



Demande d'aide à la garde d'enfants

En remplissant ce formulaire, veuillez lire les consignes (CFWB-012A) et consulter la liste de contrôle des justificatifs (CFWB-012B) à fournir pour obtenir de l'aide et savoir quels sont les documents demandés.

ATTENTION : ce formulaire est utilisé pour demander uniquement une aide à la garde d'enfants de catégorie 2* (pour les familles ne recevant pas d'aide financière en espèces). Pour déposer une demande d'aide financière en espèces (Cash Assistance, CA) ou d'autres prestations, y compris l'aide à la garde d'enfants de catégorie 1 (pour les familles recevant une aide financière en espèces), vous devez utiliser le formulaire « Demande de certaines prestations et de certains services à l'État de New York » (New York State Application for Certain Benefits and Services, LDSS-2921).

Remarque : pour que votre demande soit considérée comme complète, toutes les sections de ce formulaire doivent être remplies, sauf celles marquées comme facultatives. À défaut de remplir toutes les sections obligatoires de ce formulaire, votre demande d'aide à la garde d'enfants peut ne pas être examinée.

Les demandeurs suivants peuvent être admissibles à une aide à la garde d'enfants sans égard à leurs revenus et n'ont pas besoin de remplir cette demande :

- les parents d'accueil qui ont besoin d'une aide à la garde d'enfants pour leur permettre de travailler et qui ne demandent cette aide que pour l'enfant qu'ils accueillent ;
- les familles recevant des services de protection ou de prévention.

Consultez les instructions de dépôt de demande (CFWB-012A) pour plus de détails.

☐ Nouvelle demande ☐ Modification/renouvellement d'attestation ☐ Réouverture

OFFICE USE ONLY	Case #: _____	Application Date: _____
-----------------	---------------	-------------------------

Section 1 : Demandeur	Nom de famille (Veuillez inclure tout alias ou nom de jeune fille entre parenthèses.) : _____	Prénom : _____	Init. 2e prénom : _____	État civil : _____
	Adresse du domicile : _____		N° d'appartement : _____	Ville/arrondissement : _____
	État : _____		Code postal : _____	
	S'agit-il d'une adresse temporaire ? ☐ Oui ☐ Non <i>Dans l'affirmative, où la famille réside-t-elle actuellement ? (cochez une case) :</i> ☐ Centre pour les sans-abri ☐ Logement partagé avec une autre famille ☐ Hôtel/motel ☐ Voiture, bus ou train			
	☐ Parc ou camping ☐ Autre			
	Téléphone (professionnel) : _____ Téléphone (personnel) : _____ Téléphone (portable ou autre) : _____ Adresse électronique : _____			
Recevez-vous une aide financière en espèces (CA) ? ☐ Oui ☐ Non Réf. de dossier CA : _____				
Quelle est votre langue maternelle ? ☐ Français ☐ Espagnol ☐ Autre _____				
Quelle est votre langue préférée ? ☐ Français ☐ Espagnol ☐ Autre _____				

Veuillez énumérer tous les enfants de votre foyer qui ont besoin de services de garde (**uniquement les enfants qui ont besoin de services de garde**).

Section 2 Enfant(s) qui ont besoin de services de garde	Nom (nom de famille, prénom)	Init. 2e prénom	Lien	Date de naissance	Sexe	Les deux parents de l'enfant vivent-ils à la maison ?	Ethnie hispanique ou latino-américaine**	Race** <i>(Voir la légende ci-dessous.)</i>	Numéro de Sécurité sociale <i>(facultatif)</i>	L'enfant souffre-t-il d'un handicap ?	L'enfant est-t-il citoyen américain/de nationalité américaine ou a-t-il un statut d'immigration satisfaisant ?
	1.										
	2.										
	3.										
	4.										
	5.										
	6.										
	7.										
	8.										

* Catégorie 1 : familles admissibles à une garde d'enfants garantie : demandeurs d'une aide financière en espèces, bénéficiaires d'une aide à la garde d'enfants (Child Care Assistance, CCA) au lieu d'une aide financière en espèces ou bénéficiaires des services de garde d'enfants transitoires.

Catégorie 2 : familles admissibles sous réserve de disponibilité de financement.

** Fournir des informations sur l'origine ethnique est volontaire et n'affectera pas votre admissibilité à l'aide à la garde d'enfants ou le montant de l'aide qui vous sera accordée par cet organisme.

Codes d'appartenance raciale :

AI	Amérindien(ne) ou autochtone d'Alaska
AS	Asiatique
BL	Noir(e) ou afro-américain(e)
HP	Autochtone d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique
WH	Blanc(he)

Veillez énumérer tous les autres membres de votre foyer (non répertoriés dans la section 2A), y compris les enfants de moins de 18 ans qui n'ont pas besoin de services de garde. Indiquez d'abord votre nom, puis celui de tous ceux qui vivent avec vous.

Section 2B Membres de la famille	Nom (nom, prénom) <i>(Veillez inclure tout alias ou nom de jeune fille entre parenthèses.)</i>	Init. 2e prénom	Lien	Date de naissance	Sexe	Identité de genre** <i>(facultatif)</i>	Ethnie hispanique ou latino- américaine**	Race** <i>(Voir la légende à droite.)</i>	Numéro de Sécurité sociale <i>(facultatif)</i>
	1.		Vous-même						
	2.								
	3.								
	4.								
	5.								
	6.								
	7.								
	8.								
	OFFICE USE ONLY		Family Size: _____						

Pour les membres de la famille supplémentaires, veuillez joindre une feuille séparée. Veuillez inclure des informations sur le conjoint, le parent ou le tuteur des enfants du foyer qui ont besoin de services de garde.

Codes d'appartenance raciale :

- AI Amérindien(ne) ou
autochtone d'Alaska
- AS Asiatique
- BL Noir(e) ou
afro-américain(e)
- HP Autochtone d'Hawaï ou
d'autres îles du Pacifique
- WH Blanc(he)

** Fournir des informations sur le genre, l'origine ethnique et la race est volontaire et n'affectera pas votre admissibilité à l'aide à la garde d'enfants ou le montant de l'aide qui vous sera accordée par cet organisme.

Section 3 Besoins de l'enfant/de la famille	Quelle est la raison pour laquelle vous demandez une aide à la garde d'enfants ?	Un parent est-il actuellement en service actif (à temps plein) dans l'armée américaine ?	Le demandeur reçoit-il ou demande-t-il des services de garde d'enfants à l'aide d'une autre demande ?
	☐ Emploi ☐ Formation professionnelle/activités éducatives ☐ Bénéficiaire de services d'aide aux victimes de violence conjugale (Domestic Violence Services) ☐ À la recherche d'un emploi ☐ Sans-abrisme ☐ Participation à un programme approuvé de traitement de la toxicomanie	☐ Oui ☐ Non Un parent est-il actuellement membre d'une unité de la garde nationale ou de la réserve militaire ? ☐ Oui ☐ Non Un parent non-gardien est-il disponible pour assurer la garde des enfants ? ☐ Oui ☐ Non	Dans l'affirmative, veuillez indiquer l'organisme : ☐ Département de l'éducation (Department of Education, DOE) ☐ Administration des ressources humaines (Human Resources Administration, HRA) ☐ Département de perfectionnement des jeunes et de développement des collectivités (Department of Youth and Community Development, DYCD) ☐ Département des services aux sans-abri (Department of Homeless Services, DHS) ☐ Consortium pour la formation des travailleurs (Consortium for Worker Education, CWE) ☐ Administration des services à l'enfance (Administration for Children's Services, ACS)

Section 3 : Emploi (si l'aide est demandée en raison d'un emploi)	Nom de l'employeur du demandeur : _____	Tél. : _____	Adresse : _____	Ville/arrondissement : _____	État : _____	Code postal : _____
	Date de début de l'emploi : _____	L'emploi a-t-il un quart en rotation ? ☐ Oui ☐ Non		L'emploi nécessite-t-il des heures supplémentaires ? ☐ Oui ☐ Non		
	<i>Si le demandeur a un deuxième emploi :</i>					
	Nom de l'employeur du demandeur : _____	Tél. : _____	Adresse : _____	Ville/arrondissement : _____	État : _____	Code postal : _____
	Date de début de l'emploi : _____	L'emploi a-t-il un quart en rotation ? ☐ Oui ☐ Non		L'emploi nécessite-t-il des heures supplémentaires ? ☐ Oui ☐ Non		
	Deuxième parent, tuteur ou beau-parent du foyer					
	Nom de l'employeur du demandeur : _____	Tél. : _____	Adresse : _____	Ville/arrondissement : _____	État : _____	Code postal : _____
Date de début de l'emploi : _____	L'emploi a-t-il un quart en rotation ? ☐ Oui ☐ Non		L'emploi nécessite-t-il des heures supplémentaires ? ☐ Oui ☐ Non			
<i>Si le deuxième parent, tuteur ou beau-parent du foyer a un deuxième emploi :</i>						
Nom de l'employeur du demandeur : _____	Tél. : _____	Adresse : _____	Ville/arrondissement : _____	État : _____	Code postal : _____	
Date de début de l'emploi : _____	L'emploi a-t-il un quart en rotation ? ☐ Oui ☐ Non		L'emploi nécessite-t-il des heures supplémentaires ? ☐ Oui ☐ Non			

Section 4

Horaires de travail/d'activité et durée du trajet

Horaires de travail/d'activité typique (c.-à-d. activité éducative/professionnelle)

Dimanche		Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi		Samedi	
de	à	de	à	de	à	de	à	de	à	de	à	de	à

Horaires de travail/d'activité typique du deuxième parent, tuteur ou beau-parent du foyer

Dimanche		Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi		Samedi	
de	à	de	à	de	à	de	à	de	à	de	à	de	à

Durée du trajet nécessaire pour déposer l'enfant : Durée du trajet entre le prestataire de services de garde d'enfants et le travail/l'activité ?

Cochez l'une des cases suivantes : ☐ 15 minutes ☐ 30 minutes ☐ 45 minutes ☐ 1 heure ☐ Plus d'une heure. Durée, si supérieure à une heure ____

Transport en commun ? ☐ Oui ☐ Non

Prise en charge : Durée du trajet entre le travail/l'activité et le prestataire de services de garde d'enfants ?

Cochez l'une des cases suivantes : ☐ 15 minutes ☐ 30 minutes ☐ 45 minutes ☐ 1 heure ☐ Plus d'une heure. Durée, si supérieure à une heure ____

Transport en commun ? ☐ Oui ☐ Non

Époux/autre parent : Durée du trajet entre le prestataire de services de garde d'enfants et le travail/l'activité ?

Cochez l'une des cases suivantes : ☐ 15 minutes ☐ 30 minutes ☐ 45 minutes ☐ 1 heure ☐ Plus d'une heure. Durée, si supérieure à une heure ____

Transport en commun ? ☐ Oui ☐ Non

Prise en charge : Durée du trajet entre le travail/l'activité et le prestataire de services de garde d'enfants ?

Cochez l'une des cases suivantes : ☐ 15 minutes ☐ 30 minutes ☐ 45 minutes ☐ 1 heure ☐ Plus d'une heure. Durée, si supérieure à une heure ____

Transport en commun ? ☐ Oui ☐ Non

Section 5

Informations sur les revenus

Indiquez si vous ou toute personne déposant la demande avec vous recevez de l'argent des sources suivantes. Consultez la liste de contrôle (CFWB-012B) pour connaître les documents demandés. EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

					OFFICE USE ONLY	
Sources	Oui/Non	Revenus bruts	Fréquence ? (hebdomadaire, bimensuelle, mensuelle, etc. ?)	Bénéficiaire ?	Type de documents	Calculs mensuels
Salaire/traitement du demandeur, y compris les heures supplémentaires, les commissions, les programmes de formation, les pourboires		\$		Vous-même		
Salaire/traitement du deuxième parent, gardien ou beau-parent du foyer, y compris les heures supplémentaires, les commissions, les programmes de formation, les pourboires		\$				
Revenus nets perçus dans le cadre d'une activité indépendante		\$				
Paielements de pension alimentaire (perçus)		\$				
Prestations compensatoires (perçues)		\$				
Indemnités de chômage, d'accident du travail		\$				
Prestations de la Sécurité sociale, incluant le revenu supplémentaire de sécurité (Supplemental Security Income, SSI)		\$				
Allocations aux personnes handicapées (État de New York, anciens combattants, privées)		\$				
Revenus locatifs (perçus)		\$				
Dividendes/intérêts : actions, obligations, épargne		\$				
Retraite/pension/rente viagère		\$				
Aide financière en espèces (CA), allocation « filet de sécurité » (Safety Net)		\$				
Autre (veuillez préciser) :		\$				
Montant total des revenus		\$				

Section 6
Prestataire

Si vous êtes admissible à une aide à la garde d'enfants financée par la subvention globale pour la garde d'enfants de l'État de New York (New York State Child Care Block Grant), vous avez la possibilité de choisir une garde d'enfants en centre ou à domicile. Si vous choisissez un prestataire qui n'est pas agréé ou enregistré, celui-ci doit être inscrit en tant que prestataire exempté par la loi. Indiquez ci-dessous le nom et l'adresse du ou des prestataires de votre choix. Vous pouvez énumérer des choix supplémentaires sur une feuille jointe au formulaire.

Nom : _____ N° de programme (le cas échéant) : _____ Nom : _____ N° de programme (le cas échéant) : _____ Nom : _____ N° de programme (le cas échéant) : _____

Adresse : _____ Adresse : _____ Adresse : _____

Section 7
Attestation

1. Je comprends que les informations figurant dans le présent formulaire seront utilisées pour déterminer mon admissibilité ou celle de ma famille aux services/allocations. Je comprends qu'en signant le présent formulaire de demande, j'accepte de coopérer pour toute enquête visant à vérifier ou à confirmer les informations que j'ai fournies ou toute autre enquête en lien avec ma demande d'aide à la garde d'enfants. Je m'engage à fournir des informations complémentaires à la demande.

2. Les numéros de Sécurité sociale, s'ils sont fournis, peuvent être utilisés par les organismes fédéraux, étatiques et locaux pour éviter la duplication des services et la fraude et pour les rapports fédéraux.

3. J'accepte d'informer immédiatement l'organisme de tout changement dans mes besoins, mes revenus, mon adresse, mes conditions de vie, la composition de mon foyer, l'adresse où les services sont rendus, le prestataire de garde d'enfants, des frais du prestataire ou les heures pour lesquelles la garde d'enfants est nécessaire.

4. Je certifie que les enfants indiqués comme ayant besoin de services de garde sont des citoyens des États-Unis, des ressortissants américains ou des personnes ayant un statut d'immigration satisfaisant. Je comprends que les informations concernant ces enfants peuvent être communiquées au Service d'immigration et de naturalisation (Immigration and Naturalization Service, INS) pour une vérification du statut d'immigration, le cas échéant. Je comprends par ailleurs que l'utilisation ou la divulgation des informations concernant ces enfants est limitée aux personnes et aux organisations qui participent directement à la vérification du statut d'immigration et à la gestion ou à la mise en œuvre des dispositions du programme de l'aide à la garde d'enfants.

5. Je comprends que mon dossier de demande ne sera utilisé qu'aux fins des services de garde d'enfants. Afin d'obtenir une autre aide comme le programme spécial de nutrition supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Medicaid, l'aide financière en espèces ou d'autres services, vous devez déposer d'autres demandes. Toutefois, cette demande et toutes les informations obtenues dans le cadre d'une enquête concernant cette demande pourront être partagées avec toute ville, tout État ou tout organisme fédéral si vous déposez une demande ou avez déposé une autre demande d'aide ou de prestations.

6. La législation fédérale et étatique prévoit des amendes ou des peines de prison, voire les deux, si vous ne dites pas la vérité lorsque vous déposez une demande d'aide à la garde d'enfants ou quand vous répondez à des questions sur votre admissibilité, ou si vous contraignez une autre personne à ne pas dire la vérité concernant votre demande ou la poursuite de votre admissibilité. Les sanctions s'appliquent également si vous dissimulez ou ne communiquez pas des faits concernant votre admissibilité initiale ou continue à l'aide à la garde d'enfants, ou si vous dissimulez ou ne communiquez pas des faits qui seraient susceptibles d'avoir une incidence sur le droit de toute personne, pour laquelle vous avez déposé une demande, à obtenir ou à continuer à percevoir l'aide à la garde d'enfants. Si vous êtes un représentant autorisé qui dépose une demande au nom d'une autre personne, l'aide à la garde d'enfants doit être utilisée par cette personne et non par vous. Il est illégal de bénéficier de l'aide à la garde d'enfants en dissimulant des informations ou en communiquant des fausses informations.

7. J'atteste que mes ressources familiales ne dépassent pas 1 000 000,00 \$.

Conformément à sa politique, l'Administration des services à l'enfance (Administration for Children's Services, ACS) de la ville de New York s'engage à ne pas pratiquer de discrimination fondée sur l'origine ethnique, les croyances, l'âge, la couleur de la peau, le sexe, la religion, l'origine nationale, le statut d'étranger ou de citoyen, le handicap physique ou mental, le genre, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, la grossesse, l'état civil ou le statut de concubinage.

Vous pouvez obtenir des informations sur vos droits et responsabilités sur <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148A.pdf>.

Si vous n'avez pas accès à internet, vous pouvez appeler l'Administration des services à l'enfance (ACS) de la ville de New York au (212) 835 7610 pour demander des exemplaires papier des brochures suivantes.

LDSS-4148A : informations importantes sur vos droits et responsabilités ; **LDSS-4148B** : informations importantes sur les programmes de services sociaux ; **LDSS-4148C** : informations importantes en cas d'urgence

Attestation : Je jure ou j'affirme, sous peine de parjure, que toutes les informations que j'ai communiquées ou que je communiquerai à l'ACS de la ville de New York en lien avec l'aide à la garde d'enfants sont exactes. J'ai lu et j'ai compris les avis ci-dessus et ci-joints. Je comprends et j'accepte les attestations énumérées ci-dessus.

Les signatures des deux parents/tuteurs sont nécessaires s'il s'agit d'un foyer avec deux parents.

Signature du parent/tuteur : _____ Signature du parent/tuteur : _____ Signature du parent/tuteur : _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____ Date : _____ Nom en caractères d'imprimerie : _____ Date : _____ Nom en caractères d'imprimerie : _____ Date : _____

Section 8
Office Only

Authorized Days and Hours of Care:

Sunday		Monday		Tuesday		Wednesday		Thursday		Friday		Saturday	
from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to

Eligibility determined and approved by (print and initial): _____

Length of Eligibility from _____ to _____

Codes: RFC: _____ PR: _____ FS: _____

Authorized Days and Hours of Care for Second Shift/Work/Activity Schedule
(Complete only if parent provides second shift/work/activity schedule in Section 5)

Sunday		Monday		Tuesday		Wednesday		Thursday		Friday		Saturday	
from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to

Date: _____

Enfants supplémentaires (le cas échéant)

Veuillez énumérer tous les enfants de votre foyer qui ont besoin de services de garde (**uniquement les enfants qui ont besoin de services de garde**).

Section 2 Enfant(s) qui ont besoin de services de garde	Nom (nom de famille, prénom)	Init. 2e prénom	Lien	Date de naissance	Sexe	Les deux parents de l'enfant vivent- ils à la maison ?	Ethnie hispanique ou latino- américaine**	Race** (Voir la légende ci-dessous.)	Numéro de Sécurité sociale (facultatif)	L'enfant souffre- t-il d'un handicap ?	L'enfant est-t-il citoyen américain/de nationalité américaine ou a-t-il un statut d'immigration satisfaisant ?
	9.										
	10.										
	11.										
	12.										
	13.										
	14.										
	15.										
	16.										
	17.										
	18.										
	19.										
	20.										
	21.										
	22.										
	23.										
	24.										
	25.										
	26.										
	27.										
	28.										

* Catégorie 1 : familles admissibles à une garde d'enfants garantie : demandeurs d'une aide financière en espèces, bénéficiaires d'une aide à la garde d'enfants (Child Care Assistance, CCA) au lieu d'une aide financière en espèces ou bénéficiaires des services de garde d'enfants transitoires.

Catégorie 2 : familles admissibles sous réserve de disponibilité de financement.

** Fournir des informations sur l'origine ethnique est volontaire et n'affectera pas votre admissibilité à l'aide à la garde d'enfants ou le montant de l'aide qui vous sera accordée par cet organisme.

Codes d'appartenance raciale :

AI	Amérindien(ne) ou autochtone d'Alaska
AS	Asiatique
BL	Noir(e) ou afro-américain(e)
HP	Autochtone d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique
WH	Blanc(he)

Membres de la famille supplémentaires (le cas échéant)

Veillez énumérer tous les **autres** membres de votre foyer (non répertoriés dans la section 2A), y compris les enfants de moins de 18 ans qui n'ont **pas** besoin d'aide à la garde d'enfants. Indiquez d'abord votre nom, puis celui de tous ceux qui vivent avec vous.

Section 2B Membres de la famille	Nom (nom, prénom) (Veillez inclure tout alias ou nom de jeune fille entre parenthèses.)	Init. 2e prénom	Lien	Date de naissance	Sexe	Ethnie hispanique ou latino- américaine**	Race** (Voir la légende ci-dessous.)	Numéro de Sécurité sociale (facultatif)	
	9.								
	10.								
	11.								
	12.								
	13.								
	14.								
	15.								
	16.								
	17.								
	18.								
	19.								
	20.								
	21.								
	22.								
	23.								
	24.								
	25.								
	26.								
	27.								
	28.								
					** Fournir des informations sur l'origine ethnique est volontaire et n'affectera pas votre admissibilité à l'aide à la garde d'enfants ou le montant de l'aide qui vous sera accordée par cet organisme.		Codes d'appartenance raciale : AI Amérindien(ne) ou autochtone d'Alaska AS Asiatique BL Noir(e) ou afro-américain(e) HP Autochtone d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique WH Blanc(he)		
	OFFICE USE ONLY		Family Size: _____						

Prestataires supplémentaires (le cas échéant)

Prestataire	Si vous êtes admissible à une aide à la garde d'enfants financée par la subvention globale pour la garde d'enfants de l'État de New York (New York State Child Care Block Grant), vous avez la possibilité de choisir une garde d'enfants en centre ou à domicile. Si vous choisissez un prestataire qui n'est pas agréé ou enregistré, celui-ci doit être inscrit en tant que prestataire exempté par la loi. Indiquez ci-dessous le nom et l'adresse du ou des prestataires de votre choix. Vous pouvez énumérer des choix supplémentaires sur une feuille jointe au formulaire. Nom : _____ N° de programme (le cas échéant) : _____ Nom : _____ N° de programme (le cas échéant) : _____ Nom : _____ N° de programme (le cas échéant) : _____ Adresse : _____ Adresse : _____ Adresse : _____
Prestataire	Nom : _____ N° de programme (le cas échéant) : _____ Nom : _____ N° de programme (le cas échéant) : _____ Nom : _____ N° de programme (le cas échéant) : _____ Adresse : _____ Adresse : _____ Adresse : _____
Prestataire	Nom : _____ N° de programme (le cas échéant) : _____ Nom : _____ N° de programme (le cas échéant) : _____ Nom : _____ N° de programme (le cas échéant) : _____ Adresse : _____ Adresse : _____ Adresse : _____
Prestataire	Nom : _____ N° de programme (le cas échéant) : _____ Nom : _____ N° de programme (le cas échéant) : _____ Nom : _____ N° de programme (le cas échéant) : _____ Adresse : _____ Adresse : _____ Adresse : _____
Prestataire	Nom : _____ N° de programme (le cas échéant) : _____ Nom : _____ N° de programme (le cas échéant) : _____ Nom : _____ N° de programme (le cas échéant) : _____ Adresse : _____ Adresse : _____ Adresse : _____

Remarques sur les revenus

Division du bien-être de l'enfant et de la famille
**Instructions pour remplir votre demande d'aide
à la garde d'enfants de catégorie 2***

La disponibilité de l'aide à la garde d'enfants dépend du financement de la subvention globale pour la garde d'enfants.

Cher(s) parent(s)/tuteur(s),

CE FORMULAIRE EST UTILISÉ POUR DEMANDER UNIQUEMENT UNE AIDE À LA GARDE D'ENFANTS EN TANT QUE FAMILLE DE CATÉGORIE 2

Si vous demandez uniquement une aide à la garde d'enfants de catégorie 2 (pour les familles ne recevant pas d'aide financière en espèces), vous pouvez utiliser ce formulaire plus court. Si vous souhaitez demander d'autres prestations telles que l'aide financière en espèces (Cash Assistance, CA), le programme spécial de nutrition supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) (coupons alimentaires), l'aide à l'énergie, la Medicaid ou d'autres services, y compris l'aide à la garde d'enfants de catégorie 1 (pour les familles recevant une aide financière en espèces), veuillez demander le formulaire « Demande de certaines prestations et de certains services à l'État de New York » (New York State Application for Certain Benefits and Services, LDSS-2921).

En présentant le formulaire de demande d'aide à la garde d'enfants au lieu du formulaire « Demande de certaines prestations et de certains services à l'État de New York » (LDSS-2921), vous déposez une demande d'aide à la garde d'enfants uniquement dans la catégorie 2, c'est-à-dire sous réserve de disponibilité de financement. Vous ne déposez pas de demande dans la catégorie 1, garde d'enfants garantie.

Les consignes suivantes sont destinées à vous aider à remplir votre formulaire de demande. Lorsque vous remplissez votre demande, n'oubliez pas d'écrire de façon lisible, en caractères d'imprimerie, en majuscules (A, B, C) et à l'encre bleue ou noire. Vous pouvez également remplir le formulaire électronique, l'enregistrer, puis l'imprimer.

Cette demande doit inclure des pièces justificatives telles qu'un justificatif de revenus, un justificatif de domicile et un justificatif d'emploi.

VOIR LA LISTE DE CONTRÔLE DE DÉPÔT DE DEMANDE CI-JOINTE (CFWB-012B) POUR CONNAÎTRE TOUS LES DOCUMENTS DEMANDÉS.

À LIRE AVANT DE REMPLIR LA DEMANDE

- ▶ Si vous bénéficiez de services de préventions ou de protection à l'enfance ou si vous êtes un parent d'accueil salarié, vous avez peut-être déjà droit à une aide à la garde d'enfants et n'avez peut-être pas besoin de remplir cette demande. Demandez à votre gestionnaire de dossier de vous orienter vers l'aide à la garde d'enfants.
- ▶ Si vous recevez une aide financière en espèces (CA), vous devez contacter l'Administration des ressources humaines (Human Resources Administration, HRA) de votre centre d'emploi pour obtenir une aide à la garde d'enfants.

REMARQUE : à défaut de remplir tous les champs obligatoires, votre demande sera considérée comme incomplète.

OFFICE USE ONLY

Les cases grisées sont réservées à l'usage administratif. Veuillez ne rien écrire dans ces sections.

*Catégorie 1 : familles admissibles à une garde d'enfants garantie : demandeurs d'une aide financière en espèces, bénéficiaires d'une aide à la garde d'enfants (Child Care Assistance, CCA) au lieu d'une aide financière en espèces ou bénéficiaires des services de garde d'enfants transitoires.

Catégorie 2 : familles admissibles sous réserve de disponibilité de financement.

Veuillez indiquer en haut à droite si vous présentez une nouvelle demande, demandez une modification de statut / un renouvellement d'attestation ou demandez la réouverture de votre dossier.

SECTION 1**DEMANDEUR**

Le demandeur est le parent adulte ou le tuteur qui demande l'aide à la garde d'enfants. Sauf indication contraire, cette section doit contenir uniquement les informations suivantes sur le demandeur :

1. Écrivez votre nom et prénom ainsi que l'initiale de votre deuxième prénom en caractères d'imprimerie. Veuillez inclure tout alias ou nom de jeune fille entre parenthèses.
 2. Indiquez votre état civil (célibataire, marié[e], divorcé[e] ou veuf/veuve).
 3. Écrivez en caractères d'imprimerie l'adresse de votre domicile.
 4. Indiquez si l'adresse est temporaire. Cochez « Oui » uniquement si la famille vit actuellement dans un centre pour sans-abris, dans un logement partagé avec une autre famille, dans un hôtel/motel, dans une voiture/bus/train, dans un parc/camping, ou autre.
 5. Écrivez en caractères d'imprimerie vos numéros de téléphone, y compris l'indicatif régional : professionnel, personnel et portable/autre (le cas échéant).
 6. Écrivez en caractères d'imprimerie votre adresse électronique (facultatif).
 7. Cochez « Oui » ou « Non » pour indiquer votre statut d'aide financière en espèces. (Si vous êtes bénéficiaire d'une aide financière en espèces, vous devez déposer une demande de garde d'enfants par l'intermédiaire de l'agent HRA de votre centre d'emploi.)
 8. Cochez la case de la langue parlée le plus souvent dans votre foyer. Si vous avez sélectionné « autre », veuillez indiquer la langue en caractères d'imprimerie.
 9. Cochez la case de la langue dans laquelle vous préférez communiquer. Si vous avez sélectionné « autre », veuillez indiquer la langue en caractères d'imprimerie.
- **DOCUMENTS** : consultez la liste de contrôle (CFWB-012B) pour connaître les documents demandés pour la résidence à New York.

SECTION 2A**ENFANT(S) QUI ONT BESOIN DE SERVICES DE GARDE**

1. Écrivez en caractères d'imprimerie le nom, le prénom et l'initiale du deuxième prénom de chaque enfant du foyer pour lequel vous demandez une aide à la garde d'enfants.
 2. Pour chaque enfant du foyer, spécifiez le lien avec vous (par exemple, enfant).
 3. Écrivez en caractères d'imprimerie la date de naissance et cochez la case indiquant le sexe pour chaque enfant.
 4. Indiquez si les deux parents de l'enfant vivent au foyer.
 5. Cochez « Oui » ou « Non » pour indiquer si chaque enfant figurant sur la demande est ou n'est pas hispanique ou latino-américain. Les informations sur l'origine ethnique sont volontaires et n'affecteront pas votre admissibilité à l'aide à la garde d'enfants ou le montant de l'aide qui vous sera accordée par cet organisme.
 6. Remplissez la colonne Race pour chaque enfant ayant besoin de services de garde. Vous pouvez choisir plusieurs catégories de race pour un même enfant. Les informations sur l'origine ethnique sont volontaires et n'affecteront pas votre admissibilité à l'aide à la garde d'enfants ou le montant de l'aide qui vous sera accordée par cet organisme. Veuillez utiliser les codes ci-dessous.

AI : Amérindien(ne) ou autochtone d'Alaska	AS : Asiatique	BL : Noir(e) ou afro-américain(e)
HP : Autochtone d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique	WH : Blanc(he)	
 7. Numéro de Sécurité sociale (Social Security Number, SSN) de chaque enfant. Vous n'êtes pas obligé(e) de fournir des SSN. Ils peuvent être utilisés par les organismes fédéraux, étatiques et locaux pour empêcher la duplication des services et la fraude, ainsi que pour les rapports fédéraux.
 8. Cochez « Oui » ou « Non » pour indiquer si l'enfant ayant besoin de services de garde souffre d'un handicap¹. S'il est déterminé que votre enfant est admissible à l'aide à la garde d'enfants, veuillez vous rendre sur <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> pour obtenir un formulaire de demande pour les besoins particuliers.
 9. Cochez « Oui » ou « Non » pour indiquer si l'enfant ayant besoin de services de garde est un citoyen américain, un ressortissant américain ou une personne ayant un statut d'immigration satisfaisant.
 10. Joignez une feuille séparée pour les enfants supplémentaires (si vous demandez la garde de plus de huit enfants).
- **DOCUMENTS** : consultez la liste de contrôle (CFWB-012B) pour connaître les documents demandés pour la citoyenneté/le statut d'immigration uniquement pour le ou les enfants ayant besoin de services de garde.

¹ Un enfant souffrant d'un handicap ou ayant des besoins particuliers est un enfant qui est incapable de s'occuper de lui-même et qui a été diagnostiqué par un médecin, un psychologue agréé ou certifié ou un autre professionnel ayant les qualifications appropriées pour faire un tel diagnostic, comme ayant une ou plusieurs des conditions suivantes à un tel degré que l'éducation spécialisée ou les services connexes sont nécessaires, conformément à la section 602 de la loi sur l'éducation des individus en situation de handicap (Individuals with Disabilities Education Act) (20 U.S.C. 1401), partie C de la Loi sur l'éducation des personnes handicapées (20 U.S.C. 1431 et seq.), et la section 504 de la loi sur la réhabilitation de 1973 (29 U.S.C. 794) : déficience visuelle, surdité ou autre déficience auditive, déficience orthopédique, troubles émotionnels, déficience intellectuelle, trouble de l'apprentissage, troubles de la parole, troubles de la santé, autisme, handicaps multiples, lésion cérébrale traumatique, surdité ou autres troubles de la santé.

SECTION 2B

MEMBRES DE LA FAMILLE

1. Un membre de la famille est tout autre membre de votre foyer, y compris les enfants qui n'ont pas besoin de services de garde. Indiquez d'abord votre nom, puis celui de toutes les autres personnes qui vivent avec vous, y compris le deuxième parent, le tuteur et le beau-parent de l'enfant, le cas échéant. Le tuteur est un tuteur légal, le parent gardien ou toute autre personne in loco parentis de l'enfant. Écrivez en caractères d'imprimerie le nom, le prénom et l'initiale du deuxième prénom, le cas échéant.
 2. Écrivez en caractères d'imprimerie le lien entre vous et chaque personne (par exemple, conjoint, compagnon, grand-parent, parent, etc.).
 3. Écrivez en caractères d'imprimerie la date de naissance et cochez la case indiquant le sexe pour chaque personne du foyer.
 4. Écrivez en caractères d'imprimerie votre identité de genre. Vous pouvez fournir le ou les mots qui décrivent le mieux votre identité de genre. Votre identité de genre est la façon dont vous vous définissez et vous appelez, que vous soyez un homme, une femme, un mélange des deux ou aucun des deux. Votre genre peut ou non correspondre au sexe qui vous a été attribué à la naissance. Il s'agit d'une question facultative et votre réponse ou votre choix de ne pas répondre n'aura aucune incidence sur votre admissibilité.
 5. Cochez « Oui » ou « Non » pour indiquer si chaque membre du foyer est hispanique ou latino-américain, ou non. Les informations sur l'origine ethnique sont volontaires et n'affecteront pas votre admissibilité à l'aide à la garde d'enfants ou le montant de l'aide qui vous sera accordée par cet organisme.
 6. Remplissez la colonne Race pour tous ceux qui vivent avec vous. Vous pouvez choisir plusieurs catégories de race pour une même personne. Les informations sur l'origine ethnique sont volontaires et n'affecteront pas votre admissibilité à l'aide à la garde d'enfants ou le montant de l'aide qui vous sera accordée par cet organisme. Veuillez utiliser les codes ci-dessous.

AI : Amérindien(ne) ou autochtone d'Alaska	AS : Asiatique	BL : Noir(e) ou afro-américain(e)
HP : Autochtone d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique	WH : Blanc(he)	
 7. Écrivez les numéros de Sécurité sociale (Social Security Number, SSN) des membres de votre famille. Le SSN est facultatif. Le SSN peut être utilisé par les organismes fédéraux, étatiques et locaux pour empêcher la duplication des services et la fraude, ainsi que pour les rapports fédéraux.
 8. Si le foyer compte plus de huit membres, joignez une feuille séparée pour énumérer toutes leurs informations.
- **DOCUMENTS** : consultez la liste de contrôle (CFWB-012B) pour connaître les documents demandés pour tous les enfants du foyer âgés de moins de 18 ans, qu'ils aient ou non besoin de services de garde, afin de vérifier le lien de l'enfant avec le parent/demandeur et son âge.

SECTION 3

BESOINS DE L'ENFANT/DE LA FAMILLE

1. Veuillez cocher la ou les cases appropriées pour indiquer la ou les raisons pour lesquelles vous demandez une aide à la garde d'enfants.
 - Emploi
 - Formation professionnelle ou activités éducatives
 - Bénéficiaire de services d'aide aux victimes de violence conjugale (Domestic Violence Services)
 - À la recherche d'un emploi
 - Sans-abrisme
 - Participation à un programme approuvé de traitement de la toxicomanie
 2. Cochez « Oui » ou « Non » pour indiquer si un parent non-gardien est disponible pour assurer la garde des enfants.
 3. Cochez la case appropriée pour indiquer si un parent est actuellement en service actif (à temps plein) dans l'armée américaine. Vous devez cocher « Oui » ou « Non » pour que la demande soit complète.
 4. Cochez la case appropriée pour indiquer si un parent est actuellement membre d'une unité de la garde nationale ou de la réserve militaire. Vous devez cocher « Oui » ou « Non » pour que la demande soit complète.
 5. Indiquez si le demandeur reçoit ou demande des services de garde d'enfants par l'intermédiaire d'un autre organisme, et sélectionnez cet organisme, le cas échéant.
- **DOCUMENTS** : consultez la liste de contrôle (CFWB-012B) pour connaître les documents demandés pour chaque motif de la demande de services de garde d'enfants. Le justificatif du statut militaire n'est pas nécessaire. Un demandeur doit fournir des justificatifs de revenus perçus de son service militaire.

SECTION 4**EMPLOI**

(À remplir pour chaque parent, tuteur ou beau-parent du foyer si vous demandez une aide à la garde d'enfants en raison d'un emploi ou si vous déclarez des revenus d'emploi.)

1. Écrivez en caractères d'imprimerie le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'employeur du demandeur.
 2. Écrivez en caractères d'imprimerie la date de début de l'emploi.
 3. Cochez la case appropriée pour indiquer si votre travail comporte un quart de travail en rotation ou nécessite des heures supplémentaires.
 4. Le cas échéant, écrivez en caractères d'imprimerie le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'employeur du deuxième parent, du tuteur ou du beau-parent du foyer.
 5. Le cas échéant, écrivez en caractères d'imprimerie la date d'emploi du deuxième parent, du tuteur ou du beau-parent du foyer.
 6. Le cas échéant, cochez la case appropriée pour indiquer si le deuxième parent, le tuteur ou le beau-parent du foyer a un quart de travail en rotation ou nécessite des heures supplémentaires.
- **DOCUMENTS** : consultez la liste de contrôle (CFWB-012B) pour connaître les justificatifs demandés concernant l'emploi.

SECTION 5**HORAIRE DE TRAVAIL/D'ACTIVITÉ ET DURÉE DU TRAJET**

(À remplir pour chaque parent, tuteur ou beau-parent du foyer qui est employé ou suit une formation professionnelle ou effectue des activités éducatives)

1. Écrivez en caractères d'imprimerie les horaires habituels de travail ou d'activité pour chaque jour de la semaine. Indiquez si les heures sont le matin ou l'après-midi.
2. En cas de deuxième quart de travail, d'autre emploi ou d'autre activité, écrivez en caractères d'imprimerie les horaires de celui-ci/celle-ci.
3. Le cas échéant, écrivez en caractères d'imprimerie les horaires habituels de travail pour chaque jour de la semaine pour le deuxième parent, le tuteur ou le beau-parent du foyer.
4. Si le deuxième parent, tuteur ou beau-parent du foyer a un deuxième quart de travail, un autre emploi ou une autre activité, écrivez en caractères d'imprimerie les horaires de celui-ci/celle-ci.
5. Indiquez la durée du trajet du demandeur entre le prestataire et le lieu du travail/de l'activité.
6. Indiquez si le demandeur utilise les transports en commun pour le trajet entre le lieu du travail/de l'activité et le prestataire.
7. Le cas échéant, indiquez la durée du trajet du deuxième parent, du tuteur ou du beau-parent du foyer entre le prestataire et le lieu du travail/de l'activité.
8. Indiquez si le deuxième parent, le tuteur ou le beau-parent du foyer utilise les transports en commun pour le trajet entre le lieu du travail/de l'activité et le prestataire.

SECTION 6**INFORMATIONS SUR LES REVENUS**

Pour cette section, ne répondez qu'aux rubriques pour lesquelles vous ou un membre du foyer avez perçu des revenus. Veuillez inclure les informations sur vos revenus/prestations pour vous-même et tout autre membre adulte du foyer, y compris votre conjoint qui vit avec vous, ou un adulte qui vit avec vous et avec qui vous avez au moins un enfant en commun. Veuillez inclure également toute personne âgée de moins de 18 ans qui est responsable légale de l'enfant ou des enfants pour lesquels une aide à la garde est demandée.

1. Cochez (☐) « Oui » ou « Non » pour vous-même et toute personne qui vit avec vous pour chaque type de revenus.
 2. Pour chaque réponse « Oui », écrivez EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE le montant ou la valeur en dollars (\$), la fréquence à laquelle les revenus sont perçus et le nom du bénéficiaire.
 3. Tous les revenus doivent être déclarés dans le formulaire de demande.
 4. Si vous indiquez avoir reçu une aide financière en espèces, vous devez faire une demande de garde d'enfants par l'intermédiaire de l'agent HRA de votre centre d'emploi.
 5. Si vous ne savez pas à quoi correspond un type de revenus, vous pouvez l'inclure sous « Autre ».
- **DOCUMENTS** : consultez la liste de contrôle (CFWB-12B) pour connaître les justificatifs de revenus.

SECTION 7

PRESTATAIRE

1. Si vous êtes admissible à une aide à la garde d'enfants financée par la subvention globale pour la garde d'enfants de l'État de New York (New York State Child Care Block Grant), vous avez la possibilité de choisir une garde d'enfants en centre ou à domicile.
2. Si vous connaissez le prestataire/programme où vous souhaitez inscrire votre enfant, veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro du programme ACS (le cas échéant).

SECTION 8

ATTESTATION

Veuillez lire attentivement la section sur l'attestation et la signer. Si le demandeur remplit la demande pour quelqu'un d'autre, il doit la signer en son propre nom. S'il s'agit d'un foyer biparental, **la demande doit être signée par les deux parents.**

En signant, vous atteste que vos ressources familiales combinées ne dépassent pas 1 000 000 \$. Des exemples de ressources familiales sont : les espèces, les comptes d'épargne et courants, votre domicile, l'immobilier, les voitures, les actions, les obligations, les fonds communs de placement, les IRA, 401 (k), les rentes, les fonds en fiducie, l'assurance-vie, le contenu du coffre-fort, etc.

SECTION 9

FOR OFFICE USE ONLY

Veuillez ne pas remplir cette section. Elle est réservée au personnel qui détermine l'admissibilité de votre famille aux services de garde d'enfants.

INFORMATIONS SUR L'INSCRIPTION SUR LES LISTES ÉLECTORALES

La dernière page de la demande d'aide à la garde d'enfants est une demande d'inscription sur les listes électorales. Si vous souhaitez obtenir de l'aide pour remplir le formulaire de demande d'inscription sur les listes électorales, appelez le 311. Le fait de demander à s'inscrire ou de refuser de s'inscrire sur les listes électorales n'affectera pas votre admissibilité à l'aide à la garde d'enfants ni le montant de l'aide qui vous sera accordée par cet organisme.

INFORMATIONS SUR VOS DROITS ET RESPONSABILITÉS

Vous pouvez obtenir des informations sur vos droits et responsabilités sur : <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148a.pdf>.

Si vous n'avez pas accès à internet, vous pouvez appeler l'Administration des services à l'enfance (ACS) de la ville de New York au (212) 835 7610 pour demander l'envoi par courrier des exemplaires papiers des brochures qui présentent vos droits et responsabilités.

- **LDSS-4148A** : informations importantes sur vos droits et responsabilités
- **LDSS-4148B** : informations importantes sur les programmes de services sociaux
- **LDSS-4148C** : informations importantes en cas d'urgence

Liste de contrôle pour le dépôt d'une nouvelle demande d'aide à la garde d'enfants

La demande d'aide à la garde d'enfants (CFWB-012) doit inclure des pièces justificatives.
Assurez-vous de fournir un justificatif pour chaque condition d'admissibilité à la subvention.

1. DEMANDE (CFWB-012)

Assurez-vous que toutes les sections sont dûment remplies,
y compris :

- ☐ Signature des deux parents si le foyer est biparental ☐ Statut militaire (Section 3) ☐ Durée du trajet (Section 5)

2. RÉSIDENCE DANS LA VILLE DE NEW YORK

Copie de l'un des documents suivants :

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| ☐ Permis de conduire | ☐ Certificat de la NYCHA | ☐ Bail en cours |
| ☐ Carte IDNYC | ☐ Facture de charges mentionnant votre adresse actuelle (par exemple, électricité, gaz, chauffage, fioul, eau, Wi-Fi / internet, câble ou téléphone fixe)* | |
| ☐ Lettre d'octroi de la section 8 | ☐ Attestation de loyer ou de crédit immobilier mentionnant l'adresse* | |
| ☐ Attestation de résidence CFWB-067 | ☐ Attestation d'hébergement CFWB-027 mentionnant l'adresse | |
| ☐ Lettre de résidence de l'abri mentionnant l'adresse | ☐ Autre _____ | |

REMARQUE : si le document « **AUTRE** » fourni n'est pas satisfaisant, l'ACS en informera le demandeur.

Les documents doivent être en cours de validité.

Les documents marqués d'un * ne peuvent pas dater de plus de 60 jours.

3. UNIQUEMENT POUR LE OU LES ENFANTS AYANT BESOIN DE SERVICES DE GARDE : STATUT DE CITOYENNETÉ/D'IMMIGRATION

Copie de l'un des documents suivants :

- | | |
|---|---|
| ☐ Acte de naissance américain | ☐ Carte d'inscription pour étranger, y compris carte de résident permanent ou carte verte |
| ☐ Formulaire de passeport américain | ☐ FS-240 (Déclaration de naissance à l'étranger d'un(e) citoyen(ne) des États-Unis) |
| ☐ Certificat de naturalisation | ☐ Autre _____ |

REMARQUE : si le document « **AUTRE** » fourni n'est pas satisfaisant, l'ACS en informera le demandeur.

4. LIEN ENTRE L'ENFANT ET LE PARENT/DEMANDEUR

Copie de l'un des documents suivants pour tous les enfants de moins de 18 ans du foyer, qu'ils aient ou non besoin de services de garde :

- | | |
|---|---|
| ☐ Acte de naissance | ☐ Dossier d'adoption |
| ☐ Certificat de baptême | ☐ Ordonnance du tribunal désignant un tuteur légal avec une responsabilité financière |
| ☐ Passeport avec la signature des parents | ☐ Autre (veuillez remplir l'attestation de tuteur CFWB-058) |

5. ÂGE

Copie de l'un des documents suivants pour tous les enfants de moins de 18 ans du foyer, qu'ils aient ou non besoin de services de garde :

- | | |
|---|---|
| ☐ Acte de naissance | ☐ Dossier d'adoption |
| ☐ Certificat de baptême | ☐ Carte d'inscription au registre des étrangers |
| ☐ Passeport | ☐ Document officiel de l'hôpital déclarant la naissance de l'enfant |

6. REVENUS

Tous les demandeurs présentant le CFWB-012 doivent fournir les justificatifs de revenus, quel que soit le motif de la demande de services de garde.

Pour les employés :

- ☐ Orientation vers l'employeur pour les renseignements sur les revenus de l'employé CFWB-015

OU

Fiches de paie (bihebdomadaire = tous les 15 jours ; bimensuelle = deux fois par mois)

- ☐ Hebdomadaire : 4 fiches de paie récentes et consécutives si le montant brut est le même
- ☐ Hebdomadaire : 12 fiches de paie consécutives en cours, en cas de montant brut variable
- ☐ Bihebdomadaire/bimensuelle : 2 fiches de paie récentes et consécutives si le montant brut est le même
- ☐ Bihebdomadaire/bimensuelle : 6 fiches de paie récentes et consécutives, en cas de montant brut variable

Veuillez vous rendre sur <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> pour obtenir les formulaires de demande et les instructions pour les remplir.

Pour en savoir plus, veuillez appeler le 311 ou le 212 835 7610.

Pour les travailleurs indépendants :

- ☐ Si vous exercez une activité indépendante depuis un an ou plus : présentez un formulaire 1040 à jour, complet et signé ET une Annexe 1 (formulaire 1040) ET l'un des documents suivants, selon votre type d'activité :
- ☐ Pour une entreprise individuelle : Annexe C (formulaire 1040 et tout formulaire 1099 pertinent)
- ☐ Pour une S-Corp et une LLC-Corp : formulaire 1120-S
- ☐ Pour un partenariat LLC : formulaire 1065
- ☐ Si vous exercez une activité indépendante depuis un an ou plus, mais que vous n'avez pas de formulaire 1040 à jour suite à une demande de prorogation : présentez un formulaire 4868 complet et signé ET trois mois de registres commerciaux conservés à des fins fiscales.
- ☐ Si vous exercez une activité indépendante depuis moins d'un an : présentez l'attestation de renseignements sur les revenus de travail indépendant CFWB-031 ET trois mois de registres commerciaux.
- ☐ Si vous exercez une activité indépendante depuis moins de 3 mois : présentez l'attestation de renseignements sur les revenus de travail indépendant CFWB-031 ET les registres commerciaux pour chaque mois d'activité en tant que travailleur indépendant.

Autres revenus :

- ☐ Pour le SSI, le SSD, les allocations chômage, les revenus locatifs, les pensions, les rentes, les indemnités d'accident du travail : présentez une preuve de cette source de revenus sous forme de chèque récent, de bulletin de paie ou de lettre d'octroi. Vous n'avez pas besoin d'inclure un SSI perçu par un enfant de votre foyer. Si le montant est le même chaque mois, vous devez fournir un mois de justificatif. Si le montant est différent chaque mois, vous devez fournir 3 mois de justificatifs. Si vous pensez que les 3 mois précédents ne sont pas représentatifs de vos revenus habituels provenant de cette source, vous pouvez fournir jusqu'à 6 mois de justificatifs. Le chèque, le bulletin de paie ou la lettre d'octroi le/la plus récent(e) doit être daté(e) d'au plus 30 jours avant la date de présentation de votre demande.
- ☐ Pour les prestations compensatoires/pensions alimentaires : présentez une pièce justificative si vous avez un accord, une lettre d'octroi ou une copie des chèques. Si le montant est le même chaque mois, vous devez fournir un mois de justificatif. Si le montant est différent chaque mois, vous devez fournir 3 mois de justificatifs. Si vous pensez que les 3 mois précédents ne sont pas représentatifs de vos revenus habituels provenant de cette source, vous pouvez fournir jusqu'à 6 mois de justificatifs. L'accord, la lettre d'octroi ou le chèque le/la plus récent(e) doit être daté(e) d'au plus 30 jours avant la date de présentation de votre demande.

7. MOTIFS DE LA DEMANDE DE GARDE

Le demandeur doit documenter l'un des motifs de demande de garde suivants :

a. Travailler au moins 10 heures par semaine et gagner au moins le salaire minimum :

- ☐ Consultez la section Revenus ci-dessus pour connaître les justificatifs d'emploi et/ou le travail indépendant.

b. Formation professionnelle/activités éducatives :

École professionnelle ou établissement d'enseignement supérieur de 2 ans ou de 4 ans (l'une des options suivantes)

- ☐ CFWB-005 avec le cachet de l'école
- ☐ Une lettre de l'établissement de formation ou d'enseignement sur papier à en-tête officiel est également acceptable, mais doit contenir toutes les informations nécessaires figurant sur le CFWB-005.

c. À la recherche d'un emploi (l'une des options suivantes) :

- ☐ Relevé de recherche d'emploi CFWB-026
- ☐ Plan de recherche d'emploi approuvé par le Département du travail (Department of Labor) de l'État de New York
- ☐ Justificatif de perception de l'assurance chômage

d. Sans-abri (cochez l'une des cases suivantes) :

- ☐ Lettre de résidence de l'abri (si vous vivez dans un abri, y compris dans un centre de secours humanitaire d'urgence) OU
- ☐ Attestation de logement CFWB-027 (si vous êtes en hébergement provisoire dans une famille, dans un lieu non destiné à l'habitation humaine, dans un hôtel/motel ou dans une autre situation)

e. Orientation en cas de violence conjugale (de la part du prestataire de services de lutte contre la violence conjugale) :

- ☐ Orientation vers des services en réponse à la violence conjugale

f. Orientation vers un programme de traitement de la toxicomanie (de la part du prestataire de services de traitement de la toxicomanie) :

- ☐ Orientation vers des services pour traiter la toxicomanie

Veuillez vous rendre sur <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> pour obtenir les formulaires de demande et les instructions pour les remplir.

Pour en savoir plus, veuillez appeler le 311 ou le 212 835 7610.

The City of New York
Administration for Children's Services
Division of Child and Family Well-Being
66 John Street, 7th Floor
New York, New York 10038



Comment présenter votre demande

Veuillez remplir la Demande d'aide à la garde d'enfants (CFWB-012) et recueillir tous les documents nécessaires pour la vérification de la taille du foyer, du domicile, des revenus et du motif de la demande de garde. Veuillez utiliser la liste de contrôle de dépôt de demande pour vous assurer que votre demande est complète avant de la présenter.

Une fois remplie, veuillez envoyer votre demande et vos justificatifs à l'adresse ci-dessous pour leur traitement :

NYC Children – EDU
PO Box 40
Maplewood, NJ 07040

Tous les documents doivent être envoyés par US Postal Service. Les documents ne peuvent pas être envoyés par Fedex ou UPS à une boîte postale.

Si vous avez des questions concernant la demande, veuillez appeler le centre d'appels de l'Administration des services à l'enfance (Administration for Children's Services, ACS) au 212 835 7610.



NOTE DE SERVICE

Jess Dannhauser
Commissaire

66 John Street
8th Floor
New York, NY 10038

À l'attention de : Tous les parents/tuteurs qui demandent l'aide à la garde d'enfants

Objet : Statut d'immigration

CERTAINS PROGRAMMES EXIGENT UNE PREUVE QUE VOTRE ENFANT AYANT BESOIN DE GARDE EST CITOYEN DES ÉTATS-UNIS OU UNE PERSONNE AVEC UN STATUT D'IMMIGRATION SATISFAISANT.

Veuillez consulter le site
www.nyc.gov/acs.

ON NE VOUS DEMANDERA PAS VOTRE STATUT D'IMMIGRATION NI CELUI DE QUICONQUE D'AUTRE DANS LE FOYER AUTRE QUE LES ENFANTS AYANT BESOIN DE SERVICES DE GARDE.

Child.FamilyWellBeing@acs.nyc.gov



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

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: এই ফর্মটি বাংলাতে গেতে 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.

Qualifications

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.

Your name

3 Last name Suffix
First name Middle Initial

More information

Items 5, 6 & 7 are optional

4 Birth date / /
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 -
☐ 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.

Optional questions

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

Sign

Date

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)

New York City
32 Broadway, 7th Fl.
New York, NY 10004
(212) 487-5300

Albany
260 S. Pearl St.
Albany, NY 12202
(518) 487-5060

Allegany
8 Willets Ave.
Belmont, NY 14813
(585) 268-9294

Broome
Government Plaza
60 Hawley St.
PO Box 1766
Binghamton, NY
13902
(607) 778-2172

Cattaraugus
207 Rock City St.
Suite 100
Little Valley, NY 14755
(716) 938-2400

Cayuga
157 Genesee St.
(Basement)
Auburn, NY 13021
(315) 253-1285

Chautauque
7 North Erie St.
Mayville, NY 14757
(716) 753-4580

Chemung
378 South Main St.
PO Box 588
Elmira, NY 14902
(607) 737-5475

Chenango
5 Court St.
Norwich, NY 13815
(607) 337-1760

Clinton
City Government Ctr.
Ste. 104
137 Margaret St.
Plattsburgh, NY 12901
(518) 565-4740

Columbia
401 State St.
Hudson, NY 12534
(518) 828-3115

Cortland
112 River St.
Suite 1
Cortland, NY 13045
(607) 753-5032

Delaware
97 Main St.
Suite 5
Delhi, NY 13753
(607) 832-5321

Dutchess
112 Delafield Street,
Suite 200
Poughkeepsie, NY
12601
(845) 486-2473

Erie
134 W. Eagle St.
Buffalo, NY 14202
(716) 858-8891

Essex
7551 Court St.
PO Box 217
Elizabethtown, NY
12932
(518) 873-3474

Franklin
355 West Main St.
Ste. 161
Malone, NY 12953
(518) 481-1663

Fulton
2714 St. Hwy 29
Ste. 1
Johnstown, NY 12095
(518) 736-5526

Genesee
County Building #1
15 Main St.
Batavia, NY 14020
(585) 815-7804

Greene
411 Main St.
Ste. 437
Catskill, NY 12414
(518) 719-3550

Hamilton
Rte. 8
PO Box 175
Lake Pleasant, NY
12108
(518) 548-4684

Herkimer
109 Mary St.
Ste. 1306
Herkimer, NY 13350
(315) 867-1102

Jefferson
175 Arsenal St.
Watertown, NY 13601
(315) 785-3027

Nassau
240 Old Country Rd.
5th Fl.
PO Box 9002
Mineola, NY 11501
(516) 571-8883

Niagara
111 Main St.
Ste. 100
Lockport, NY 14094
(716) 438-4040

Lewis
7660 N. State St.
Lowville, NY 13367
(315) 376-5329

Livingston
County Govt. Ctr.
6 Court St.
Room 104
Geneseo, NY 14454
(585) 243-7090

Madison
County Office Bldg.
N. Court St.
PO Box 666
Wampsville, NY
13163
(315) 366-2231

Monroe
39 Main St. W.
Rochester, NY 14614
(585) 753-1550

Montgomery
Old Courthouse
9 Park St.
PO Box 1500
Fonda, NY 12068
(518) 853-8180

Oswego
185 E. Seneca St.
Box 9
Oswego, NY 13126
(315) 349-8350

Otsego
Ste. 2
140 County Hwy. 33W
Cooperstown, NY
13326
(607) 547-4247

Oneida
Union Station
321 Main St.
3rd Fl.
Utica, NY 13501
(315) 798-5765

Onondaga
1000 Erie Blvd West
Syracuse, NY 13204
(315) 435-3312

Ontario
74 Ontario St.
Canandaigua, NY
14424
(585) 396-4005

Orange
75 Webster Ave.
PO Box 30
Goshen, NY 10924
(845) 360-6500

Saratoga
50 W. High St.
Ballston Spa, NY
12020
(518) 885-2249

Schenectady
2696 Hamburg St.
Schenectady, NY
12303
(518) 377-2469

Schoharie
County Office Bldg.
284 Main St.
PO Box 99
Schoharie, NY 12157
(518) 295-8388

Schuyler
County Office Bldg.
105 9th St., Unit 13
Watkins Glen, NY
14891
(607) 535-8195

Seneca
One DiProrio Dr.
Waterloo, NY 13165
(315) 539-1760

Steuben
3 E. Fulton Sq.
Bath, NY 14810
(607) 664-2260

Suffolk
Yaphank Ave.
PO Box 700
Yaphank, NY 11980
(631) 852-4500

Tioga
1062 State Rte. 38
PO Box 306
Owego, NY 13827
(607) 687-8261

Tompkins
Court House Annex
128 E. Buffalo St.
Ithaca, NY 14850
(607) 274-5522

Ulster
79 Hurley Ave.
Suite 112
Kingston, NY 12401
(845) 334-5470

Warren
Cnty. Municipal Ctr.
3rd Floor
Human Serv. Bldg
1340 St. Rte. 9
Lake George, NY
12845
(518) 761-6456

Washington
383 Broadway
Fort Edward, NY
12828
(518) 746-2180

Wayne
7376 State Rte. 31
PO Box 636
Lyons, NY 14489
(315) 946-7400

Westchester
25 Quarropas St.
White Plains, NY
10601
(914) 995-5700

Wyoming
4 Perry Ave.
Warsaw, NY 14569
(585) 786-8931

Yates
Ste. 1124
417 Liberty St.
Penn Yan, NY 14857
(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 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

City

Birth date

Eye color

Email

Zip code

Gender ☐ M ☐ F

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