813 (585) 268-9294	<b>Columbia</b> 401 State St. Hudson, NY 12534 (518) 828-3115	<b>Genesee</b> County Building #1 15 Main St. Batavia, NY 14020 (585) 815-7804	<b>Madison</b> County Office Bldg. N. Court St. PO Box 666 Wampsville, NY 13163 (315) 366-2231	<b>Ontario</b> 74 Ontario St. Canandaigua, NY 14424 (585) 396-4005	<b>Rockland</b> 11 New Hempstead Rd. New City, NY 10956 (845) 638-5172	<b>Steuben</b> 3 E. Pulteney Sq. Bath, NY 14810 (607) 664-2260	<b>Washington</b> 383 Broadway Fort Edward, NY 12828 (518) 746-2180
<b>Broome</b> Government Plaza 60 Hawley St. PO Box 1766 Binghamton, NY 13902 (607) 778-2172	<b>Cortland</b> 112 River St. Suite 1 Cortland, NY 13045 (607) 753-5032	<b>Greene</b> 411 Main St. Ste. 437 Catskill, NY 12414 (518) 719-3550	<b>Monroe</b> 39 Main St. W. Rochester, NY 14614 (585) 753-1550	<b>Orange</b> 75 Webster Ave PO Box 30 Goshen, NY 10924 (845) 360-6500	<b>St. Lawrence</b> 80 State Hwy 310 Canton, NY 13617 (315) 379-2202	<b>Suffolk</b> Yaphank Ave. PO Box 700 Yaphank, NY 11980 (631) 852-4500	<b>Wayne</b> 7376 State Rte. 31 PO Box 636 Lyons, NY 14489 (315) 946-7400
<b>Cattaraugus</b> 207 Rock City St. Suite 100 Little Valley, NY 14755 (716) 938-2400	<b>Delaware</b> 97 Main St. Suite 5 Delhi, NY 13753 (607) 832-5321	<b>Hamilton</b> Rte. 8 PO Box 175 Lake Pleasant, NY 12108 (518) 548-4684	<b>Montgomery</b> Old Courthouse 9 Park St. PO Box 1500 Fonda, NY 12068 (518) 853-8180	<b>Orleans</b> 14016 Route 31 West, Ste. 140 Albion, NY 14411 (585) 589-3274	<b>Saratoga</b> 50 W. High St. Ballston Spa, NY 12020 (518) 885-2249	<b>Sullivan</b> Gov't. Ctr. 100 North St. PO Box 5012 Monticello, NY 12701 (845) 807-0400	<b>Westchester</b> 25 Quarropas St. White Plains, NY 10601 (914) 995-5700
<b>Cayuga</b> 157 Genesee St. (Basement) Auburn, NY 13021 (315) 253-1285	<b>Dutchess</b> 112 Delafield Street, Suite 200 Poughkeepsie, NY 12601 (845) 486-2473	<b>Herkimer</b> 109 Mary St. Ste. 1306 Herkimer, NY 13350 (315) 867-1102	<b>Nassau</b> 240 Old Country Rd. 5th Fl. PO Box 9002 Mineola, NY 11501 (516) 571-8883	<b>Oswego</b> 185 E. Seneca St. Box 9 Oswego, NY 13126 (315) 349-8350	<b>Schenectady</b> 2696 Hamburg St. Schenectady, NY 12303 (518) 377-2469	<b>Tioga</b> 1062 State Rte. 38 PO Box 306 Owego, NY 13827 (607) 687-8261	<b>Wyoming</b> 4 Perry Ave. Warsaw, NY 14569 (585) 786-8931
<b>Chautauque</b> 7 North Erie St. Mayville, NY 14757 (716) 753-4580	<b>Erie</b> 134 W. Eagle St. Buffalo, NY 14202 (716) 858-8891	<b>Jefferson</b> 175 Arsenal St. Watertown, NY 13601 (315) 785-3027	<b>Niagara</b> 111 Main St. Ste. 100 Lockport, NY 14094 (716) 438-4040	<b>Otsego</b> Ste. 2 140 County Hwy. 33W Cooperstown, NY 13326 (607) 547-4247	<b>Schoharie</b> County Office Bldg. 284 Main St. PO Box 99 Schoharie, NY 12157 (518) 295-8388	<b>Tompkins</b> Court House Annex 128 E. Buffalo St. Ithaca, NY 14850 (607) 274-5522	<b>Yates</b> Ste. 1124 417 Liberty St. Penn Yan, NY 14527 (315) 536-5135

## (Optional) Register to donate your organs and tissues

If you would like to be an organ and tissue donor upon your death, you may enroll in the NYS *Donate Life*™ Registry online at [www.donatelife.ny.gov](http://www.donatelife.ny.gov) or complete the form below.

You will receive a confirmation email or letter, which will also provide you an opportunity to limit your donation.



Last name \_\_\_\_\_  
 First name \_\_\_\_\_  
 Middle Initial \_\_\_\_\_ Suffix \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_  
 Apt. Number \_\_\_\_\_ Zip code \_\_\_\_\_  
 City \_\_\_\_\_  
 Birth date 

M	M		D	D		Y	Y	Y	Y

 Gender  M  F  
 Eye color \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_  
 Height \_\_\_\_\_ Ft. \_\_\_\_\_ In.  
 DMV or ID NYC # \_\_\_\_\_

By signing below,  
you certify that you are:

- 16 years of age or older;
- consenting to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS *Donate Life*™ Registry for enrollment;
- and authorizing the Registry to give access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health upon your death.

Sign	Date
------	------



يُرجى إدراج جميع الأفراد الآخرين في أسرتك الكاملة (غير المدرجين في القسم 1) بما في ذلك الأطفال الأصغر من عمر 18 عامًا الذين لا يحتاجوا إلى رعاية الطفل. أضف نفسك أولاً، وبعد ذلك جميع من يعيشون معك.

رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	العرق ** (انظر مفاتيح الاختصارات على اليمين)	من أصل هسباني أو لاتيني **	الهوية الجنسية (اختياري)	الجنس	تاريخ الميلاد	صلة القرابة	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم (العائلة الأول) (أضف أي أسماء مستعارة أو أسماء العائلة قبل الزواج بين قوسين)
							أنا	
								1.
								2.
								3.
								4.
								5.
								6.
								7.
								8.

القسم 2:  
أفراد الأسرة

لأفراد الأسرة الإضافيين، يُرجى إرفاق ورقة منفصلة. قم بتضمين المعلومات المتعلقة بأي زوج/زوجة أو ولي أمر أو قائم على رعاية الأطفال متقدمين بطلب للحصول على الرعاية ويعيشون في المنزل.  
رموز الانتماء العرقي:  
AI أمريكي أصلي أو من سكان ألاسكا الأصليين  
AS آسيوي  
BL أسود أو أمريكي من أصل إفريقي  
HP من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادي الأصليين  
WH أبيض البشرة

\*\* إن تقديم معلومات الإثنية والعرق هو أمر طوعي ولن يؤثر على أهليتك لتلقي إعانة رعاية الطفل أو مبلغ الإعانة الذي ستتلقاه من هذه الوكالة.

للاستخدام الرسمي فقط

حجم الأسرة: \_\_\_\_\_

ما هو سبب طلبك لإعانة رعاية الطفل؟

العمل

التدريب المهني/الأنشطة التعليمية

تلقي خدمات مكافحة العنف المنزلي

البحث عن عمل

المشاركة في برنامج علاجي معتمد لعلاج تعاطي المواد المخدرة (في حال كان سبب الرعاية هو التوظيف)

هل أحد وليي الأمر حاليًا يخدم بدوام كامل في الجيش الأمريكي؟

نعم  لا

هل أحد وليي الأمر حاليًا عضو في الحرس الوطني أو وحدة قوات الاحتياط العسكرية؟

نعم  لا

هل يوجد ولي أمر غير حاضن متفرغ لتقديم رعاية الطفل؟

نعم  لا

هل يتلقى مقدم الطلب رعاية طفل و/أو يتقدم للحصول عليها عبر طلب آخر؟

إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى تحديد الوكالة:

إدارة التعليم (DOE)

إدارة الموارد البشرية (Human Resources Administration, HRA)

إدارة تنمية الشباب والمجتمع (Department of Youth and Community Development, DYCD)

إدارة خدمات المشردين (Department of Homeless Services, DHS)

اتحاد تعليم العمال (Consortium for Worker Education, CWE)

إدارة خدمات الأطفال (Administration for Children's Services, ACS)

القسم 3:  
احتياجات الطفل/العائلة

اسم جهة عمل مقدم الطلب: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ العنوان: \_\_\_\_\_ المدينة/المنطقة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

تاريخ بدء التوظيف: \_\_\_\_\_ هل مناوبة وظيفتك متغيرة؟  نعم  لا

هل تتطلب وظيفتك ساعات عمل إضافية؟  نعم  لا

إذا كان مقدم الطلب لديه وظيفة ثانية

اسم جهة عمل مقدم الطلب: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ العنوان: \_\_\_\_\_ المدينة/المنطقة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

تاريخ بدء التوظيف: \_\_\_\_\_ هل مناوبة وظيفتك متغيرة؟  نعم  لا

هل تتطلب وظيفتك ساعات عمل إضافية؟  نعم  لا

إذا كان ولي الأمر الثاني أو القائم على الرعاية أو زوج الأم/زوجة الأب في الأسرة

اسم جهة عمل مقدم الطلب: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ العنوان: \_\_\_\_\_ المدينة/المنطقة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

تاريخ بدء التوظيف: \_\_\_\_\_ هل مناوبة وظيفتك متغيرة؟  نعم  لا

هل تتطلب وظيفتك ساعات عمل إضافية؟  نعم  لا

القسم 3 العمل  
(إذا كان العمل سبب التوظيف)



جدول العمل/النشاط النموذجي (أي النشاط التعليمي/المهني)

الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
من إلى	من إلى	من إلى	من إلى	من إلى	من إلى	من إلى

الجدول النموذجي للعمل/النشاط للوالد الثاني أو الوصي أو زوج الأم/الأب في المنزل

الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
من إلى	من إلى	من إلى	من إلى	من إلى	من إلى	من إلى

يرجى إكمال الجدول أدناه فقط إذا كان للوالد الثاني أو الوصي أو زوج الأم/الأب وظيفة أو نشاط في فترة دوام ثانية.

الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
من إلى	من إلى	من إلى	من إلى	من إلى	من إلى	من إلى

يرجى إكمال الجدول أدناه فقط إذا كان للوالد الثاني أو القائم بالرعاية أو زوج الأم في الأسرة لديه ودية ثانية أو وظيفة أو نشاط ثانٍ

الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
من إلى	من إلى	من إلى	من إلى	من إلى	من إلى	من إلى

القسم 4:  
جدول مواعد العمل/النشاط/السفر

وقت الانتقال ترك الطفل: وقت الانتقال من مقدم خدمة رعاية الطفل حتى العمل/النشاط؟

- ضع علامة على أحد الخيارات التالية:  15 دقيقة  30 دقيقة  45 دقيقة  ساعة واحدة  أكثر من ساعة واحدة. مقدار الوقت إذا كان أكثر من ساعة واحدة \_\_\_ باستخدام المواصلات العامة؟  نعم  لا
- أخذ الطفل: وقت الانتقال من العمل/النشاط حتى مقدم خدمة رعاية الطفل؟
- ضع علامة على أحد الخيارات التالية:  15 دقيقة  30 دقيقة  45 دقيقة  ساعة واحدة  أكثر من ساعة واحدة. مقدار الوقت إذا كان أكثر من ساعة واحدة \_\_\_ باستخدام المواصلات العامة؟  نعم  لا
- الزوج(ة)/ولي الأمر الآخر: وقت الانتقال من مقدم خدمة رعاية الطفل حتى العمل/النشاط؟
- ضع علامة على أحد الخيارات التالية:  15 دقيقة  30 دقيقة  45 دقيقة  ساعة واحدة  أكثر من ساعة واحدة. مقدار الوقت إذا كان أكثر من ساعة واحدة \_\_\_ باستخدام المواصلات العامة؟  نعم  لا
- أخذ الطفل: وقت الانتقال من العمل/النشاط حتى مقدم خدمة رعاية الطفل؟
- ضع علامة على أحد الخيارات التالية:  15 دقيقة  30 دقيقة  45 دقيقة  ساعة واحدة  أكثر من ساعة واحدة. مقدار الوقت إذا كان أكثر من ساعة واحدة \_\_\_ باستخدام المواصلات العامة؟  نعم  لا

وضح ما إذا كنت تتلقى أنت أو أي شخص يقدم الطلب معك أموالاً من المصادر التالية. انظر قائمة المراجعة (CFWB-012B) للاطلاع على الوثائق المطلوبة. يُرجى الكتابة بأحرف واضحة

Monthly Calculations	Type of Documentation	من الشخص الذي يتلقاه؟	ما معدل تلقي المبلغ؟ (أسبوعياً، كل أسبوعين، شهرياً، إلخ؟)	المبلغ الإجمالي	نعم /لا	المصادر
		أنا		دولار		أجر/راتب مقدم الطلب، بما في ذلك أجر ساعات العمل الإضافية، العمولات، البرامج التدريبية، الإكراميات
				دولار		أجر/راتب ولي الأمر الثاني أو القائم على الرعاية أو زوج الأم/زوجة الأب في الأسرة، بما في ذلك أجر ساعات العمل الإضافية، العمولات، البرامج التدريبية، الإكراميات
				دولار		صافي الدخل من العمل الحر
				دولار		مدفوعات نفقة الطفل (المتلقاة)
				دولار		النفقة/الإعالة الزوجية (المتلقاة)
				دولار		مخصصات التأمين ضد البطالة، تعويضات العمال
				دولار		مخصصات الضمان الاجتماعي (تشمل دخل الضمان التكميلي (SSI))
				دولار		إعانات الإعاقة (نيويورك، VA، خاصة)
				دولار		دخل من إيجار/نزول/مستأجر (متلقى)
				دولار		الأرباح/الفوائد – الأسهم، السندات، المدخرات
				دولار		التقاعد، المعاشات/المستحقات السنوية
				دولار		منحة المساعدة المالية (CA)، مخصصات برنامج Safety Net
				دولار		غير ذلك (يُرجى التحديد)
				دولار		إجمالي الدخل

القسم 5:  
معلومات الدخل



إذا كنت مؤهلاً لإعانة رعاية الطفل الممولة من برنامج منح ولاية نيويورك المجاملة لرعاية الطفل، فيمكنك الاختيار بين رعاية الطفل في أحد المراكز أو في المنزل. إذا قمت باختيار مقدم خدمة غير مرخص أو مسجل، فيجب أن يكون مقدم الخدمة مسجلاً كمقدم خدمة معفى قانوناً. أذكر اسم (أسماء) مقدم (مقدمي) الخدمة الذي قمت باختياره وعنوانه (عناوينهم). يمكنك إدراج خيارات إضافية في ورقة مرفقة.

القسم 6:  
مقدم الخدمة

الاسم: \_\_\_\_\_ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): \_\_\_\_\_ الاسم: \_\_\_\_\_ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): \_\_\_\_\_ الاسم: \_\_\_\_\_ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_ العنوان: \_\_\_\_\_ العنوان: \_\_\_\_\_

- أدرك أن المعلومات الواردة في هذا النموذج سيتم استخدامها لتحديد أهليتي وأهلية أسرتي للحصول على الخدمات/الإعانة. وأدرك أنه بتوقيعي على نموذج الطلب هذا، فأنا أوافق على التعاون بشكل كامل مع أي تحريات للتحقق من صحة المعلومات التي قدمتها أو تأكيدها، أو أي تحريات أخرى بخصوص طلبي للحصول على إعانة رعاية الطفل. وسأقدم معلومات إضافية عند طلبها. SS
  - قد تُستخدم أرقام الضمان الاجتماعي، إذا تم تقديمها، من قبل الوكالات المحلية والفيديرالية والتابعة للولاية لمنع تكرار الخدمات والاحتيايل، ولتقديم التقارير الفيديرالية.
  - أوافق على إبلاغ الوكالة فوراً بأي تغيير في احتياجاتي وأو دخلي وأو عنواني وأو ترتيب المعيشة وأو تكوين الأسرة وأو العنوان الذي يتم تقديم الرعاية به وأو الشخص الذي يقدم رعاية الطفل وأو رسوم مقدم الخدمة وأو الساعات التي أحتاج فيها إلى رعاية الطفل.
- أشهد أن الأطفال المشار إليهم على أنهم بحاجة إلى رعاية الطفل هم من مواطني الولايات المتحدة أو رعاياها أو لهم حالة هجرة مقبولة. أدرك أن هذه المعلومات المتعلقة بهؤلاء الأطفال قد يتم تقديمها إلى دائرة الهجرة والتجنيس (INS) للتحقق من حالة الهجرة، إن كان هذا منطبقاً. وأدرك أيضاً أن استخدام هذه المعلومات المتعلقة بهؤلاء الأطفال أو الكشف عنها يقتصر على الأشخاص والمؤسسات ذات الصلة المباشرة بالتحقق من حالة الهجرة وإدارة أحكام برنامج إعانة رعاية الطفل أو تنفيذها.
  - أدرك أن هذا الطلب يُستخدم فقط للغرض المعلن وهو إعانة رعاية الطفل. للحصول على إعانات أخرى، مثل برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) أو Medicaid أو المساعدة المالية أو غيرها من الخدمات، ستحتاج إلى تقديم طلبات إضافية. ومع ذلك، قد تتم مشاركة هذا الطلب وأي معلومات يتم الحصول عليها كجزء من التحريات في هذا الطلب مع أي وكالة تابعة للمدينة أو الولاية أو أي وكالة فيديرالية تتقدم إليها أو تقدمت إليها من قبل بطلب للحصول على أي مساعدات أو مخصصات أخرى.

القسم 7:  
الإقرار

تتبع إدارة خدمات الأطفال في مدينة نيويورك وتلتزم بسياسة عدم التمييز على أساس العرق أو العقيدة أو العمر أو اللون أو الجنس أو الدين أو الأصل القومي أو الحالة الأجنبية أو حالة المواطنة أو الإعاقة الجسدية أو العقلية أو النوع أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي أو الحمل أو الحالة الزوجية أو الاجتماعية.

يمكنك الحصول على معلومات عن حقوقك ومسؤولياتك عبر الرابط <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148A.pdf>

إذا لم يكن لديك اتصال بالإنترنت، فيمكنك الاتصال بإدارة خدمات الأطفال (ACS) في مدينة نيويورك على الرقم 835-7610 (212) لطلب إرسال نسخ مطبوعة من الكتيبات التالية.

**LDSS-4148A**: ما ينبغي لك معرفته بشأن حقوقك ومسؤولياتك؛ **LDSS-4148B**: ما ينبغي لك معرفته حول برامج الخدمات الاجتماعية؛ **LDSS-4148C**: ما ينبغي لك معرفته إذا كان لديك أمر طارئ

الإقرار: أقسم وأو أؤكد تحت عقوبة الحنث باليمين أن جميع المعلومات التي قدمتها أو سأقدمها لإدارة ACS بمدينة نيويورك ذات الصلة بإعانة رعاية الطفل هي معلومات صحيحة. لقد قرأت وفهمت كل من الإخطارات الواردة أعلاه والمرفقة. وأفهم وأوافق على الإقرارات المدرجة أعلاه.

إذا كانت الأسرة مكونة من ولي أمر/قائمين على الرعاية، فيرجى أن يوقع كل منهما.

توقيع الوالد/الوصي: \_\_\_\_\_ توقيع الوالد/الوصي: \_\_\_\_\_  
الاسم بأحرف واضحة: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ الاسم بأحرف واضحة: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_  
الاسم بأحرف واضحة: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ الاسم بأحرف واضحة: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

الأيام وساعات الرعاية المسموح بها:

الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
من _____ إلى _____	من _____ إلى _____	من _____ إلى _____	من _____ إلى _____	من _____ إلى _____	من _____ إلى _____	من _____ إلى _____

الأيام والساعات المسموح بها للرعاية في فترة العمل الثانية/جدول العمل/النشاط (استكمل فقط إذا قدم الوالد جدولاً ثانياً للعمل/العمل/النشاط في القسم 5)

الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
من _____ إلى _____	من _____ إلى _____	من _____ إلى _____	من _____ إلى _____	من _____ إلى _____	من _____ إلى _____	من _____ إلى _____

القسم 8:  
الاستخدام الرسمي فقط

تم تحديد الأهلية والموافقة عليها من قبل (الاسم بأحرف واضحة والمبادرة بالأحرف الأولى): \_\_\_\_\_

مدة الأهلية من \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_ الرموز: RFC: \_\_\_\_\_ PR: \_\_\_\_\_ FS: \_\_\_\_\_



## الأطفال الإضافيون (إن وجد)

يُرجى إدراج أسماء جميع الأطفال في أسرته المحتاجين إلى رعاية الطفل. (الأطفال المحتاجون إلى الرعاية فقط)

الاسم (العائلة الأول)	الحرف الأول من الاسم الأوسط	صلة القرابة	تاريخ الميلاد	الجنس	هل يُقيم ولداً أمر الطفل في المنزل؟	من أصل هسباني أو لاتيني** (انظر مفاتيح الاختصاصات أدناه)	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	هل الطفل مصاب بإعاقة؟	هل الطفل مواطن أمريكي / وطني أمريكي / أو شخص ذو وضع هجرة قانوني؟
.9									
.10									
.11									
.12									
.13									
.14									
.15									
.16									
.17									
.18									
.19									
.20									
.21									
.22									
.23									
.24									
.25									
.26									
.27									
.28									

القسم 2: الطفل (الأطفال) المحتاج إلى الرعاية

رموز الانتماء العرقي:  
**AI** أمريكي أصلي أو من سكان الإسكا الأصليين  
**AS** آسيوي  
**BL** أسود أو أمريكي من أصل إفريقي  
**HP** من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادي الأصليين  
**WH** أبيض البشرة

\*\* إن تقديم معلومات الإثنية والعرق هو أمر طوعي ولن يؤثر على أهليتك لتلقي إعانة رعاية الطفل أو مبلغ الإعانة الذي ستتلقاه من هذه الوكالة.

\* الفئة 1: العائلات المؤهلة للحصول على ضمان رعاية الطفل - التي تتلقى أو تتقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية (CA)، أو تتلقى إعانة رعاية الطفل بدلاً من CA، أو تتلقى مدفوعات رعاية الطفل الانتقالية

\* الفئة 2: تكون العائلات مؤهلة عندما يكون التمويل متاحاً



## أعضاء العائلة الإضافيون (إذا كان ذلك ممكناً)

يُرجى إدراج جميع الأفراد الآخرين في أسرتك الكاملة (غير المدرجين في القسم 2) بما في ذلك الأطفال الأصغر من عمر 18 عامًا الذين لا يحتاجوا إلى رعاية الطفل. أضف نفسك أولاً، وبعد ذلك جميع من يعيشون معك.

رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	العرق** (انظر الأسطورة أدناه)	من أصل هسباني أو لاتيني**	الجنس	تاريخ الميلاد	صلة القرابة	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم (العائلة الأول) (أضف أي أسماء مستعارة أو أسماء العائلة قبل الزواج بين قوسين)
							.9
							.10
							.11
							.12
							.13
							.14
							.15
							.16
							.17
							.18
							.19
							.20
							.21
							.22
							.23
							.24
							.25
							.26
							.27
							.28

القسم 2  
أفراد الأسرة

رموز الانتماء العرقي:  
أمريكي أصلي أو من سكان الاسكا الأصليين AI  
آسيوي AS  
أسود أو أمريكي من أصل إفريقي BL  
من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادي الأصليين HP  
أبيض البشرة WH

\*\* إن تقديم معلومات الإثنية والعرق هو أمر طوعي ولن يؤثر على أهليتك لتلقي إعانة رعاية الطفل أو مبلغ الإعانة الذي سنتلقاه من هذه الوكالة.

للاستخدام الرسمي فقط حجم الأسرة: \_\_\_\_\_





## مقدمو الخدمة الإضافيون (إذا كان ذلك ينطبق)

إذا كنت مؤهلاً لإعانة رعاية الطفل الممولة من برنامج منح ولاية نيويورك المجاملة لرعاية الطفل، فيمكنك الاختيار بين رعاية الطفل في أحد المراكز أو في المنزل. إذا قمت باختيار مقدم خدمة غير مرخص أو مسجل، فيجب أن يكون مقدم الخدمة مسجلاً كمقدم خدمة معفى قانوناً. أذكر اسم (أسماء) مقدم (مقدمي) الخدمة الذي قمت باختياره وعنوانه (عناوينهم). يمكنك إدراج خيارات إضافية في ورقة مرفقة.

الاسم: \_\_\_\_\_ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): \_\_\_\_\_ الاسم: \_\_\_\_\_ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): \_\_\_\_\_ الاسم: \_\_\_\_\_ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_ العنوان: \_\_\_\_\_ العنوان: \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): \_\_\_\_\_ الاسم: \_\_\_\_\_ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): \_\_\_\_\_ الاسم: \_\_\_\_\_ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_ العنوان: \_\_\_\_\_ العنوان: \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): \_\_\_\_\_ الاسم: \_\_\_\_\_ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): \_\_\_\_\_ الاسم: \_\_\_\_\_ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_ العنوان: \_\_\_\_\_ العنوان: \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): \_\_\_\_\_ الاسم: \_\_\_\_\_ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): \_\_\_\_\_ الاسم: \_\_\_\_\_ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_ العنوان: \_\_\_\_\_ العنوان: \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): \_\_\_\_\_ الاسم: \_\_\_\_\_ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): \_\_\_\_\_ الاسم: \_\_\_\_\_ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_ العنوان: \_\_\_\_\_ العنوان: \_\_\_\_\_

## ملاحظات الدخل

شعبة رعاية الطفل والعائلة (Division of Child and Family Well-Being)  
تعليمات إكمال نموذج طلبك للحصول على إعانة رعاية الطفل من الفئة 2\*  
يعتمد توفر إعانة رعاية الطفل على وجود تمويل من المنحة المجملة لرعاية الطفل (Child Care Block Grant).

عزيزنا ولي الأمر/القائم على الرعاية،

يُستخدم هذا النموذج فقط للتقدم بطلب الحصول على إعانة رعاية الطفل كعائلة من الفئة 2

إذا كنت تتقدم بطلب الحصول على إعانة رعاية الطفل من الفئة 2 فقط (للعائلات التي لا تتلقى مساعدة مالية)، يمكنك استخدام هذا النموذج القصير. إذا كنت ترغب في التقدم بطلب للحصول على مخصصات أخرى، مثل المساعدة المالية أو برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (Supplemental Nutrition Assistance Program) (قسائم الطعام) أو برنامج إعانة نفقات الطاقة المنزلية (Home Energy Assistance) أو برنامج Medicaid أو غير ذلك من الخدمات، بما فيها إعانة رعاية الطفل من الفئة 1 (للعائلات التي تتلقى مساعدة مالية)، يُرجى طلب نموذج طلب الحصول على بعض مخصصات وخدمات ولاية نيويورك (LDSS-2921) (New York State Application for Certain Benefits and Services).

بتقديم نموذج طلب الحصول على إعانة رعاية الطفل بدلاً من نموذج طلب الحصول على بعض مخصصات وخدمات ولاية نيويورك (LDSS-2921)، فإنك تتقدم بطلب للحصول على إعانة رعاية الطفل من الفئة 2 فقط، أي عندما يكون التمويل متاحاً. فأنت لا تتقدم بطلب للحصول على إعانة رعاية الطفل المضمونة من الفئة 1. التعليمات التالية مقدمة إليك لمساعدتك في إكمال نموذج طلبك. عند إكمال نموذج طلبك، يُرجى تذكر أن تكتب بخط واضح وأحرف كبيرة (A, B, C) باستخدام حبر أسود أو أزرق. يمكنك بدلاً من ذلك إكمال النموذج إلكترونياً وحفظه وطباعته. يجب أن يتضمن نموذج الطلب هذا وثائق داعمة، مثل إثبات الدخل وإثبات العنوان وإثبات العمل.

انظر قائمة مراجعة الوثائق اللازم تقديمها (CFWB-012B) للاطلاع على جميع الوثائق المطلوبة.

اقرأ هذا الجزء قبل إكمال نموذج الطلب

- ◀ إذا كنت تتلقى خدمات رعاية الطفل المعنية بالحماية أو الوقاية، أو إذا كنت ولي أمر مقدماً للرعاية البديلة يعمل في وظيفة، فقد تكون مؤهلاً بالفعل لتلقي إعانة رعاية الطفل، وقد لا تحتاج إلى إكمال نموذج الطلب هذا. اطلب من مسؤول تخطيط حالتك أن يحيلك لتلقي إعانة رعاية الطفل.
- ◀ إذا كنت تتلقى مساعدة مالية (CA)، ينبغي لك التواصل مع مركز الوظائف التابع لإدارة الموارد البشرية (HRA) في منطقتك بخصوص إعانة رعاية الطفل.

يُرجى ملاحظة ما يلي: إذا تركت أي حقول مطلوبة دون إجابة، فسيُعتبر نموذج الطلب بأكمله غير مكتمل.

للاستخدام الرسمي فقط

المربعات المظلمة باللون الرمادي مخصصة لاستخدام المكتب فقط. يرجى ألا تكتب أي شيء في تلك الأقسام.

\*الفئة 1: العائلات المؤهلة للحصول على ضمان رعاية الطفل - التي تتلقى أو تتقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية (CA)، أو تتلقى إعانة رعاية الطفل بدلاً من CA، أو تتلقى مدفوعات رعاية الطفل الانتقالية

الفئة 2: تكون العائلات مؤهلة عندما يكون التمويل متاحاً



يرجى أن تذكر في الجزء العلوي الأيمن ما إذا كنت تقدم نموذج طلب جديد أو تطلب تغيير الحالة/إعادة إثبات الأهلية أو تطلب إعادة فتح حالتك.

### مقدم الطلب

### القسم 1:

مقدم الطلب هو ولي الأمر أو القائم على الرعاية البالغ الذي يطلب الرعاية. يجب أن يحتوي هذا القسم على المعلومات التالية حول مقدم الطلب فقط، ما لم يُذكر خلاف ذلك:

1. اكتب اسمك الأخير والأول والحرف الأول من اسمك الأوسط بأحرف واضحة. يُرجى وضع أي أسماء مستعارة أو أسماء قبل الزواج بين قوسين.
  2. اذكر حالتك الاجتماعية (أعزب أو متزوج أو مطلق أو أرمل).
  3. اكتب عنوان منزلك بأحرف واضحة.
  4. اذكر ما إذا كان العنوان مؤقتاً. ولا تضع علامة على "نعم" إلا إذا كانت الأسرة تعيش حالياً في مأوى للمشردين أو تتشارك السكن مع أسرة أخرى أو في فندق/موتيل أو في سيارة/حافلة/فطار أو في حديقة/موقع تخيم، أو غير ذلك.
  5. اكتب أرقام هواتفك بأحرف واضحة، بما فيها رمز المنطقة - هاتف العمل والمنزل والهاتف المحمول/غير ذلك (إن انطبق).
  6. اكتب عنوان بريدك الإلكتروني بأحرف واضحة (اختياري).
  7. ضع علامة على "نعم" أو "لا" بالنسبة لحالة المساعدة المالية. (إذا كنت تتلقى CA، ينبغي أن تتقدم بطلب للحصول على إعانة رعاية الطفل من خلال الموظف المسؤول عنك في مركز الوظائف التابع لإدارة الموارد البشرية (HRA)).
  8. ضع علامة داخل مربع اللغة التي تتحدث بها أسرته في أغلب الأحيان. إذا كانت الإجابة "غير ذلك"، فاكتب اسم اللغة بأحرف واضحة.
  9. ضع علامة داخل مربع اللغة التي تفضل التواصل بها. إذا كانت الإجابة "غير ذلك"، فاكتب اسم اللغة بأحرف واضحة.
- الوثائق: انظر قائمة المراجعة (CFWB-012B) للاطلاع على الوثائق المطلوبة المتعلقة بالإقامة بمدينة نيويورك.

### الطفل (الأطفال) المحتاج إلى الرعاية

### القسم 2 أ:

1. اكتب بأحرف واضحة اسم العائلة والأول والحرف الأول من الاسم الأوسط لكل طفل في الأسرة تتقدم له بطلب للحصول على إعانة رعاية الطفل.
  2. اكتب صلة كل طفل في الأسرة بك بأحرف واضحة (الابن مثلاً).
  3. اكتب تاريخ الميلاد بأحرف واضحة وضع علامة داخل المربع الذي يشير إلى جنس كل طفل مذكور.
  4. اذكر ما إذا كان كلا ولي أمر الطفل يعيش في المنزل.
  5. ضع علامة على "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان كل طفل في الطلب المقدم من أصل هسباني أو لاتيني أم لا. إن تقديم معلومات الإثنية هو أمر طوعي ولن يؤثر على أهليتك لتلقي إعانة رعاية الطفل أو مبلغ الإعانة الذي ستتلقاه من هذه الوكالة.
  6. يرجى تعبئة عمود العرق لكل طفل بحاجة إلى رعاية أطفال. ويمكنك اختيار عدة فئات عرقية للشخص الواحد. إن تقديم معلومات العرق هو أمر طوعي ولن يؤثر على أهليتك لتلقي إعانة رعاية الطفل أو مبلغ الإعانة الذي ستتلقاه من هذه الوكالة. يُرجى استخدام الرموز الواردة أدناه.
- |  |            |                                   |
|--|------------|-----------------------------------|
| AI - أمريكي أصلي أو الأسكي أصلي                  | AS - آسيوي | BL - أسود أو أمريكي من أصل إفريقي |
| HP - من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادي الأصليين | WH - أبيض  |                                   |
7. اذكر رقم الضمان الاجتماعي (Social Security Number, SSN) لكل طفل. إن تقديمك لأرقام SSN ليس إلزامياً. فقد تستخدمها الوكالات المحلية والفيديرالية والتابعة للولاية لمنع تكرار الخدمات والاحتيايل، وفي النظام الفيديرالي للإبلاغ.
  8. ضع علامة على "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان الطفل الذي يحتاج إلى الرعاية يعاني من إعاقة. إذا تقرر أن طفلك مؤهل لتلقي إعانة رعاية الطفل، يُرجى الذهاب إلى الرابط <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> للحصول على نموذج الطلب الخاص بذوي الاحتياجات الخاصة.
  9. يرجى تحديد "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان الطفل المحتاج للرعاية مواطناً أمريكياً، أو وطنياً أمريكياً، أو شخصاً لديه وضع هجرة قانوني.
  10. أرفق ورقة منفصلة لإضافة المزيد من الأطفال (إذا كنت تطلب الرعاية لأكثر من ثمانية (8) أطفال).
- الوثائق: انظر قائمة المراجعة (CFWB-012B) للاطلاع على الوثائق المطلوبة لإثبات المواطنة/حالة الهجرة فقط للطفل (الأطفال) الذي يحتاج إلى الرعاية.

1 الطفل ذو الإعاقة أو الاحتياجات الخاصة هو الطفل غير القادر على رعاية نفسه والذي تم تشخيصه من قبل طبيب، أو طبيب نفسي مرخص أو معتمد، أو أي متخصص آخر ذو المؤهلات المناسبة لإجراء هذا التشخيص، بأنه يعاني من واحدة أو أكثر من الحالات التالية إلى درجة تتطلب خدمات تعليمية خاصة أو خدمات ذات صلة، وذلك وفقاً للمادة 602 من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (20 U.S.C. 1401)، والجزء C من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (20 U.S.C. 1431) وما بعده، والمادة 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973 (29 U.S.C. 794): ضعف بصري، الصمم أو ضعف السمع، الإعاقة الحركية، اضطراب عاطفي، إعاقة عقلية، صعوبة في التعلم، اضطراب النطق، ضعف صحي، التوحد، إعاقات متعددة، إصابة الدماغ الرضحية، الصمم مع العمى، أي إعاقة صحية أخرى



## القسم 2 ب:

## أفراد الأسرة

1. أفراد الأسرة هم أي أفراد آخرين في أسرتك كلها، بمن فيهم الأطفال الذين لا يحتاجوا إلى خدمات رعاية الطفل. أضف نفسك أولاً، وبعد ذلك جميع الأشخاص الآخرين الذين يعيشون معك، بمن فيهم ولي الأمر الثاني والقائم على الرعاية وزوج الأم/زوجة الأب إن انطبق الحال. يشمل مفهوم القائم على الرعاية الوصي القانوني أو القائم على الرعاية من الأقرباء أو أي شخص آخر في مقام ولي الأمر بالنسبة للطفل. اكتب اسم العائلة والأول والحرف الأول من الاسم الأوسط بأحرف واضحة إن انطبق الحال.
  2. اكتب صلة كل شخص بك بأحرف واضحة (مثل الزوج/الزوجة، الشريك، الجد/الجدة، الأب/الأم، إلخ).
  3. اكتب تاريخ الميلاد بأحرف واضحة وضع علامة داخل المربع الذي يشير إلى جنس كل شخص في الأسرة.
  4. يرجى ذكر هويتك الجنسية بأحرف واضحة. يمكنك تقديم الكلمة أو المصطلح الذي يصف هويتك الجنسية بشكل أفضل. هويتك الجنسية هي الطريقة التي تعرف بها نفسك وتصفها - سواء كنت ذكرًا، أنثى، مزيجًا من الاثنين، أو لا تنتمي لأي منهما. قد تتطابق هويتك الجنسية أو لا تتطابق مع الجنس الذي تم تحديده لك عند الولادة. هذه سؤال اختياري، ولن يؤثر إجابتك أو اختيارك بعدم الإجابة على أهليتك.
  5. ضع علامة على "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان كل فرد في الأسرة من أصل هسباني أو لاتيني أم لا. إن تقديم معلومات الإثنية هو أمر طوعي ولن يؤثر على أهليتك لتلقي إعانة رعاية الطفل أو مبلغ الإعانة الذي ستتلقاه من هذه الوكالة.
  6. أملاً عمود العرق لجميع الأشخاص الذين يعيشون معك. ويمكنك اختيار عدة فئات عرقية للشخص الواحد. إن تقديم معلومات العرق هو أمر طوعي ولن يؤثر على أهليتك لتلقي إعانة رعاية الطفل أو مبلغ الإعانة الذي ستتلقاه من هذه الوكالة. يُرجى استخدام الرموز الواردة أدناه.
- |  |            |                                   |
|--|------------|-----------------------------------|
| AI - أمريكي أصلي أو الآسكي أصلي                  | AS - آسيوي | BL - أسود أو أمريكي من أصل إفريقي |
| HP - من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادي الأصليين | WH - أبيض  |                                   |
7. اكتب رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لأفراد أسرتك. ورقم SSN اختياري. فقد تستخدمه الوكالات المحلية والفيديرالية والتابعة للولاية لمنع تكرار الخدمات والاحتيايل، وفي النظام الفيديرالي للإبلاغ.
  8. إذا كان هناك أكثر من ثمانية (8) أفراد في الأسرة، فأرفق ورقة منفصلة لذكر جميع المعلومات عنهم.
- ◀ الوثائق: انظر قائمة المراجعة (CFWB-012B) للاطلاع على الوثائق المطلوبة لجميع أطفال الأسرة دون سن 18 عامًا، بصرف النظر عما إذا كان الطفل يحتاج إلى خدمات رعاية الطفل، وذلك للتحقق من صلة الطفل بولي الأمر/مقدم الطلب وللتحقق من عمر الطفل.

## القسم 3:

## احتياجات الطفل/العائلة

1. يُرجى وضع علامة داخل المربع (المربعات) المناسب لذكر سبب (أسباب) طلبك للحصول على إعانة رعاية الطفل.
    - العمل
    - التدريب المهني أو الأنشطة التعليمية
    - تلقي خدمات مكافحة العنف المنزلي
    - البحث عن عمل
    - التشرد
    - المشاركة في برنامج معتمد لعلاج تعاطي المواد المخدرة
  2. ضع علامة على "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان هناك ولي أمر غير حاضن متفرغ لتقديم رعاية الطفل.
  3. ضع علامة داخل المربع المناسب للإشارة إلى ما إذا كان أحد وولي الأمر يخدم حاليًا بدوام كامل في الجيش الأمريكي. يجب عليك وضع علامة على "نعم" أو "لا" ليكون نموذج الطلب مكتملاً.
  4. ضع علامة داخل المربع المناسب للإشارة إلى ما إذا كان أحد وولي الأمر عضوًا في الحرس الوطني أو وحدة قوات الاحتياط العسكرية حاليًا. يجب عليك وضع علامة على "نعم" أو "لا" ليكون نموذج الطلب مكتملاً.
  5. اذكر ما إذا كان مقدم الطلب يتلقى و/أو يتقدم بطلب للحصول على خدمات رعاية الطفل من وكالة مختلفة، وحدد تلك الوكالة.
- ◀ الوثائق: انظر قائمة المراجعة (CFWB-012B) للاطلاع على الوثائق المطلوبة لإثبات كل سبب من أسباب طلب الرعاية. ووثائق الحالة العسكرية غير مطلوبة. يجب على مقدم الطلب تقديم وثائق لإثبات الدخل الذي يتلقاه من الخدمة العسكرية.



## العمل

## القسم 4:

(أكمل هذا القسم عن كل ولي أمر أو قائم على الرعاية أو زوجة أب/زوج أم في الأسرة يعمل في وظيفة إذا كان سبب طلبك للحصول على إعانة رعاية الطفل هو العمل أو إذا كنت تقوم بالإبلاغ عن دخل من العمل)

1. اكتب اسم صاحب عمل مقدم الطلب وعنوانه ورقم هاتفه بأحرف واضحة.
  2. اكتب تاريخ بدء العمل بأحرف واضحة.
  3. ضع علامة داخل المربع المناسب للإشارة إلى ما إذا كانت منوبة وظيفتك متغيرة و/أو كانت وظيفتك تتطلب ساعات عمل إضافية.
  4. اكتب بأحرف واضحة، إن انطبق الحال، اسم وعنوان ورقم هاتف صاحب عمل ولي الأمر الثاني أو القائم على الرعاية أو زوج الأم/زوجة الأب في الأسرة.
  5. اكتب بأحرف واضحة، إن انطبق الحال، تاريخ توظيف ولي الأمر الثاني أو القائم على الرعاية أو زوج الأم/زوجة الأب في الأسرة.
  6. إن انطبق الحال، فضع علامة داخل المربع المناسب للإشارة إلى ما إذا كان ولي الأمر الثاني أو القائم على الرعاية أو زوجة الأب/زوج الأم في الأسرة يعمل في منوبات متغيرة و/أو يلزمه العمل لساعات إضافية.
- ◀ الوثائق: انظر قائمة المراجعة (CFWB-012B) للاطلاع على الوثائق المطلوبة لإثبات العمل.

## جدول مواعيد العمل/النشاط/السفر

## القسم 5:

- (أكمل هذا القسم عن كل ولي أمر أو قائم على الرعاية أو زوجة أب/زوج أم في الأسرة يعمل أو يمارس نشاطًا تعليميًا/مهنيًا)
1. اكتب الساعات المقررة المعتادة للعمل أو النشاط بأحرف واضحة لكل يوم من أيام الأسبوع. ووضح ما إذا كانت الساعات صباحية أم مسائية.
  2. إذا كانت هناك منوبة أو وظيفة أو نشاط ثانٍ، فاكتب جدول هذا النشاط بأحرف واضحة.
  3. إن انطبق الحال، فاكتب ساعات العمل المقررة المعتادة لكل يوم من أيام الأسبوع بالنسبة لولي الأمر الثاني أو القائم على الرعاية أو زوج الأم/زوجة الأب في الأسرة.
  4. إذا كان لدى ولي الأمر الثاني أو القائم على الرعاية أو زوج الأم/زوجة الأب في الأسرة منوبة أو وظيفة أو نشاط ثانٍ، فاكتب بأحرف واضحة جدول هذا النشاط.
  5. ضع علامة على الوقت المستغرق لانتقال مقدم الطلب من العمل/النشاط إلى مقدم الخدمة والعكس.
  6. وضح ما إذا كان مقدم الطلب يستخدم المواصلات العامة للتنقل من العمل/النشاط إلى مقدم الخدمة والعكس.
  7. إن انطبق الحال، فضع علامة على الوقت المستغرق لولي الأمر الثاني أو القائم على الرعاية أو زوج الأم/زوجة الأب في الأسرة للانتقال من العمل/النشاط إلى مقدم الخدمة والعكس.
  8. وضح ما إذا كان ولي الأمر الثاني أو القائم على الرعاية أو زوج الأم/زوجة الأب في الأسرة يستخدم المواصلات العامة للانتقال من العمل/النشاط إلى مقدم الخدمة والعكس.

## معلومات الدخل

## القسم 6:

بالنسبة لهذا القسم، أجب فقط عن العناصر التي تشكل مصدرًا للدخل لك أو لأحد أفراد أسرتك. يُرجى إضافة معلومات الدخل/المخصصات الخاصة بك وأي أفراد بالغين آخرين في الأسرة، بما في ذلك الزوج/الزوجة أو الشخص البالغ الذي يعيش معك وبينكما طفل واحد على الأقل. أضف أيضًا أي شخص أصغر من 18 عامًا مسؤول قانونًا عن الطفل أو الأطفال المطلوب لهم الحصول على إعانة رعاية الطفل.

1. ضع علامة (□) على نعم أو لا عن نفسك وأي شخص يعيش معك لكل نوع من الدخل.
  2. لكل إجابة بـ"نعم"، اكتب بأحرف واضحة المبلغ أو القيمة بالدولار (\$) ومعدل تلقي الدخل واسم الشخص الذي يحصل عليه.
  3. يجب الإبلاغ عن جميع أنواع الدخل في نموذج الطلب.
  4. إذا ذكرت أنك تتلقى المساعدة المالية، ينبغي أن تتقدم بطلب للحصول على إعانة رعاية الطفل من خلال الموظف المسؤول عنك في مركز الوظائف التابع لإدارة HRA.
  5. إذا لم تكن متأكدًا من مكان إدراج أحد أنواع الدخل، يمكنك إضافته تحت "غير ذلك".
- ◀ الوثائق: انظر قائمة المراجعة (CFWB-12B) للاطلاع على الوثائق المطلوبة المتعلقة بالدخل.



## مقدم الخدمة

القسم 7:

1. إذا كنت مؤهلاً لإعانة رعاية الطفل الممولة من New York State Child Care Block Grant (المنحة الممولة لرعاية الطفل بولاية نيويورك)، يمكنك الاختيار بين رعاية الطفل في أحد المراكز أو في المنزل.
2. إذا كنت تعرف مقدم الخدمة/البرنامج الذي تود إلحاق طفلك به، يُرجى ذكر الاسم والعنوان ورقم برنامج ACS (إن انطبق).

## الإقرار

القسم 8:

يُرجى قراءة قسم الإقرارات بعناية والتوقيع عليه. إذا كان مقدم الطلب يكمل نموذج الطلب بالنيابة عن شخص آخر، يجب عليه التوقيع باسمه هو وليس الشخص الآخر. إذا كانت الأسرة مكونة من ولي أمر، يجب أن يوقع ولي الأمر كلاهما على نموذج الطلب.

بالتوقيع فإنك تُقر أن مجموع موارد عائلتك لا يتعدى 1000000 دولار. من الأمثلة على موارد العائلة: النقد، حسابات التوفير والحسابات الجارية، منزلك، العقارات، السيارات، الأسهم، السندات، صناديق الاستثمار المشترك، حسابات صندوق التقاعد الفردي (IRA)، خطة (k) 401، المدفوعات السنوية، الصناديق الائتمانية، التأمين على الحياة، محتويات صناديق الإيداع الآمنة، إلخ.

## جزء خاص بالمكتب فقط

القسم 9:

لا تكمل هذا القسم. سيستخدمه الطاقم الذي سيتخذ قرارًا بشأن أهلية عائلتك للرعاية.

## معلومات تسجيل الناخب

آخر صفحة من طلب المساعدة في رعاية الأطفال هي استمارة طلب تسجيل الناخبين. إذا كنت ترغب في الحصول على مساعدة في ملء نموذج طلب تسجيل الناخب، فاتصل على 311. لن يؤثر التقديم للتسجيل أو رفض التسجيل للتصويت في الانتخابات على أهليتك للحصول على إعانة رعاية الطفل أو مبلغ الإعانة الذي ستتلقاه من هذه الوكالة.

## معلومات الحقوق والمسؤوليات

يمكنك الحصول على معلومات عن حقوقك ومسؤولياتك من الرابط: <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148a.pdf>

إذا لم يكن لديك اتصال بالإنترنت، يمكنك الاتصال بإدارة ACS بمدينة نيويورك على الرقم 835-7610 (212) لطلب إرسال نسخ مطبوعة من الكتيبات التي توضح حقوقك ومسؤولياتك إليك عبر البريد.

- LDSS-4148A: ما يجب أن تعرفه عن حقوقك ومسؤولياتك
- LDSS-4148B: ما يجب أن تعرفه عن برامج الخدمات الاجتماعية
- LDSS-4148C: ما ينبغي لك معرفته إذا كان لديك أمر طارئ



## قائمة المراجعة الخاصة بتقديم طلب جديد لإعانة رعاية الطفل

يجب أن يشتمل نموذج طلب إعانة رعاية الطفل (CFWB-012) على وثائق داعمة. ضع علامة للتأكد من تقديم الوثائق لكل شرط من متطلبات الأهلية لتلقي الإعانة.

### 1. الطلب (CFWB-012)

تأكد من أن جميع الأقسام مكتملة، بما في ذلك:

- إذا كانت الأسرة مكونة من والدين، يجب توقيع كلا الوالدين  الحالة العسكرية (القسم 3)  وقت السفر (القسم 5)

### 2. محل الإقامة بمدينة نيويورك

نسخة من إحدى الوثائق التالية:

- رخصة القيادة  شهادة سكن NYCHA  عقد إيجار حالي  فاتورة مرافق مدون عليها عنوانك الحالي (مثل فاتورة الكهرباء أو الغاز أو التدفئة أو النفط أو المياه أو الإنترنت/واي فاي أو الكابل أو خط الهاتف الأرضي)\*  خطاب جائزة القسم 8  شهادة إقامة CFWB-067  كشف حساب الإيجار أو الرهن العقاري مع العنوان\*  خطاب إقامة في ملجأ مع العنوان  شهادة سكن CFWB-027 مع العنوان  أخرى:

يُرجى ملاحظة ما يلي: إذا كانت الوثائق "الأخرى" غير كافية، فستخطر إدارة ACS بمقدم الطلب.

يجب ألا تكون الوثائق منتهية الصلاحية.

الوثائق التي بجوارها \* ينبغي ألا تكون صادرة منذ أكثر من 60 يوماً.

### 3. جزء خاص فقط بالطفل (الأطفال) الذي يحتاج إلى خدمات رعاية الطفل: حالة المواطنة/الهجرة

نسخة من إحدى الوثائق التالية:

- شهادة الميلاد الأمريكية  بطاقة تسجيل الأجانب، بما في ذلك بطاقة الإقامة الدائمة (أو البطاقة الخضراء)  نموذج جواز السفر الأمريكي  FS-240 (تقرير ميلاد طفل أمريكي في الخارج)  شهادة التجنيس  أخرى:

يُرجى ملاحظة ما يلي: إذا كانت الوثائق "الأخرى" غير كافية، فستخطر إدارة ACS بمقدم الطلب.

### 4. صلة الطفل بولي الأمر/مقدم الطلب

نسخة من إحدى الوثائق التالية لجميع الأطفال في الأسرة دون سن 18 عامًا، بصرف النظر عما إذا كان الطفل يحتاج إلى خدمات رعاية الطفل:

- شهادة الميلاد:  سجل التبني  سجل التعميد  أمر المحكمة للوصي القانوني الحامل للمسؤولية المالية  جواز سفر عليه توقيع ولي الأمر  أخرى (يرجى إكمال شهادة الوصي CFWB-058)

### 5. العمر

نسخة من إحدى الوثائق التالية لجميع الأطفال في الأسرة دون سن 18 عامًا، بصرف النظر عما إذا كان الطفل يحتاج إلى خدمات رعاية الطفل:

- شهادة الميلاد:  سجل التبني  سجل التعميد  بطاقة تسجيل الأجانب  وثيقة رسمية من المستشفى تثبت ولادة الطفل  جواز سفر

## 6. الدخل

يجب على جميع مقدمي الطلبات الذين يسلمون نموذج CFWB-012 تقديم وثائق لإثبات الدخل بصرف النظر عن سبب طلب الرعاية.

### إذا كان موظفًا:

نموذج CFWB-015 - إحالة إلى صاحب العمل للحصول على معلومات دخل الموظف

أو

كعوب شيكات الدفع (كل أسبوعين؛ مرتان في الشهر)

أسبوعيًا - 4 كعوب شيكات دفع حالية متتالية إذا كان المبلغ الإجمالي واحدًا

أسبوعيًا - 12 كعوب شيكات دفع حالية متتالية إذا كان المبلغ الإجمالي متغيرًا

كل أسبوعين/مرتان في الشهر - كعوب شيكات دفع حاليان متتاليان إذا كان المبلغ الإجمالي واحدًا

كل أسبوعين/مرتان في الشهر - 6 كعوب شيكات دفع حالية متتالية إذا كان المبلغ الإجمالي متغيرًا

يُرجى الانتقال إلى الصفحة <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> للاطلاع على النماذج والتعليمات الخاصة بالطلب.

للمزيد من المعلومات، اتصل بالرقم 311 أو 212-835-7610.

### إذا كنت تعمل عملاً حرًا:

في حالة العمل الحر لمدة عام واحد أو أكثر: أرسل النموذج 1040 الحالي والكامل والموقع والجدول 1 (النموذج 1040) وأحد الوثائق التالية، بناءً على نوع عملك:

المالك الوحيد الجدول C (النموذج 1040) وأي نموذج 1099 ذو صلة

بالنسبة لشركة S-Corp وشركة LLC-Corp: النموذج 1120-S

للشراكة ذات المسؤولية المحدودة: النموذج 1065

إذا كنت تعمل لحسابك الخاص لمدة عام أو أكثر، ولكن ليس لديك نموذج 1040 حالي بسبب تقديم تمديد: قم بتقديم نموذج 4868 كاملاً وموقعًا وثلاثة أشهر من سجلات الأعمال المحفوظة للأغراض الضريبية.

إذا كنت تعمل لحسابك الخاص لمدة تقل عن عام: قم بتقديم شهادة بمعلومات دخل العمل الخاص CFWB-031 وثلاثة أشهر من سجلات الأعمال.

إذا كنت تعمل لحسابك الخاص لمدة تقل عن 3 أشهر: قم بتقديم شهادة CFWB-031 لمعلومات دخل العمل الخاص وسجلات الأعمال لكل شهر من العمل الخاص.

### مصدر دخل آخر:

بالنسبة إلى SSI وSSD وإعانات البطالة ودخل الإيجار والمعاشات والمعاشات التقاعدية وتعويضات العمال: قم بتقديم إثبات لمصدر الدخل هذا على شكل شيك حديث أو قسيمة دفع أو خطاب منح. لا تحتاج إلى تضمين SSI الذي يتلقاه أي طفل في منزلك. إذا كان المبلغ هو نفسه كل شهر، فيجب عليك تقديم توثيق لشهر واحد. إذا كان المبلغ مختلفًا كل شهر، فيجب عليك تقديم توثيق لثلاثة أشهر. إذا كنت تعتقد أن الأشهر الثلاثة السابقة لا تمثل دخلك المعتاد من هذا المصدر، يمكنك تقديم ما يصل إلى 6 أشهر من الوثائق. يجب أن يكون تاريخ أحدث شيك أو قسيمة دفع أو خطاب منح في نطاق 30 يومًا من تاريخ تقديم طلبك.

للنفقة ودعم الطفل: قم بتقديم الوثائق إذا كان لديك اتفاقية أو خطاب منح أو نسخة من الشيكات. إذا كان المبلغ هو نفسه كل شهر، فيجب عليك تقديم توثيق لشهر واحد. إذا كان المبلغ مختلفًا كل شهر، فيجب عليك تقديم توثيق لثلاثة أشهر. إذا كنت تعتقد أن الأشهر الثلاثة السابقة لا تمثل دخلك المعتاد من هذا المصدر، يمكنك تقديم ما يصل إلى 6 أشهر من الوثائق. يجب أن يكون تاريخ أحدث عقد أو خطاب منح أو شيك في نطاق 30 يومًا من تاريخ تقديم طلبك.



**7. أسباب طلب الرعاية**

يجب على مقدم الطلب أن يوثق أحد الأسباب التالية لطلب الرعاية:

- a. العمل لمدة **10** ساعات في الأسبوع بحد أدنى، وكسب الحد الأدنى من الأجر على الأقل:  
 انظر أعلاه تحت قسم الدخول للاطلاع على الوثائق المطلوبة بخصوص العمل و/أو العمل الحر.
- b. الأنشطة التعليمية/المهنية:  
المدرسة المهنية أو كلية لمدة عامين أو كلية لمدة 4 أعوام (إحدى الوثائق التالية)  
 نموذج CFWB-005 مع ختم الكلية  
 يُقبل أيضًا خطاب من المؤسسة التدريبية أو التعليمية بترويسة رسمية، لكن يجب أن يحتوي على جميع المعلومات الضرورية المذكورة في النموذج CFWB-005.
- c. البحث عن عمل (إحدى الوثائق التالية):  
 نموذج CFWB-026 - سجل البحث عن عمل  
 خطة بحث عن عمل معتمدة من إدارة العمل بولاية نيويورك  
 دليل استلام التأمين ضد البطالة
- d. التشرّد (إحدى الوثائق التالية):  
 خطاب الإقامة في المأوى (إذا كنت تعيش في مأوى، بما في ذلك مراكز الإغاثة الإنسانية الطارئة) أو  
 شهادة إسكان CFWB-027 (في حالة العيش المزدوج، في مكان غير مخصص للسكن الأدمي، في فندق/موتيل، أو في وضع معيشي آخر)
- e. إحالة متعلقة بضحايا العنف المنزلي (من مقدم خدمات ضحايا العنف المنزلي):  
 إحالة إلى الخدمات بسبب التعرض للعنف المنزلي
- f. إحالة إلى برنامج علاج تعاطي المخدرات (من مقدم خدمة علاج تعاطي المخدرات):  
 الإحالة إلى خدمات علاج تعاطي المخدرات

يُرجى الانتقال إلى الصفحة <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> للاطلاع على النماذج والتعليمات الخاصة بالطلب.

للمزيد من المعلومات، اتصل بالرقم 311 أو 212-835-7610.



The City of New York  
إدارة خدمات الأطفال  
شعبة رعاية الطفل والعائلة (Division of Child and Family Well-Being)  
66 John Street, 7<sup>th</sup> Floor  
New York, New York 10038

### كيفية تقديم طلبك

يُرجى إكمال نموذج طلب إعانة رعاية الطفل (CFWB-012) وجمع جميع الوثائق المطلوبة للتحقق من حجم العائلة ومحل الإقامة والدخل وسبب طلب الرعاية. تأكد من استخدام قائمة المراجعة الخاصة بالطلب للتأكد من أنه مكتمل قبل تقديمه.

بعد إكماله، أرسل طلبك ووثائقك إلى العنوان أدناه للمعالجة:

NYC Children – EDU  
PO Box 40  
Maplewood, NJ 07040

يجب إرسال جميع الوثائق عبر الخدمة البريدية للولايات المتحدة. ولا يمكن إرسال الوثائق عبر شركة Fedex أو UPS إلى صندوق بريدي.

إذا كانت لديك أسئلة بخصوص الطلب، يُرجى التواصل مع مركز الاتصال الخاص برعاية الطفل التابع لإدارة خدمات الأطفال (ACS) عبر الرقم 212-835-7610.



CFWB-012

تمت المراجعة بتاريخ 03/25



## مذكرة

إلى: جميع أولياء الأمور/الأوصياء المتقدمين بطلب الحصول على إعانة رعاية الطفل  
بخصوص: وضع الهجرة

**Jess Dannhauser**  
المفوض

66 John Street  
8<sup>th</sup> Floor  
New York, NY 10038

تتطلب بعض البرامج إثبات أن طفلك الذي يحتاج إلى خدمات رعاية الطفل هو من مواطني الولايات المتحدة أو رعاياها أو شخص له حالة هجرة مقبولة.

ولن يُطلب منك ذكر حالة الهجرة الخاصة بك أو بأي شخص آخر في الأسرة بخلاف الطفل (الأطفال) الذي يحتاج إلى خدمات رعاية الطفل.

تفضل بزيارة؛

[www.nyc.gov/acs](http://www.nyc.gov/acs)

[Child.FamilyWellBeing@acs.nyc.gov](mailto:Child.FamilyWellBeing@acs.nyc.gov)