



Заявление на получение пособия по уходу за детьми

Для получения более подробной информации о заполнении заявления и о документах, которые необходимо приложить к заявлению, прочтите инструкции (документ № CFWB-012A) и ознакомьтесь с контрольным перечнем документов (документ № CFWB-012B).

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Настоящее заявление может быть подано только на категорию 2* пособия по уходу за детьми (для семей, не получающих денежное пособие). Для подачи заявления на получение денежного пособия (Cash Assistance, CA), в том числе пособия по уходу за детьми (Child Care Assistance, CCA) 1-й категории (для семей, получающих денежное пособие), заполняется стандартная форма New York State Application for Certain Benefits and Services (LDSS-2921).

Обратите внимание. Форма считается заполненной при условии заполнения всех ее разделов, если только какой-либо раздел не обозначен прямо как необязательный. В случае незаполнения всех обязательных разделов этой формы вы не сможете претендовать на получение пособия по уходу за детьми.

Следующие заявители могут иметь право на получение пособия по уходу за детьми независимо от дохода, и им не нужно заполнять это заявление.

- Приемные родители, которые нуждаются в помощи по уходу за детьми, чтобы иметь возможность ходить на работу, и обращаются за помощью только в отношении приемного ребенка (детей).
- Семьи, получающие защитные или профилактические услуги.

Дополнительные сведения см. в инструкциях по заполнению заявления (документ № CFWB-012A)

Новое Изменение/переосвидетельствование Возобновление

ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Номер дела: _____

Дата заявления: _____

Раздел 1 — Заявитель

Фамилия (укажите в скобках все псевдонимы или девичью фамилию): _____ Имя: _____ Второй инициал: _____ Семейное положение: _____

Домашний адрес: _____ Номер квартиры: _____ Город/боро: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Это временный адрес? Да Нет Если «Да», проживает ли семья в настоящее время (отметьте один вариант): В приюте для бездомных Совместно с другой семьей В гостинице / отеле В автомобиле, автобусе, поезде
 В парке, кемпинге Другое

Номер телефона (рабочий): _____ Номер телефона (домашний): _____ Номер телефона (мобильный или другой): _____ Электронная почта: _____

Вы получаете денежное пособие (CA)? Да Нет Номер денежного пособия: _____ Укажите свой родной язык. Английский Испанский Другой: _____

Укажите предпочтительный язык Английский Испанский Другой: _____

Перечислите всех детей в своей семье, которым требуется уход (только детей, которым требуется уход).

Раздел 2 Дети, которым нужен уход	Фамилия, имя	Средний инициал	Кем приходится	Дата рождения	Пол	Проживают ли оба родителя дома?	Испаноязычные или латиноамериканцы**	Раса** (см. обозначение ниже)	Номер социального обеспечения (необязательно)	У ребенка есть инвалидность?	Является ли ребенок гражданином США, уроженцем США или лицом, которому присвоен соответствующий требованиям иммиграционный статус?
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											

* Категория 1. Семьи, имеющие право на гарантию ухода за ребенком — подача заявления на получение денежного пособия (CA), пособия по уходу за ребенком (Child Care Assistance, CCA) вместо денежного пособия (CA) или получение временного пособия по уходу за детьми.

Категория 2. Семьи, имеющие право на пособие при наличии финансирования.

** Сведения об этнической и расовой принадлежности предоставляются добровольно и не влияют на ваше право на получение пособия по уходу за детьми или на сумму помощи, которую вы получите от данного учреждения.

Коды расовой принадлежности:

AI Коренные американцы или коренные жители Аляски
AS Лица азиатского происхождения
BL Темнокожие или афроамериканцы
HP Коренные гавайцы или уроженцы тихоокеанских островов
WH Лица европеоидной расы

Перечислите всех других членов семьи (кроме указанных в Разделе 2A), включая детей моложе 18 лет, которым не требуются услуги по уходу за детьми. Сначала укажите себя, а затем перечислите всех членов семьи, которые проживают с вами.

Раздел 2B Члены семьи	Фамилия, имя (укажите в скобках все псевдонимы или девичьи фамилии)	Средний инициал	Кем приходится	Дата рождения	Пол	Половая идентичность** (необязательно)	Испаноязычные или латиноамериканцы**	Раса** (см. обозначение справа)	Номер социального обеспечения (необязательно)
	1.			Заявитель					
	2.								
	3.								
	4.								
	5.								
	6.								
	7.								
	8.								

Для дополнительных членов семьи приложите отдельный лист. Укажите сведения о любом живущем с вами в одном доме супруге, родителе или опекуне детей, которым требуется уход.

Коды расовой принадлежности:

- AI** Коренные американцы или коренные жители Аляски
- AS** Лица азиатского происхождения
- BL** Темнокожие или афроамериканцы
- HP** Коренные гавайцы или уроженцы тихоокеанских островов
- WH** Лица европеоидной расы

ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Число членов семьи: _____

** Сведения об этнической и расовой принадлежности предоставляются добровольно и не влияют на ваше право на получение пособия по уходу за детьми или на сумму помощи, которую вы получите от данного учреждения.

Раздел 3 Потребности детей и семьи	По какой причине вы подаете заявление на получение CCA? <input type="radio"/> Занятость <input type="radio"/> Профессиональное обучение / образование <input type="radio"/> Службы помощи жертвам домашнего насилия (Domestic Violence Services) <input type="radio"/> Поиск работы <input type="radio"/> Поиск жилья (бездомность) <input type="radio"/> Участие в одобренной программе лечения от алкогольной или наркотической зависимости	Проходит ли родитель действительную военную службу на условиях полной занятости в вооруженных силах США? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Проходит ли родитель в настоящее время службу в подразделении Национальной гвардии или военного резерва? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Кто-либо из родителей, проживающих отдельно, может обеспечить уход за ребенком? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	Получает ли заявитель в настоящее время пособие по уходу за детьми и/или подает заявление на получение пособия по уходу за детьми через другую организацию? Если «Да», укажите название организации: <input type="radio"/> Департамент образования г. Нью-Йорка (NYC Department of Education, DOE) <input type="radio"/> Управление трудовых ресурсов (Human Resources Administration, HRA) <input type="radio"/> Департамент по делам молодежи и общественного развития (Department of Youth and Community Development, DYCD) <input type="radio"/> Департамент по делам бездомных (Department of Homeless Services, DHS) <input type="radio"/> Консорциум по обучению рабочих (Consortium for Worker Education, CWE) <input type="radio"/> Управление по делам детей (Administration for Children's Services, ACS)
---------------------------------------	--	---	---

РАЗДЕЛ 3. ЗАНЯТОСТЬ (если причиной подачи заявления на получение пособия по уходу за детьми является «занятость»)	Имя работодателя (название компании) заявителя: _____ Номер телефона: _____ Адрес: _____ Город/боро: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Дата начала работы: _____ Работа посменная? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Предусмотрена ли обязательная сверхурочная работа? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет <i>При наличии у заявителя второй работы</i>
	Имя работодателя (название компании) заявителя: _____ Номер телефона: _____ Адрес: _____ Город/боро: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Дата начала работы: _____ Работа посменная? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Предусмотрена ли обязательная сверхурочная работа? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
	Второй родитель, опекун или приемный родитель в семье Имя работодателя (название компании) заявителя: _____ Номер телефона: _____ Адрес: _____ Город/боро: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Дата начала работы: _____ Работа посменная? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Предусмотрена ли обязательная сверхурочная работа? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет <i>При наличии у второго родителя, опекуна или приемного родителя в семье второй работы</i>
	Имя работодателя (название компании) заявителя: _____ Номер телефона: _____ Адрес: _____ Город/боро: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Дата начала работы: _____ Работа посменная? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Предусмотрена ли обязательная сверхурочная работа? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет

Раздел 4
График работы или иной деятельности либо затрачиваемое время на дорогу

Обычный график работы или иной деятельности (например, профессиональное обучение / образование)

Воскресенье		Понедельник		Вторник		Среда		Четверг		Пятница		Суббота	
с	до	с	до	с	до	с	до	с	до	с	до	с	до

Обычный график работы или иной деятельности второго родителя, опекуна либо приемного родителя в семье

Воскресенье		Понедельник		Вторник		Среда		Четверг		Пятница		Суббота	
с	до	с	до	с	до	с	до	с	до	с	до	с	до

Затрачиваемое время на дорогу Привезти. Затрачиваемое время на дорогу от поставщика услуг по уходу за ребенком до места работы / иной деятельности:

Отметьте один из следующих пунктов: 15 минут 30 минут 45 минут 1 час Более 1 часа. Продолжительность, если более 1 часа __ Общественный транспорт? Да Нет

Забрать. Затрачиваемое время на дорогу от места работы / иной деятельности до поставщика услуг по уходу за детьми:

Отметьте один из следующих пунктов: 15 минут 30 минут 45 минут 1 час Более 1 часа. Продолжительность, если более 1 часа __ Общественный транспорт? Да Нет

Супруг(-а) / другой родитель: Затрачиваемое время на дорогу от поставщика услуг по уходу за ребенком до места работы / иной деятельности:

Отметьте один из следующих пунктов: 15 минут 30 минут 45 минут 1 час Более 1 часа. Продолжительность, если более 1 часа __ Общественный транспорт? Да Нет

Забрать. Затрачиваемое время на дорогу от места работы / иной деятельности до поставщика услуг по уходу за детьми:

Отметьте один из следующих пунктов: 15 минут 30 минут 45 минут 1 час Более 1 часа. Продолжительность, если более 1 часа __ Общественный транспорт? Да Нет

Заполните график ниже, только если у родителя есть вторая смена, иная работа или деятельность

Воскресенье		Понедельник		Вторник		Среда		Четверг		Пятница		Суббота	
с	до	с	до	с	до	с	до	с	до	с	до	с	до

Заполняйте приведенный ниже график только в том случае, если у второго родителя, опекуна или приемного родителя в семье есть вторая смена, иная работа либо деятельность

Воскресенье		Понедельник		Вторник		Среда		Четверг		Пятница		Суббота	
с	до	с	до	с	до	с	до	с	до	с	до	с	до

Укажите, если вы или кто-либо из лиц, подающих заявление вместе с вами, получаете денежные средства из следующих источников. *Все необходимые документы перечислены в прилагаемом контрольном перечне (документ № CFWB-012B). ЗАПОЛНЯТЬ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ*

ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Раздел 5 Информация о доходе	Источники дохода	Да/Нет	Сумма (до вычета налогов)	Периодичность (еженедельно, каждые две недели, ежемесячно и т. д.)	Получатель	ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ	
						Тип документов	В пересчете на календарный месяц
	Оплата / заработная плата заявителя, включая сверхурочные, комиссии, обучающие программы, чаевые		\$		Заявитель		
	Оплата / заработная плата второго родителя, опекуна или приемного родителя в семье, включая сверхурочные, комиссии, обучающие программы, чаевые		\$				
	Чистый доход от индивидуального предпринимательства		\$				
	Алименты на содержание детей (полученные средства)		\$				
	Алименты / средства на содержание супруга(-и) (полученные средства)		\$				
	Страховые пособия по безработице, компенсация в связи с травмой на рабочем месте / профзаболеванием		\$				
	Выплаты по социальному обеспечению, включая дополнительное социальное пособие (Supplemental Security Income, SSI)		\$				
	Пособия по инвалидности (от штата Нью-Йорк, Управления по делам ветеранов (Veterans Affairs, VA), индивидуальные пособия)		\$				
	Арендная плата / доход от квартиранта или квартиросъемщика (полученные средства)		\$				
	Проценты / дивиденды от акций, облигаций, сберегательных счетов		\$				
	Пенсионное пособие / пенсия / ежегодные выплаты		\$				
	Денежное пособие (CA), льготы в рамках системы социальной защиты (Safety Net)		\$				
	Другое (указать):		\$				
	Совокупный доход		\$				

Раздел 6
Поставщик услуг

Если вы соответствуете критериям получения пособия по уходу за детьми за счет Фонда ухода за детьми и развития штата Нью-Йорк (New York State Child Care Block Grant), вы можете выбрать получение услуг по уходу за детьми в одном из центров программы или на дому. Если вы выбираете поставщика, который не лицензирован или официально не зарегистрирован, то выбранный поставщик должен быть зарегистрирован как нелицензируемый поставщик. Укажите ниже имя(-ена) и адрес(-а) выбранного вами поставщика(-ов). На приложенном листе можно указать дополнительные варианты.

Имя и фамилия: _____ Номер программы (если применимо): _____ Имя и фамилия: _____ Номер программы (если применимо): _____ Имя и фамилия: _____ Номер программы (если применимо): _____

Адрес: _____ Адрес: _____ Адрес: _____

Раздел 7
Засвидетельствование

- Я понимаю, что информация, которая содержится в данной форме, будет использована для определения моего права и права моей семьи на получение услуг / субсидии. Я понимаю, что, подписывая данную форму, я выражаю согласие на полное сотрудничество в любом расследовании для проверки или подтверждения предоставленных мною сведений, а также на проведение любого иного расследования в связи с моим заявлением на получение пособия по уходу за детьми. Если потребуется дополнительная информация, я ее предоставлю.
- В случае предоставления номеров социального обеспечения они могут быть использованы федеральными, местными органами или органами штата для предотвращения дублирования услуг и мошенничества, а также в целях федеральной отчетности.
- Я соглашаюсь незамедлительно информировать учреждение обо всех изменениях в моих потребностях, доходе, адресе, жилищных условиях, составе семьи, а также месте осуществления ухода за ребенком, лице, осуществляющем уход, размере вознаграждения и/или времени, в течение которого требуется уход за ребенком.
- Я заверяю, что все дети, для которых требуется пособие по уходу, являются гражданами или уроженцами Соединенных Штатов Америки либо имеют соответствующий требованиям иммиграционный статус. Я понимаю, что в случае необходимости информация об этих детях может быть передана в Службу иммиграции и натурализации (Immigration and Naturalization Service, INS) для проверки иммиграционного статуса. Я также понимаю, что использование или разглашение данной информации о детях разрешено только физическим и юридическим лицам, которые непосредственно участвуют в проверке иммиграционного статуса и следят за соблюдением положений программы предоставления пособий по уходу за детьми.
- Я понимаю, что данное заявление подается только для получения субсидии на оплату услуг по уходу за детьми. Для получения других услуг или пособий, в частности пособия по Программе дополнительной продовольственной поддержки (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Medicaid или получения денежного пособия (CA), необходимо подать дополнительные заявления. При этом данное заявление и любая информация, полученная в ходе соответствующего расследования, может быть передана любому городскому или федеральному учреждению или учреждению штата, в которое я подаю или подал(-а) заявку на получение любой другой помощи или пособий.
- Федеральное законодательство и законодательство штата предусматривают наказание в виде штрафа и/или лишения свободы за предоставление заведомо ложной информации при подаче заявления на получение пособия по уходу за детьми или при ответе на вопросы, задаваемые с целью установить право на получение такого пособия, а также за побуждение другого лица к предоставлению недостоверной информации в связи с подачей вами заявления или сохранением вашего права на получение пособия. Наказания также применяются за сокрытие или непредоставление сведений о наличии и сохранении права на получения пособия по уходу за детьми, а также за сокрытие или непредоставление сведений, которые могут повлиять на право лица, от чьего имени вы подали заявление, на получение или продолжение получения пособия по уходу за детьми. Если вы являетесь доверенным лицом, подающим заявление от имени другого человека, помощь по уходу за детьми должна использоваться для этого человека, а не для вас самих. Получение пособия по уходу за ребенком в результате сокрытия информации или предоставления ложной информации является правонарушением.
- Я подтверждаю, что размер средств моей семьи не превышает 1 000 000 долларов.

Согласно своей политике Управление по делам детей г. Нью-Йорка (New York City Administration for Children's Services, ACS) обязуется не допускать дискриминации по признаку расовой принадлежности, вероисповедания, возраста, цвета кожи, пола, религии, национального происхождения, статуса иностранца или гражданства, по причине физических или умственных нарушений, по признаку гендерной идентичности, сексуальной ориентации, беременности или семейного положения.

Вы можете получить информацию о своих правах и обязанностях по такому адресу: <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148A.pdf>.

Если у вас нет доступа к Интернету, вы можете позвонить в Управление по делам детей г. Нью-Йорка (Administration for Children's Services, ACS) по номеру (212) 835-7610 и попросить отправить вам по почте бумажные копии следующих буклетов.

LDSS-4148A: Что необходимо знать о ваших правах и обязанностях. **LDSS-4148B:** Что следует знать о программах социальных услуг. **LDSS-4148C:** Что необходимо знать в экстренной ситуации.

ЗАСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ. Под страхом наказания за дачу заведомо ложных сведений я клянусь и/или подтверждаю, что вся информация, которая предоставлена или будет предоставлена мною NYC ACS в отношении пособия по уходу за детьми, является верной. Мною прочитаны вышеуказанные и приложенные уведомления и их смысл мне понятен. Я понимаю и принимаю все условия, на которые я дал(-а) согласие выше.

Если в семье два родителя / опекуна, требуются подписи обоих.

Подпись родителя / опекуна: _____ Подпись родителя / опекуна: _____ Подпись родителя / опекуна: _____

Имя и фамилия (печатными буквами) _____ Дата: _____ Имя и фамилия печатными буквами: _____ Дата: _____ Имя и фамилия печатными буквами: _____ Дата: _____

Раздел 8
Только для служебного пользования

Разрешенные дни и часы ухода

Воскресенье		Понедельник		Вторник		Среда		Четверг		Пятница		Суббота	
с	до	с	до	с	до	с	до	с	до	с	до	с	до

Разрешенные дни и часы ухода при наличии второй смены, иной работы или деятельности (Заполняется, только если родитель заявляет в Разделе 5 о наличии у него второй смены, иной работы или деятельности)

Воскресенье		Понедельник		Вторник		Среда		Четверг		Пятница		Суббота	
с	до	с	до	с	до	с	до	с	до	с	до	с	до

Право на получение пособия определено и одобрено (фамилия и инициалы печатными буквами): _____ Дата: _____

Срок действия права с _____ по _____ Коды: RFC: _____ PR: _____ FS: _____

Другие дети (если есть)

Перечислите всех детей в своей семье, которым требуется уход (только детей, которым требуется уход).

Раздел 2 Дети, которым нужен уход	Фамилия, имя	Средний инициал	Кем приходится	Дата рождения	Пол	Проживают ли оба родителя дома?	Испаноязычные или латиноамериканцы**	Раса** (см. обозначение ниже)	Номер социального обеспечения (необязательно)	У ребенка есть инвалидность?	Является ли ребенок гражданином США, уроженцем США или лицом, которому присвоен соответствующий требованиям иммиграционный статус?	
	9.											
	10.											
	11.											
	12.											
	13.											
	14.											
	15.											
	16.											
	17.											
	18.											
	19.											
	20.											
	21.											
	22.											
	23.											
	24.											
	25.											
	26.											
	27.											
	28.											

* Категория 1. Семьи, имеющие право на гарантию ухода за ребенком — подача заявления на получение денежного пособия (CA), пособия по уходу за ребенком (Child Care Assistance, CCA) вместо денежного пособия (CA) или получение временного пособия по уходу за детьми.

Категория 2. Семьи, имеющие право на пособие при наличии финансирования.

** Сведения об этнической и расовой принадлежности предоставляются добровольно и не влияют на ваше право на получение пособия по уходу за детьми или на сумму помощи, которую вы получите от данного учреждения.

Коды расовой принадлежности:

- AI** Коренные американцы или коренные жители Аляски
- AS** Лица азиатского происхождения
- BL** Темнокожие или афроамериканцы
- HP** Коренные гавайцы или уроженцы тихоокеанских островов
- WH** Лица европеоидной расы

Другие члены семьи (если есть)

Перечислите всех других членов семьи (кроме указанных в Разделе 2A), включая детей моложе 18 лет, которым не требуются услуги по уходу за детьми. Сначала укажите себя, а затем перечислите всех членов семьи, которые проживают с вами.

Раздел 2B Члены семьи	Фамилия, имя <i>(укажите в скобках все псевдонимы или девичьи фамилии)</i>	Средний инициал	Кем приходится	Дата рождения	Пол	Испаноязычные или латиноамериканцы**	Раса** <i>(см. обозначение ниже)</i>	Номер социального обеспечения <i>(необязательно)</i>
	9.							
	10.							
	11.							
	12.							
	13.							
	14.							
	15.							
	16.							
	17.							
	18.							
	19.							
	20.							
	21.							
	22.							
	23.							
24.								
25.								
26.								
27.								
28.								

ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Число членов семьи: _____

** Сведения об этнической и расовой принадлежности предоставляются добровольно и не влияют на ваше право на получение пособия по уходу за детьми или на сумму помощи, которую вы получите от данного учреждения.

Коды расовой принадлежности:

- AI** Коренные американцы или коренные жители Аляски
- AS** Лица азиатского происхождения
- BL** Темнокожие или афроамериканцы
- HP** Коренные гавайцы или уроженцы тихоокеанских островов
- WH** Лица европеоидной расы

Другие поставщики (если есть)

Поставщик услуг	<p>Если вы соответствуете критериям получения пособия по уходу за детьми за счет Фонда ухода за детьми и развития штата Нью-Йорк (New York State Child Care Block Grant), вы можете выбрать получение услуг по уходу за детьми в одном из центров программы или на дому. Если вы выбираете поставщика, который не лицензирован или официально не зарегистрирован, то выбранный поставщик должен быть зарегистрирован как нелицензируемый поставщик. Укажите ниже имя(-ена) и адрес(-а) выбранного вами поставщика(-ов). На приложенном листе можно указать дополнительные варианты.</p> <p>Имя и фамилия: _____ Номер программы (если применимо): _____ Имя и фамилия: _____ Номер программы (если применимо): _____ Имя и фамилия: _____ Номер программы (если применимо): _____</p> <p>Адрес: _____ Адрес: _____ Адрес: _____</p>
Поставщик услуг	<p>Имя и фамилия: _____ Номер программы (если применимо): _____ Имя и фамилия: _____ Номер программы (если применимо): _____ Имя и фамилия: _____ Номер программы (если применимо): _____</p> <p>Адрес: _____ Адрес: _____ Адрес: _____</p>
Поставщик услуг	<p>Имя и фамилия: _____ Номер программы (если применимо): _____ Имя и фамилия: _____ Номер программы (если применимо): _____ Имя и фамилия: _____ Номер программы (если применимо): _____</p> <p>Адрес: _____ Адрес: _____ Адрес: _____</p>
Поставщик услуг	<p>Имя и фамилия: _____ Номер программы (если применимо): _____ Имя и фамилия: _____ Номер программы (если применимо): _____ Имя и фамилия: _____ Номер программы (если применимо): _____</p> <p>Адрес: _____ Адрес: _____ Адрес: _____</p>
Поставщик услуг	<p>Имя и фамилия: _____ Номер программы (если применимо): _____ Имя и фамилия: _____ Номер программы (если применимо): _____ Имя и фамилия: _____ Номер программы (если применимо): _____</p> <p>Адрес: _____ Адрес: _____ Адрес: _____</p>

Примечания о доходе

Департамент по вопросам благополучия семей и детей
(Division of Child and Family Well-Being)

Инструкции по заполнению заявления на категорию 2 пособия по уходу за ребенком (Child Care Assistance, CCA)*

Наличие CCA зависит от финансирования Фонда ухода за детьми и развития
(Child Care and Development Block Grant, CCDBG).

Уважаемый родитель(-и)/опекун(-ы)!

НАСТОЯЩЕЕ ЗАЯВЛЕНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПОДАНО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ ТОЛЬКО В КАЧЕСТВЕ СЕМЬИ ПО КАТЕГОРИИ 2

Если вы подаете заявление только на получение помощи по уходу за ребенком категории 2 (для семей, не получающих денежное пособие), вы можете воспользоваться этой сокращенной формой. Чтобы подать заявление на предоставление иных льгот, в том числе на получение денежного пособия (Cash Assistance, CA), на участие в Программе дополнительной продовольственной поддержки (Supplemental Nutrition Assistance Program) (продуктовые карточки), пособия на оплату электроэнергии, Medicaid или на участие в иных программах, в том числе на помощь по уходу за ребенком 1 категории (для семей, получающих денежное пособие), заполняется стандартная форма New York State Application for Certain Benefits and Services (LDSS-2921).

Подавая заявление на пособие по уходу за ребенком вместо формы New York State Application for Certain Benefits and Services (LDSS-2921), вы обращаетесь за предоставлением пособия по уходу за детьми только в рамках категории 2, т. е. только при наличии финансирования. Вы не подаете заявление на категорию 1, к которой относится гарантированное пособие по уходу за ребенком.

Приведенные ниже инструкции помогут вам заполнить заявление. При заполнении заявления все буквы должны быть четкими, печатными, заглавными (A, B, C) и нанесены синими или черными чернилами. В качестве альтернативы, вы можете заполнить форму в электронном виде, сохранить ее и затем распечатать.

К этому заявлению должны прилагаться документальные подтверждения дохода, адреса проживания и занятости.

ВСЕ НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ ПЕРЕЧИСЛЕНЫ В ПРИЛАГАЕМОМ КОНТРОЛЬНОМ ПЕРЕЧНЕ (ДОКУМЕНТ № CFWB-012B).

ПРОЧИТЕ ПЕРЕД ЗАПОЛНЕНИЕМ ЗАЯВЛЕНИЯ!

- ▶ Если вы получаете профилактические или защитные услуги по обеспечению благополучия ребенка или являетесь работающим приемным родителем, возможно, вы уже имеете право на получение помощи по уходу за детьми и вам не нужно заполнять это заявление. В таком случае попросите своего куратора дела выдать вам направление на получение пособия по уходу за детьми.
- ▶ Если вы получаете денежное пособие (CA), обратитесь за пособием по уходу за детьми в местный Центр трудоустройства Управления трудовых ресурсов (Human Resources Administration, HRA).

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ. Если хотя бы одно обязательное поле останется незаполненным, все заявление будет считаться незаполненным.

ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Поля серого цвета предназначены только для служебного использования. Не указывайте ничего в этих полях.

* Категория 1. Семьи, имеющие право на гарантию ухода за ребенком — подача заявления на получение денежного пособия (CA), пособия по уходу за ребенком (Child Care Assistance, CCA) вместо денежного пособия (CA) или получение временного пособия по уходу за детьми.

Категория 2. Семьи, имеющие право на пособие при наличии финансирования.

Укажите в правом верхнем углу, подаете ли вы новое заявление, запрашиваете изменение статуса / переосвидетельствование или возобновление своего дела.

РАЗДЕЛ 1

ЗАЯВИТЕЛЬ

Заявителем является взрослый родитель или опекун, запрашивающий пособие по уходу за ребенком (детьми). Если не указано иное, этот раздел должен содержать только следующую информацию о заявителе:

1. Укажите свою фамилию, имя и средний инициал. Укажите в скобках все псевдонимы или девичью фамилию.
 2. Укажите свое семейное положение (не женат / не замужем, женат/замужем, в разводе или вдова/вдовец).
 3. Укажите свой домашний адрес.
 4. Укажите, является ли адрес временным. Отметьте вариант «ДА», только если семья в настоящее время совместно проживает с другой семьей, проживает в приюте для бездомных, в гостинице / мотеле, в автомобиле / автобусе / поезде, в парке / кемпинге или в другом месте.
 5. Укажите свои номера телефонов (включая код города) — рабочий, домашний и мобильный/другой (если применимо).
 6. Укажите свой адрес электронной почты (необязательно).
 7. Укажите, получаете ли вы денежное пособие («ДА» — получаете, «НЕТ» — не получаете). (Если вы получаете CA, вам следует подать заявление на получение пособия по уходу за детьми через местный Центр занятости HRA.)
 8. Отметьте язык, на котором в вашей семье разговаривают чаще всего. Если выбран пункт «другой», впишите название языка.
 9. Отметьте язык, на котором вы предпочитаете общаться. Если выбран пункт «другой», впишите название языка.
- **ДОКУМЕНТЫ.** Все документы, которые должны быть приложены к заявлению от жителя г. Нью-Йорка, перечислены в прилагаемом контрольном перечне (документ № CFWB-012B).

РАЗДЕЛ 2А

ДЕТИ, КОТОРЫМ НУЖЕН УХОД

1. Укажите фамилию, имя и средний инициал каждого ребенка в семье, в отношении которого вы подаете заявление на получение пособия по уходу за детьми.
 2. Укажите, кем вам приходится каждый из детей, в отношении которых вы подаете заявление (например, ребенок).
 3. Укажите дату рождения и отметьте пол каждого ребенка в списке.
 4. Укажите, проживают ли в доме оба родителя ребенка.
 5. Для каждого из детей, в отношении которых вы подаете заявление, укажите, является ли такой ребенок испаноговорящим или латиноамериканцем («ДА» — является, «НЕТ» — не является). Сведения об этнической принадлежности предоставляются добровольно и не влияют на ваше право на получение пособия по уходу за детьми или на сумму помощи, которую вы получите от данного учреждения.
 6. Заполните колонку «Раса» для каждого ребенка, которому требуется уход. Вы можете выбрать несколько категорий расы для одного ребенка. Сведения о расовой принадлежности предоставляются добровольно и не влияют на ваше право на получение пособия по уходу за детьми или на сумму помощи, которую вы получите от данного учреждения. Используйте приведенные ниже коды.

AI — коренной житель Америки или Аляски	AS — выходец из Азии	BL — темнокожий или афроамериканец
HP — коренной житель Гавайских островов или островов Тихого океана	WH — европеоидная раса	
 7. Предоставьте документ, подтверждающий номер социального обеспечения (Social Security Number, SSN). Вы не обязаны указывать номера социального обеспечения. Номера социального обеспечения могут быть использованы федеральными, местными органами или органами штата для предотвращения дублирования услуг и мошенничества, а также в целях федеральной отчетности.
 8. Укажите наличие / отсутствие инвалидности у ребенка, которому требуется уход («ДА» — есть, «НЕТ» — нет)¹. Если установлено, что ваш ребенок соответствует критериям получения пособия по уходу за детьми, перейдите на страницу <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> для получения формы Заявления для лиц с особыми потребностями.
 9. Укажите, является ли каждый ребенок, которому требуется уход, гражданином США, уроженцем США или лицом, которому присвоен соответствующий требованиям иммиграционный статус («ДА» — является, «НЕТ» — не является).
 10. Приложите отдельный лист для 9-го ребенка и последующих детей (если вы запрашиваете пособие по уходу за детьми в отношении более чем восьми детей).
- **ДОКУМЕНТЫ.** Документы, необходимые для получения гражданства / иммиграционного статуса только для ребенка (детей), которому требуется уход, перечислены в контрольном перечне (документ № CFWB-012B).

¹ В соответствии с разделом 602 Закона об образовании лиц с инвалидностью (Individuals with Disabilities Education Act) (20 U.S.C. 1401), частью С (20 U.S.C. 1431 et seq.) и разделом 504 Закона о реабилитации (Rehabilitation Act) от 1973 г. (29 U.S.C. 794) ребенок с инвалидностью или особыми потребностями — это ребенок, неспособный позаботиться о себе, у которого врач, лицензированный или сертифицированный психолог либо другой специалист, имеющий соответствующие полномочия, диагностировал одно или несколько из следующих нарушений такой степени, которая неблагоприятно влияет на способность ребенка нормально функционировать: нарушение зрения, глухота или другие нарушения слуха, ортопедические нарушения, эмоциональные нарушения, умственная отсталость, неспособность к обучению, нарушение речи, расстройство здоровья, аутизм, множественные недостатки, черепно-мозговая травма, слепоглухота либо другие нарушения здоровья.

РАЗДЕЛ 2В

ЧЛЕНЫ СЕМЬИ

1. Член семьи — это любой другой член вашей семьи, включая детей, которым не требуются услуги по уходу за детьми. Сначала укажите себя, а затем всех лиц, проживающих с вами, включая второго родителя ребенка, опекуна и приемного родителя, если применимо. Опекуном может быть законный опекун, родственник-опекун или любое другое лицо, заменяющее родителей ребенка. Укажите фамилию, имя и средний инициал, если применимо.
 2. Укажите, кем вам приходится каждое из приведенных лиц (например, супруг(-а), близкий человек, бабушка/дедушка, родитель и т. д.).
 3. Укажите дату рождения и отметьте пол каждого члена семьи.
 4. Укажите свою половую идентичность печатными буквами. Для этого можете использовать слова, которые описывают вас наилучшим образом. Гендерная идентичность — это то, как вы себя определяете и называете: мужчиной, женщиной, сочетанием обоих или ни тем, ни другим. Ваш гендер может или не может совпадать с вашим полом при рождении. Этот вопрос не является обязательным. Ваш ответ или же отказ его предоставить никак не повлияет на ваши права.
 5. В отношении каждого из членов семьи укажите, является ли такое лицо испаноговорящим или латиноамериканцем («ДА» — является, «НЕТ» — не является). Сведения об этнической принадлежности предоставляются добровольно и не влияют на ваше право на получение пособия по уходу за детьми или на сумму помощи, которую вы получите от данного учреждения.
 6. Заполните столбец «Раса» для каждого члена семьи. Вы можете выбрать несколько категорий расы для одного члена семьи. Сведения о расовой принадлежности предоставляются добровольно и не влияют на ваше право на получение пособия по уходу за детьми или на сумму помощи, которую вы получите от данного учреждения. Используйте приведенные ниже коды.
AI — коренной житель Америки или Аляски **AS** — выходец из Азии **BL** — темнокожий или афроамериканец
HP — коренной житель Гавайских островов или остро-вов Тихого океана **WH** — европеоидная раса
 7. Введите номера социального обеспечения (SSN) членов своей семьи. SSN указывать необязательно. SSN может быть использован федеральными, местными органами или органами штата для предотвращения дублирования услуг и мошенничества, а также в целях федеральной отчетности.
 8. Если ваша семья состоит из 9 и более человек, приложите отдельный лист с информацией о 9-ом и всех последующих членах семьи.
- ▶ **ДОКУМЕНТЫ.** Документы, которые необходимы для всех членов семьи в возрасте до 18 лет (независимо от того, требуются ли таким лицам услуги по уходу за детьми или нет) для подтверждения степени родства ребенка с родителем / заявителем и для подтверждения возраста ребенка, перечислены в прилагаемом контрольном перечне (документ № CFWB-012B).

РАЗДЕЛ 3

Потребности детей и семьи

1. Укажите причину(-ы) подачи заявления на получение пособия по уходу за детьми, отметив соответствующее(-ие) поле(-я).
 - Занятость
 - Профессиональное обучение / образование
 - Службы помощи жертвам домашнего насилия (Domestic Violence Services)
 - Поиск работы
 - Бездомность
 - Участие в одобренной программе лечения от алкогольной или наркотической зависимости
 2. Укажите, может ли родитель, проживающий отдельно, обеспечить уход за ребенком («ДА» — может, «НЕТ» — не может).
 3. Укажите, проходит ли родитель действительную военную службу на условиях полной занятости в вооруженных силах США («ДА» — проходит, «НЕТ» — не проходит). Это поле обязательно для заполнения.
 4. Укажите, проходит ли родитель в настоящее время службу в подразделении Национальной гвардии или военного резерва («ДА» — проходит, «НЕТ» — не проходит). Это поле обязательно для заполнения.
 5. Укажите, получает ли заявитель пособие по уходу за детьми и/или подает заявление на получение пособия по уходу за детьми через другую организацию (если «ДА», выберите организацию).
- ▶ **ДОКУМЕНТЫ.** Все необходимые документы в отношении каждой из причин подачи заявления на получение пособия по уходу за детьми перечислены в прилагаемом контрольном перечне (документ № CFWB-012B). Подтверждающие документы об отношении к военной службе не требуются. Заявитель должен предоставить подтверждающие документы о доходах, полученных за время службы в вооруженных силах США.

РАЗДЕЛ 4

ЗАНЯТОСТЬ

(Заполняется для каждого работающего родителя, опекуна или приемного родителя в семье, если причиной подачи заявления на получение пособия по уходу за детьми является занятость либо вы получаете доход от работы по найму.)

1. Укажите имя работодателя (название компании), адрес и номер телефона заявителя.
 2. Укажите дату начала работы.
 3. Укажите, работаете ли вы посменно (скользящий график работы) и/или для вас предусмотрена обязательная сверхурочная работа.
 4. Если применимо, укажите имя работодателя (название компании), адрес и номер телефона второго родителя, опекуна или приемного родителя в семье.
 5. Если применимо, укажите дату начала работы второго родителя, опекуна или приемного родителя в семье.
 6. Если применимо, укажите, работает ли второй родитель, опекун или приемный родитель в семье посменно и/или для него/нее предусмотрена обязательная сверхурочная работа, отметив соответствующее поле.
- **ДОКУМЕНТЫ.** Все необходимые документы в отношении занятости перечислены в прилагаемом контрольном перечне (документ № CFWB-012B).

РАЗДЕЛ 5

ГРАФИК РАБОТЫ ИЛИ ИНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛИБО ЗАТРАЧИВАЕМОЕ ВРЕМЯ НА ДОРОГУ

(Заполняется для каждого родителя, опекуна или приемного родителя в семье, который работает или учится в профессионально-техническом или другом образовательном учреждении.)

1. Укажите обычные часы работы или иной деятельности для каждого дня недели. Укажите время в формате AM/PM (до полудня / после полудня).
2. При наличии у вас второй смены, иной работы или деятельности укажите соответствующий дополнительный график(-и).
3. Если применимо, укажите обычные часы работы для каждого дня недели для второго родителя, опекуна или приемного родителя в семье.
4. При наличии у второго родителя, опекуна или приемного родителя в семье второй смены, иной работы или деятельности укажите соответствующий дополнительный график(-и).
5. Укажите продолжительность пути для заявителя от места работы или иной деятельности до поставщика услуг по уходу за детьми и обратно.
6. Укажите, пользуется ли заявитель общественным транспортом, чтобы добираться от места работы или иной деятельности до поставщика услуг по уходу за детьми и обратно.
7. Если применимо, укажите время, которое требуется второму родителю, опекуну или приемному родителю в семье, чтобы добираться от места работы или иной деятельности до поставщика услуг по уходу за детьми и обратно.
8. Укажите, пользуется ли второй родитель, опекун или приемный родитель в семье общественным транспортом, чтобы добираться от места работы или иной деятельности до поставщика услуг по уходу за детьми и обратно.

РАЗДЕЛ 6

ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДЕ

В этом разделе указывайте доходы только в тех строках, где указаны статьи дохода, непосредственно относящиеся к вам или члену вашей семьи. Укажите информацию о своих доходах / пособиях и доходах / пособиях любых других взрослых членов семьи, включая вашего(-у) супруга(-у), проживающего(-ую) с вами, или взрослого, который(-ая) живет с вами и с которым(-ой) у вас есть хотя бы один общий ребенок. Также укажите информацию о доходах / пособиях любого лица в возрасте до 18 лет, которое несет юридическую ответственность за ребенка или детей, которым требуется уход.

1. Отметьте () «Да» или «Нет» в отношении себя и любого лица, которое проживает с вами, в отношении каждого вида дохода.
2. Для каждого ответа «Да» укажите сумму в долларах, как часто она поступает, а также имя лица, получающего доход.
3. В заявлении необходимо указать весь доход.
4. Если вы указали, что получаете CA, вам следует подать заявление на получение пособия по уходу за детьми через местный Центр занятости HRA.
5. Если вы не знаете, где указать тип получаемого дохода, укажите его в графе «Другой».

► **ДОКУМЕНТЫ.** Все необходимые документы в отношении дохода перечислены в прилагаемом контрольном перечне (документ № CFWB-12B).

РАЗДЕЛ 7

ПОСТАВЩИК УСЛУГ

1. Если вы соответствуете критериям получения пособия по уходу за детьми за счет Фонда ухода за детьми и развития штата Нью-Йорк (New York State Child Care Block Grant), вы можете выбрать получение услуг по уходу за детьми в одном из центров программы или на дому.
2. Если вы знаете поставщика услуг или программу, к которому или в которую вы хотели бы записать своего ребенка, укажите название, адрес и номер программы ACS (если применимо).

РАЗДЕЛ 8

ЗАСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ

Внимательно прочитайте раздел «Заверение» и подпишите его. Если заявитель заполняет заявление от имени другого лица, заявитель должен подписать документ собственноручно. Если семья состоит из двух родителей, **заявление должны подписать оба родителя.**

Подписывая заявление, вы заверяете, что ваши совокупные семейные ресурсы не превышают 1 000 000 долларов. Примеры семейных ресурсов: наличные денежные средства, накопления и банковские счета до востребования, ваш дом, недвижимое имущество, машины, акции, облигации, паевые инвестиционные фонды, счета пенсионных отчислений, план 401(k), рента, трастовый фонд, страхование жизни, содержание банковских ячеек и т. д.

РАЗДЕЛ 9

ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Не заполняйте этот раздел. Этот раздел предназначен для сотрудников, которые определяют право вашей семьи на получение пособия по уходу за детьми.

ИНФОРМАЦИЯ О РЕГИСТРАЦИИ В КАЧЕСТВЕ ИЗБИРАТЕЛЯ

Последняя страница Заявления на пособие по уходу за детьми является заявлением о регистрации в качестве избирателя. Если вам требуется содействие в заполнении регистрационной формы избирателя, позвоните по номеру 311. Подача заявки на регистрацию в качестве избирателя или отказ сделать это не повлияет на ваше право на получение пособия по уходу за детьми или на сумму помощи, которую вы получите от данного учреждения.

ИНФОРМАЦИЯ О ПРАВАХ И ОБЯЗАННОСТЯХ

Вы можете получить информацию о своих правах и обязанностях по такому адресу: <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148a.pdf>.

Если у вас нет доступа к Интернету, вы можете позвонить в ACS г. Нью-Йорка по номеру (212) 835-7610 и попросить отправить вам по почте бумажные копии буклетов с описанием ваших прав и обязанностей.

- **LDSS-4148A:** Что надо знать о своих правах и обязанностях.
- **LDSS-4148B:** Что следует знать о программах социальных услуг.
- **LDSS-4148C:** Что необходимо знать в экстренной ситуации.

Контрольный перечень для подачи нового заявления на получение пособия по уходу за детьми

К заявлению на получение пособия по уходу за детьми (форма CFWB-012) должна прилагаться соответствующая подтверждающая документация.

Убедитесь, что по каждому применяемому к вам пункту предоставлена соответствующая документация.

1. ЗАЯВЛЕНИЕ (ФОРМА CFWB-012)

Убедитесь, что все разделы заполнены, в том числе:

- если семья состоит из двух родителей, удостоверьтесь, что заявление подписано обоими родителями; отношение к военной службе (Раздел 3); затрачиваемое время на дорогу (Раздел 5).

2. ПРОЖИВАНИЕ В Г. НЬЮ-ЙОРКЕ

Копия одного из следующих документов:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Водительское удостоверение | <input type="radio"/> Справка от Управления жилищного хозяйства г. Нью-Йорка (NYC Housing Authority, NYCHA) | <input type="radio"/> Действующий договор аренды |
| <input type="radio"/> Идентификационная карта жителя Нью-Йорка (IDNYC) | <input type="radio"/> Счет за коммунальные услуги с указанием вашего текущего адреса (например, за электричество, газ, отопление, мазут, воду, Wi-Fi, Интернет, кабельное ТВ или стационарный телефон)* | |
| <input type="radio"/> Письмо о назначении пособия по разделу 8 | <input type="radio"/> Договор аренды или справка об ипотеке с указанием вашего адреса* | |
| <input type="radio"/> Форма подтверждения места жительства CFWB-067 | <input type="radio"/> Форма подтверждения места жительства CFWB-027 с указанием вашего адреса | |
| <input type="radio"/> Письмо о подтверждении места жительства в приюте с указанием вашего адреса | <input type="radio"/> Другое: _____ | |

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ. Если документ, указанный в поле «Другое» не подходит, представитель ACS уведомит заявителя об этом.

Срок действия документов должен быть актуальным.

Документы, отмеченные звездочкой (*), должны быть выданы не более чем за 60 дней до дня их подачи.

3. ТОЛЬКО ДЛЯ РЕБЕНКА (ДЕТЕЙ), КОТОРОМУ(-ЫМ) ТРЕБУЕТСЯ УХОД: ГРАЖДАНСТВО / ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС

Копия одного из следующих документов:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Действительное свидетельство о рождении в США | <input type="radio"/> Регистрационная карта иностранца, включая разрешение на постоянное проживание или грин-карту |
| <input type="radio"/> Паспорт гражданина США | <input type="radio"/> Справка о рождении гражданина США за границей (FS-240) |
| <input type="radio"/> Свидетельство о натурализации | <input type="radio"/> Другое: _____ |

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ. Если документ, указанный в поле «Другое» не подходит, представитель ACS уведомит заявителя об этом.

4. СТЕПЕНЬ РОДСТВА РЕБЕНКА С РОДИТЕЛЕМ / ЗАЯВИТЕЛЕМ

Копия одного из следующих документов для всех детей в возрасте до 18 лет в семье, независимо от того, требуется ли ребенку уход:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Свидетельство о рождении | <input type="radio"/> Документы об усыновлении / удочерении |
| <input type="radio"/> Документы о крещении | <input type="radio"/> Постановление суда для законного опекуна, несущего финансовую ответственность за ребенка (детей) |
| <input type="radio"/> Паспорт с подписью родителя | <input type="radio"/> Другое (заполните форму заверения опекуна CFWB-058) |

5. ВОЗРАСТ

Копия одного из следующих документов для всех детей в возрасте до 18 лет в семье, независимо от того, требуется ли ребенку уход:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Свидетельство о рождении | <input type="radio"/> Документы об усыновлении / удочерении |
| <input type="radio"/> Документы о крещении | <input type="radio"/> Регистрационная карта иностранца |
| <input type="radio"/> Паспорт | <input type="radio"/> Официальные документы о рождении ребенка из больницы |

6. ДОХОД

Все заявители, подающие форму CFWB-012, должны предоставить подтверждающую документацию о доходах независимо от причины подачи заявления на получение пособия по уходу за детьми.

Для работающих по найму

- Форма CFWB-015 — запрос работодателю о предоставлении сведений о доходе работника

ИЛИ

Квитанции о начислении заработной платы (раз в две недели = каждые две недели; раз в полмесяца = два раза в месяц)

- Еженедельно — 4 последних последовательных квитанции о начислении заработной платы, если валовая сумма одинакова.
- Еженедельно — 12 последних последовательных квитанций о начислении заработной платы, если валовая сумма не одинакова.
- Раз в две недели / два раза в месяц — 2 последние последовательные квитанции о начислении заработной платы, если валовая сумма одинакова.
- Раз в две недели / два раза в месяц — 6 последних последовательных квитанций о начислении заработной платы, если валовая сумма не одинакова.

Для получения форм и инструкций по заполнению заявления перейдите на страницу <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page>.

Для получения дополнительной информации звоните по номеру 311 или 212-835-7610.

Для самозанятых

- Если вы занимаетесь индивидуальной трудовой деятельностью не менее 1 года, предоставьте актуальную, заполненную и подписанную форму 1040, приложение 1 (для формы 1040), А ТАКЖЕ один из нижеперечисленных документов, в зависимости от типа вашей деятельности.
- Для индивидуального предпринимателя: приложение С (для формы 1040 и сопутствующая форма 1099).
- Для корпорации с совместным налогообложением и компании с ограниченной ответственностью: форма 1120-S.
- Для товарищества с ограниченной ответственностью: форма 1065.
- Если вы занимаетесь индивидуальной трудовой деятельностью более 1 года, но у вас нет актуальной формы 1040 из-за того, что вы подали заявление на продление срока, предоставьте заполненную и подписанную форму 4868, А ТАКЖЕ деловую документацию за три месяца, которая ведется для целей налогообложения.
- Если вы занимаетесь индивидуальной трудовой деятельностью менее 1 года, предоставьте подтверждение информации о доходе от самостоятельной предпринимательской деятельности (форму CFWB-031), А ТАКЖЕ деловую документацию за три месяца.
- Если вы занимаетесь индивидуальной трудовой деятельностью менее 3 месяцев, предоставьте подтверждение информации о доходе от самостоятельной предпринимательской деятельности (форму CFWB-031), А ТАКЖЕ деловую документацию за каждый месяц индивидуальной занятости.

Прочие виды дохода

- Для дохода от социального обеспечения (Supplemental Security Income, SSI), пособий социального обеспечения при потере трудоспособности (Social Security Disability, SSD), пособий по безработице, аренды, пенсий, аннуитетов, компенсаций работникам: предоставьте документ, подтверждающий этот источник дохода. Например, последний чек, квитанцию о начислении платы или письмо о назначении пособия. Не нужно указывать SSI, если его получает ваш ребенок. Если сумма одинакова каждый месяц, вы должны предоставить документы за один месяц. Если сумма разная каждый месяц, вы должны предоставить документы за 3 месяца. Если вы считаете, что предыдущие 3 месяца не отражают ваш стандартный доход из этого источника, вы можете предоставить документы за 6 месяцев. Последний чек, квитанция о начислении платы и письмо о назначении пособия должны быть датированы не позднее 30 дней с даты подачи заявления.
- Для алиментов и помощи по содержанию детей: предоставьте документы, если у вас есть соглашение, письмо о назначении пособия или копия чеков. Если сумма одинакова каждый месяц, вы должны предоставить документы за один месяц. Если сумма разная каждый месяц, вы должны предоставить документы за 3 месяца. Если вы считаете, что предыдущие 3 месяца не отражают ваш стандартный доход из этого источника, вы можете предоставить документы за 6 месяцев. Последнее соглашение, письмо о назначении пособия и чек должны быть датированы не позднее 30 дней с даты подачи заявления.

7. ПРИЧИНА ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ

Заявитель должен предоставить документальное подтверждение одной из следующих причин подачи заявления на получение пособия по уходу за детьми.

a. Работа минимум 10 часов в неделю с заработной платой не ниже минимальной

- Необходимые документы в отношении работы по найму и/или самозанятости см. в разделе «Доход» выше.

b. Профессиональное обучение / образование

Профессионально-техническое училище, колледж с двухгодичным курсом обучения или колледж с четырехгодичным курсом обучения (один из следующих документов).

- Форма CFWB-005 с печатью учебного заведения.
- Также допускается предоставление письма от учебного заведения или образовательного учреждения на официальном бланке, но оно должно содержать всю необходимую информацию, отраженную в форме CFWB-005.

c. Поиск работы (один из следующих документов)

- Форма CFWB-026 — Отчет о попытках трудоустройства
- Утвержденный план поиска работы от Департамента труда штата Нью-Йорк (NYS Department of Labor)
- Подтверждение получения страхового пособия по безработице

d. Поиск жилья (бездомность) (один из следующих документов)

- Письмо о подтверждении места жительства в приюте (если вы проживаете в приюте, включая гуманитарные центры по оказанию чрезвычайной помощи) ИЛИ
- Форма подтверждения места жительства CFWB-027 (если вы живете с кем-то в помещении, не предназначенном для проживания людей, в гостинице, мотеле, т. д.).

e. Подтверждение факта домашнего насилия (от Службы помощи жертвам домашнего насилия)

- Подтверждение получения услуг в связи с домашним насилием

f. Направление на программу лечения алкогольной или наркотической зависимости (от поставщика услуг по лечению от алкогольной или наркотической зависимости)

- Направление на лечение от алкогольной или наркотической зависимости.

Для получения форм и инструкций по заполнению заявления перейдите на страницу <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page>.

Для получения дополнительной информации звоните по номеру 311 или 212-835-7610.

Как подать заявление

Заполните форму заявления на получение пособия по уходу за детьми (CFWB-012), соберите все необходимые документы, подтверждающие размер семьи, место жительства, доход и причину подачи заявления на получение пособия по уходу за детьми. Перед отправкой формы заявления обязательно пройдите по прилагаемому контрольному перечню, чтобы убедиться, что форма заполнена надлежащим образом.

После завершения проверки отправьте заполненную форму заявления и необходимую документацию по указанному ниже адресу для рассмотрения:

NYC Children — EDU
PO Box 40
Maplewood, NJ 07040

Все документы должны быть отправлены почтовой службой США. Отправка документов на абонентский ящик через Fedex или UPS запрещается.

Если у вас есть вопросы по поводу заполнения формы заявления, позвоните в справочный центр Управления по делам детей (ACS) по номеру 212-835-7610.



ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Jess Dannhauser
Руководитель

66 John Street
8th Floor
New York, NY 10038

Кому: всем родителям / опекунам, подающим заявление на получение пособия по уходу за детьми

Тема: иммиграционный статус

ДЛЯ НЕКОТОРЫХ ПРОГРАММ ТРЕБУЕТСЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ТОГО, ЧТО ВАШ РЕБЕНОК, КОТОРОМУ ТРЕБУЕТСЯ УХОД, ЯВЛЯЕТСЯ ГРАЖДАНИНОМ США, УРОЖЕНЦЕМ США ИЛИ ЛИЦОМ, КОТОРОМУ ПРИСВОЕН СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ТРЕБОВАНИЯМ ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС.

У ВАС НЕ СПРОСЯТ ДОКУМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ВАШ ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС ИЛИ ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС ДРУГОГО ЧЛЕНА СЕМЬИ, КРОМЕ РЕБЕНКА (ДЕТЕЙ), КОТОРОМУ ТРЕБУЕТСЯ УХОД.

Просим посетить веб-сайт
www.nyc.gov/acs.

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: 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)

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