

طلب إعانة رعاية الطفل

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

تنبيه: يُستخدم هذا الطلب للتقديم على إعانة رعاية الطفل من الفئة 2 أو 3 فقط (للأسر التي لا تتلقى المساعدة المالية). للتقديم من أجل الحصول على المساعدة المالية أو مخصصات أخرى، بما في ذلك إعانة رعاية الطفل من الفئة 1 (للأسر التي تتلقى المساعدة المالية)، يجب عليك استخدام طلب الحصول على بعض مخصصات وخدمات ولاية نيويورك (New York State Application for Certain Benefits and Services) (LDSS-2921).

يُرجى الملاحظة: يجب ملء جميع أقسام هذا النموذج حتى يصبح مكتملاً إلا إذا كان القسم معرفاً على أنه اختياري. إذا لم تكمل جميع الأقسام المطلوبة في هذا النموذج، فقد لا يتم النظر في حصولك على إعانة رعاية الطفل.

يمكن أن يكون مقدمو الطلبات التالون مؤهلين للحصول على إعانة رعاية الطفل بغض النظر عن الدخل ولا يحتاجون إلى إكمال هذا الطلب: أولياء الأمور المُقدمون للرعاية البديلة الذين يحتاجون إلى إعانة رعاية الطفل للسماح لهم بالعمل ويتقدمون فقط لإعانة من أجل الطفل (الأطفال) المشمول في الرعاية البديلة. الأسر التي تتلقى خدمات وقاية أو حماية.

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

OFFICE USE ONLY Case #: Application Date:

الاسم الأخير (يُرجى وضع أي أسماء مستعارة أو أسماء العائلة قبل الزواج بين قوسين): _____ الاسم الأول: _____ الحرف الأول من الاسم الأوسط: _____ الحالة الاجتماعية: _____

عنوان المنزل: _____ رقم الشقة: _____ المدينة/المنطقة الإدارية: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

هل هذا عنوان مؤقت؟ نعم لا إذا أُجبت بنعم، هل تسكن العائلة الآن في (اختر واحداً): ماوى للمشردين تتشارك السكن مع أسرة أخرى فندق/موتيل سيارة، حافلة، قطار حديقة، موقع تخيم غير ذلك

رقم الهاتف (لمكان العمل): _____ رقم الهاتف (للمنزل): _____ رقم الهاتف (المحمول أو غير ذلك): _____ البريد الإلكتروني: _____

هل تتلقى المساعدة المالية؟ نعم لا رقم حالة المساعدة المالية (CA): _____ ما هي لغتك الأولى؟ الإنجليزية الإسبانية غير ذلك

ما هي لغتك المفضلة؟ الإنجليزية الإسبانية غير ذلك

القسم 1 - مقدم الطلب

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

الاسم (الأخير، الأول)	الحرف الأول من الاسم الأوسط	صلة القرابة	تاريخ الميلاد	الجنس	هل يُقيم ولداً أمر الطفل في المنزل؟	من أصل هسباني أو لاتيني**	العرق** (انظر مفاتيح الاختصارات أدناه)	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	هل الطفل مصاب بإعاقة؟	هل الطفل من مواطني الولايات المتحدة/من رعاياها/ أو شخص له حالة هجرة مقبولة؟
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										

القسم 2 - الطفل (الأطفال) المحتاج إلى الرعاية

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

الفئة 2: تكون العائلات مؤهلة عندما يكون التمويل متاحاً

الفئة 3: تكون العائلات مؤهلة عندما يكون التمويل متاحاً وعندما تكون إدارة خدمات الأطفال (ACS) قد وضعتهم ضمن خطة خدمات الأطفال والعائلات الخاصة بها

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

رموز الانتماء العرقي:

AI من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان الاسكا الأصليين

AS أسوي

BL أسود أو أمريكي من أصل إفريقي

HP من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادي الأصليين

WH أبيض



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

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

أفراد الأسرة
القسم 2 ب

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

OFFICE USE ONLY Family Size _____

هل أنت ولي الأمر حاليًا يخدم بدوام كامل في الجيش الأمريكي؟	<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا
هل أنت ولي الأمر حاليًا يخدم في الحرس الوطني أو وحدة قوات الاحتياط العسكرية؟	<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا
هل يوجد ولي أمر غير حاضن متفرغ لتقديم رعاية الطفل؟	<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا

ما هو سبب طلبك لإعانة رعاية الطفل؟

العمل

التدريب المهني/الأنشطة التعليمية

تلقي خدمات مكافحة العنف المنزلي

البحث عن عمل التشرذم

المشاركة في برنامج معتمد لعلاج إدمان المخدرات

هل يتلقى مقدم الطلب رعاية طفل و/أو يتقدم للحصول عليها عبر طلب آخر؟
 إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى تحديد الوكالة:

إدارة التعليم (DOE)

إدارة الموارد البشرية (HRA)

إدارة تنمية الشباب والمجتمع (DYCD)

إدارة خدمات المشردين (DHS)

اتحاد تعليم العمال (CWE)

إدارة خدمات الأطفال (ACS)

احتياجات الطفل/العائلة
القسم 3

اسم صاحب العمل الخاص بمقدم الطلب:	رقم الهاتف:	المدينة/المنطقة الإدارية:	الولاية:	الرمز البريدي:
تاريخ بدء العمل:	هل مناوبة وظيفتك متغيرة؟ <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	هل تتطلب وظيفتك ساعات عمل إضافية؟ <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا		
اسم صاحب العمل الخاص بمقدم الطلب:	رقم الهاتف:	المدينة/المنطقة الإدارية:	الولاية:	الرمز البريدي:
تاريخ بدء العمل:	هل مناوبة وظيفتك متغيرة؟ <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	هل تتطلب وظيفتك ساعات عمل إضافية؟ <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا		
اسم صاحب العمل الخاص بمقدم الطلب:	رقم الهاتف:	المدينة/المنطقة الإدارية:	الولاية:	الرمز البريدي:
تاريخ بدء العمل:	هل مناوبة وظيفتك متغيرة؟ <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	هل تتطلب وظيفتك ساعات عمل إضافية؟ <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا		
اسم صاحب العمل الخاص بمقدم الطلب:	رقم الهاتف:	المدينة/المنطقة الإدارية:	الولاية:	الرمز البريدي:
تاريخ بدء العمل:	هل مناوبة وظيفتك متغيرة؟ <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	هل تتطلب وظيفتك ساعات عمل إضافية؟ <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا		

ولى الأمر الثاني أو القائم على الرعاية أو زوج الأم/زوجة الأب في الأسرة

إذا كان مقدم الطلب لديه وظيفة ثانية

إذا كان ولى الأمر الثاني أو القائم على الرعاية أو زوج الأم/زوجة الأب في الأسرة لديه وظيفة ثانية

العمل سبب طلب الرعاية
القسم 4 - العمل
(إذا كان العمل سبب طلب الرعاية)



يُرجى إكمال الجدول أدناه فقط إذا كان ولي الأمر لديه دوام أو عمل أو نشاط ثانٍ

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

يُرجى إكمال الجدول أدناه فقط إذا كان ولي الأمر الثاني أو القائم على الرعاية أو زوج الأم/زوجة الأب في الأسرة لديه دوام أو عمل أو نشاط ثانٍ

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

جدول العمل/الأنشطة المعتاد (أي الأنشطة التعليمية/المهنية)

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

جدول العمل/الأنشطة المعتاد لولي الأمر الثاني أو القائم على الرعاية أو زوج الأم/زوجة الأب في الأسرة

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

الجدول الزمني للعمل/الأنشطة/الانتقال
القسم 5

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

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

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

معلومات الدخل
القسم 6



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

الاسم: _____ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): _____ الاسم: _____ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): _____ الاسم: _____ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): _____
العنوان: _____ العنوان: _____ العنوان: _____

القسم 7
مقدم الخدمة

6. يفرض القانون الفيدرالي وقانون الولاية غرامات مالية أو الحبس أو كليهما معاً في حالة عدم قولك للحقيقة عند تقدمك بطلب للحصول على إعانة رعاية الطفل أو عندما يتم سؤالك عن أهليتك، أو إذا دفعت شخص آخر لعدم قول الحقيقة فيما يتعلق بالطلب الذي قدمته أو استمرار أهليتك. تسري العقوبات أيضاً في حالة إخفائك أو عدم كشفك عن حقائق تتعلق بأهليتك الأولية أو استمرارية أهليتك للحصول على إعانة رعاية الأطفال؛ أو في حالة إخفائك أو عدم كشفك عن حقائق من شأنها أن تؤثر على حق شخص ما، قدمت طلباً له، في حصوله على إعانة رعاية الأطفال أو استمرارية حصوله عليها. إذا كنت أنت الممثل المفوض وتقدم طلباً بالنيابة عن شخص آخر، فيجب أن تستخدم إعانة رعاية الطفل لصالح هذا الشخص وليس لصالحك. يحظر القانون أن تحصل على إعانة رعاية الطفل عن طريق إخفاء المعلومات أو تقديم معلومات كاذبة.

4. أشهد أن الأطفال المشار إليهم على أنهم بحاجة إلى رعاية الطفل هم من مواطني الولايات المتحدة أو رعاياها أو لهم حالة هجرة مقبولة.
أدرك أن هذه المعلومات المتعلقة بهؤلاء الأطفال قد يتم تقديمها إلى دائرة الهجرة والتجنس (INS) للتحقق من حالة الهجرة، إن كان هذا منطقيًا. وأدرك أيضاً أن استخدام هذه المعلومات المتعلقة بهؤلاء الأطفال أو الكشف عنها يقتصر على الأشخاص والمؤسسات ذات الصلة المباشرة بالتحقق من حالة الهجرة وإدارة أحكام برنامج إعانة رعاية الطفل أو تنفيذها.
5. أدرك أن هذا الطلب يُستخدم فقط للغرض المعلن وهو إعانة رعاية الطفل. للحصول على إعانات أخرى، مثل برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP) أو Medicaid أو المساعدة المالية أو غيرها من الخدمات، ستحتاج إلى تقديم طلبات إضافية. ومع ذلك، قد تتم مشاركة هذا الطلب وأي معلومات يتم الحصول عليها كجزء من التحريات في هذا الطلب مع أي وكالة تابعة للمدينة أو الولاية أو أي وكالة فيدرالية تتقدم إليها أو تقدمت إليها من قبل بطلب للحصول على أي مساعدات أو مخصصات أخرى.

1. أدرك أن المعلومات الواردة في هذا النموذج سيتم استخدامها لتحديد أهليتي وأهلية أسرتي للحصول على الخدمات/الإعانة. وأدرك أنه بتوقيعي على نموذج الطلب هذا، فأنا أوافق على التعاون بشكل كامل مع أي تحريات للتحقق من صحة المعلومات التي قدمتها أو تأكيدها، أو أي تحريات أخرى بخصوص طلبي للحصول على إعانة رعاية الطفل. وسأقدم معلومات إضافية عند طلبها.
2. قد تُستخدم أرقام الضمان الاجتماعي، إذا تم تقديمها، من قبل الوكالات المحلية والفيدرالية التابعة للولاية لمنع تكرار الخدمات والاحتيايل، ولتقديم التقارير الفيدرالية.
3. أوافق على إبلاغ الوكالة فوراً بأي تغيير في احتياجاتي و/أو دخلي و/أو عنواني و/أو ترتيب المعيشة و/أو تكوين الأسرة و/أو العنوان الذي يتم تقديم الرعاية به و/أو الشخص الذي يقدم رعاية الطفل و/أو رسوم مقدم الخدمة و/أو الساعات التي أحتاج فيها إلى رعاية الطفل.

القسم 8
الإقرارات

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

يمكنك الحصول على معلومات عن حقوقك ومسؤولياتك عبر الرابط <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148A.pdf>
إذا لم يكن لديك اتصال بالإنترنت، فيمكنك الاتصال بإدارة خدمات الأطفال (ACS) في مدينة نيويورك على الرقم (212) 835-7610 لطلب إرسال نسخ مطبوعة من الكتيبات التالية.
LDSS-4148A: ما ينبغي لك معرفته بشأن حقوقك ومسؤولياتك (What You Should Know About Your Rights and Responsibilities)؛ **LDSS-4148B**: ما ينبغي لك معرفته حول برامج الخدمات الاجتماعية (What You Should Know About Social Services Programs)؛
LDSS-4148C: ما ينبغي لك معرفته إذا كان لديك أمر طارئ (What You Should Know If You Have an Emergency)

الإقرار: أقسم و/أو أؤكد تحت عقوبة الحنث باليمين أن جميع المعلومات التي قدمتها أو سأقدمها لإدارة ACS بمدينة نيويورك ذات الصلة بإعانة رعاية الطفل هي معلومات صحيحة. لقد قرأت وفهمت كل من الإخطارات الواردة أعلاه والمرفقة. وأفهم وأوافق على الإقرارات المدرجة أعلاه.
إذا كانت الأسرة مكونة من ولي أمر/قائمين على الرعاية، فيرجى أن يوقع كل منهما.

توقيع ولي الأمر/القائم على الرعاية: _____ توقيع ولي الأمر/القائم على الرعاية: _____ توقيع ولي الأمر/القائم على الرعاية: _____
الاسم بأحرف واضحة: _____ الاسم بأحرف واضحة: _____ الاسم بأحرف واضحة: _____ التاريخ: _____ التاريخ: _____ التاريخ: _____

Section 9 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): _____															
Date: _____															
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



قيا عرلا ولإ جات حملا (ل افطألا) ل فطلا 2 مسقلا

الاسم (الأخير، الأول)	الحرف الأول من الاسم الأوسط	صلة القرابة	تاريخ الميلاد	الجنس	هل يُقيم وليا أمر الطفل في المنزل؟	من أصل هسباني أو لاتيني**	العرق** (انظر مفاتيح الاختصارات أدناه)	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)	هل الطفل مصاب بإعاقة؟	هل الطفل من مواطني الولايات المتحدة/من رعاياها/ أو شخص له حالة هجرة مقبولة؟
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
21.										
22.										

الطفل (الأطفال) المحتاج إلى الرعاية
القسم 2

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

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

* الفئة 1: العائلات المؤهلة للحصول على ضمان رعاية الطفل - التي تتلقى أو تتقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية (CA)، أو تتلقى إعانة رعاية الطفل بدلاً من CA، أو تتلقى مدفوعات رعاية الطفل الانتقالية
 الفئة 2: تكون العائلات مؤهلة عندما يكون التمويل متاحًا
 الفئة 3: تكون العائلات مؤهلة عندما يكون التمويل متاحًا وعندما تكون إدارة خدمات الأطفال (ACS) قد وضعتهم ضمن خطة خدمات الأطفال والعائلات الخاصة بها

(دج و ن) نوي فاض إلا ةرس ألا دارفأ

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

لأفراد الأسرة الإضافيين، يُرجى إرفاق ورقة منفصلة. قم بتضمين المعلومات المتعلقة بأي زوج /زوجة أو ولي أمر أو قائم على رعاية الأطفال متقدمين بطلب للحصول على الرعاية ويعيشون في المنزل.

رموز الانتماء العرقي:

- AI** من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان الأسكا الأصليين
- AS** آسيوي
- BL** أسود أو أمريكي من أصل إفريقي
- HP** من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادي الأصليين
- WH** أبيض

_____: OFFICE USE ONLY Family Size

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

القسم 2
أفراد الأسرة

مقدم الخدمة

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

القسم 7
مقدم الخدمة

الاسم: _____ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): _____ الاسم: _____ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): _____ الاسم: _____ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): _____
العنوان: _____ العنوان: _____ العنوان: _____

الاسم: _____ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): _____ الاسم: _____ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): _____ الاسم: _____ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): _____
العنوان: _____ العنوان: _____ العنوان: _____

الاسم: _____ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): _____ الاسم: _____ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): _____ الاسم: _____ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): _____
العنوان: _____ العنوان: _____ العنوان: _____

الاسم: _____ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): _____ الاسم: _____ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): _____ الاسم: _____ رقم البرنامج (إذا كان ينطبق): _____
العنوان: _____ العنوان: _____ العنوان: _____

لخدلا تادنس



Division of Child and Family Well-Being (شعبة رعاية الطفل والعائلة) تعليمات إكمال نموذج طلبك للحصول على إعانة رعاية الطفل من الفئة 2 أو 3*

يعتمد توفر إعانة رعاية الطفل على وجود تمويل من منحة Child Care Block Grant (المنحة الممولة لرعاية الطفل). إذا لم يكن هناك تمويل متوفر، فقد يوضع طفلك (أطفالك) في قائمة الانتظار.

عزيزنا ولي الأمر/القائم على الرعاية،

يُستخدم هذا النموذج فقط للتقدم بطلب الحصول على إعانة رعاية الطفل كعائلة من الفئة 2 أو 3

إذا كنت تتقدم بطلب الحصول على إعانة رعاية الطفل من الفئة 2 أو 3 فقط (للعائلات التي لا تتلقى مساعدة مالية)، يمكنك استخدام هذا النموذج القصير. إذا كنت ترغب في التقدم بطلب للحصول على مخصصات أخرى، مثل Cash Assistance (المساعدة المالية) أو برنامج Supplemental Nutrition Assistance Program (برنامج المساعدات الغذائية التكميلية) (قسائم الطعام) أو برنامج Home Energy Assistance (برنامج إعانة نفقات الطاقة المنزلية) أو برنامج Medicaid أو غير ذلك من الخدمات، بما فيها إعانة رعاية الطفل من الفئة 1 (للعائلات التي تتلقى مساعدة مالية)، يُرجى طلب نموذج طلب الحصول على بعض مخصصات وخدمات ولاية نيويورك (LDSS-2921) (New York State Application for Certain Benefits and Services).

بتقديم نموذج طلب الحصول على إعانة رعاية الطفل بدلاً من نموذج طلب الحصول على بعض مخصصات وخدمات ولاية نيويورك (LDSS-2921)، فإنك تتقدم بطلب للحصول على إعانة رعاية الطفل من الفئتين 2 و3 فقط، أي عندما يكون التمويل متاحًا. فأنت لا تتقدم بطلب للحصول على إعانة رعاية الطفل المضمونة من الفئة 1. التعليمات التالية مقدمة إليك لمساعدتك في إكمال نموذج طلبك. عند إكمال نموذج طلبك، يُرجى تذكر أن تكتب بخط واضح وأحرف كبيرة (A, B, C) باستخدام حبر أسود أو أزرق. يمكنك بدلاً من ذلك إكمال النموذج إلكترونيًا وحفظه وطباعته.

يجب أن يتضمن نموذج الطلب هذا وثائق داعمة، مثل إثبات الدخل وإثبات العنوان وإثبات العمل. انظر قائمة مراجعة الوثائق اللازم تقديمها (CFWB-012B) للاطلاع على جميع الوثائق المطلوبة.

اقرأ هذا الجزء قبل إكمال نموذج الطلب

- ◀ إذا كنت تتلقى خدمات رعاية الطفل المعنية بالحماية أو الوقاية، أو إذا كنت ولي أمر مقدمًا للرعاية البديلة يعمل في وظيفة، فقد تكون مؤهلاً بالفعل لتلقي إعانة رعاية الطفل، وقد لا تحتاج إلى إكمال نموذج الطلب هذا. اطلب من مسؤول تخطيط حالتك أن يحيلك لتلقي إعانة رعاية الطفل.
- ◀ إذا كنت تتلقى مساعدة مالية (CA)، ينبغي لك التواصل مع مركز الوظائف التابع لإدارة الموارد البشرية (HRA) في منطقتك بخصوص إعانة رعاية الطفل. يُرجى ملاحظة ما يلي: إذا تُركت أي حقول مطلوبة دون إجابة، فسيُعتبر نموذج الطلب بأكمله غير مكتمل.

لاستخدام موظفي المكتب فقط

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

- *الفئة 1: العائلات المؤهلة للحصول على ضمان رعاية الطفل - التي تتلقى أو تتقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية (CA)، أو تتلقى إعانة رعاية الطفل بدلاً من CA، أو تتلقى مدفوعات رعاية الطفل الانتقالية
- الفئة 2: تكون العائلات مؤهلة عندما يكون التمويل متاحًا
- الفئة 3: تكون العائلات مؤهلة عندما يكون التمويل متاحًا وعندما تكون إدارة خدمات الأطفال (ACS) قد وضعتهم ضمن خطة خدمات الأطفال والعائلات الخاصة بها



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

مقدم الطلب

القسم 1

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

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

الطفل (الأطفال) المحتاج إلى الرعاية

القسم 2

1. اكتب بأحرف واضحة إسم العائلة والإسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط لكل طفل في الأسرة تتقدم له بطلب للحصول على إعانة رعاية الطفل.
 2. اكتب صلة كل طفل في الأسرة بك بأحرف واضحة (الابن مثلاً).
 3. اكتب تاريخ الميلاد بأحرف واضحة وضع علامة داخل المربع الذي يشير إلى جنس كل طفل مذكور.
 4. اذكر ما إذا كان كلا وليي أمر الطفل يعيش في المنزل.
 5. ضع علامة على "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان كل طفل في الطلب المقدم من أصل هسباني أو لاتيني أم لا. إن تقديم معلومات الإثنية هو أمر طوعي ولن يؤثر على أهليتك لتلقي إعانة رعاية الطفل أو مبلغ الإعانة الذي سنتلقاه من هذه الوكالة.
 6. اكمل عمود العرق لكل طفل يحتاج إلى إعانة رعاية الطفل. ويمكنك اختيار فئات عرقية متعددة للطفل الواحد. إن تقديم معلومات العرق هو أمر طوعي ولن يؤثر على أهليتك لتلقي إعانة رعاية الطفل أو مبلغ الإعانة الذي سنتلقاه من هذه الوكالة. يُرجى استخدام الرموز الواردة أدناه.
AI - من سكان أمريكا أو الأسكا الأصليين
AS - آسيوي BL - أسود أو أمريكي من أصل إفريقي
HP - من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادي الأصليين WH - أبيض
 7. اذكر رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لكل طفل. إن تقديمك لأرقام SSN ليس إلزاميًا. فقد تستخدمها الوكالات المحلية والفيدرالية والتابعة للولاية لمنع تكرار الخدمات والاحتيايل، وفي النظام الفيدرالي للإبلاغ.
 8. ضع علامة على "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان الطفل الذي يحتاج إلى الرعاية يعاني من إعاقة¹. إذا تقرر أن طفلك مؤهل لتلقي إعانة رعاية الطفل، يُرجى الذهاب إلى الرابط <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> للحصول على نموذج الطلب الخاص بذوي الاحتياجات الخاصة.
 9. ضع علامة على "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان الطفل الذي يحتاج إلى الرعاية من مواطني الولايات المتحدة أو رعاياها أو شخص له حالة هجرة مقبولة.
 10. أرفق ورقة منفصلة لإضافة المزيد من الأطفال (إذا كنت تطلب الرعاية لأكثر من ثمانية (8) أطفال).
- ◀ الوثائق: انظر قائمة المراجعة (CFWB-012B) للاطلاع على الوثائق المطلوبة لإثبات المواطنة/حالة الهجرة فقط للطفل (الأطفال) الذي يحتاج إلى الرعاية.

¹ الطفل الذي يعاني من إعاقة أو يكون من ذوي الاحتياجات الخاصة هو طفل غير قادر على الاعتناء بنفسه وشخصت إصابته بحالة أو أكثر من الحالات التالية لدرجة تؤثر بالسلب على قدرة الطفل على أداء وظائفه بصورة طبيعية: ضعف البصر أو الصمم أو حالات ضعف السمع الأخرى أو الخلل العظمي أو الاضطراب العاطفي أو التخلف العقلي أو إعاقة التعلم أو خلل التخاطب أو القصور الصحي أو التوحد أو الإعاقات المتعددة. وأي تشخيص بذلك يجب أن يكون من خلال طبيب أو أخصائي نفسي معتمد أو مرخص أو أخصائي آخر يحمل بيانات اعتماد مناسبة لإجراء مثل هذا التشخيص.



أفراد الأسرة

القسم 2ب

1. أفراد الأسرة هم أي أفراد آخرين في أسرتك كلها، بمن فيهم الأطفال الذين لا يحتاجوا إلى خدمات رعاية الطفل. أضف نفسك أولاً، وبعد ذلك جميع الأشخاص الآخرين الذين يعيشون معك، بمن فيهم ولي الأمر الثاني والقائم على الرعاية وزوج الأم/زوجة الأب إن انطبق الحال. يشمل مفهوم القائم على الرعاية الوصي القانوني أو القائم على الرعاية من الأقرباء أو أي شخص آخر في مقام ولي الأمر بالنسبة للطفل. اكتب إسم العائلة والإسم الأول والحرف الأول من الاسم الأوسط بأحرف واضحة إن انطبق الحال.
 2. اكتب صلة كل شخص بك بأحرف واضحة (مثل الزوج/الزوجة، الشريك، الجد/الجدة، الأب/الأم، إلخ).
 3. اكتب تاريخ الميلاد بأحرف واضحة وضع علامة داخل المربع الذي يشير إلى جنس كل شخص في الأسرة.
 4. ضع علامة على "نعم" أو "لا" للإشارة إلى ما إذا كان كل فرد في الأسرة من أصل هسباني أو لاتيني أم لا. إن تقديم معلومات الإثنية هو أمر طوعي ولن يؤثر على أهليتك لتلقي إعانة رعاية الطفل أو مبلغ الإعانة الذي سنتلقاه من هذه الوكالة.
 5. اكمل عمود العرق لجميع الأشخاص الذين يعيشون معك. ويمكنك اختيار عدة فئات عرقية للشخص الواحد. إن تقديم معلومات العرق هو أمر طوعي ولن يؤثر على أهليتك لتلقي إعانة رعاية الطفل أو مبلغ الإعانة الذي سنتلقاه من هذه الوكالة. يُرجى استخدام الرموز الواردة أدناه.
AI - من سكان أمريكا أو الإسكا الأصليين **AS** - آسيوي **BL** - أسود أو أمريكي من أصل إفريقي
HP - من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادي الأصليين **WH** - أبيض
 6. اكتب رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لأفراد أسرتك. ورقم SSN اختياري. فقد تستخدمه الوكالات المحلية والفيديرالية والتابعة للولاية لمنع تكرار الخدمات والاحتيايل، وفي النظام الفيدرالي للإبلاغ.
 7. إذا كان هناك أكثر من ثمانية (8) أفراد في الأسرة، فأرفق ورقة منفصلة لذكر جميع المعلومات عنهم.
- ◀ الوثائق: انظر قائمة المراجعة (CFWB-012B) للاطلاع على الوثائق المطلوبة لجميع أطفال الأسرة دون سن 18 عاماً، بصرف النظر عما إذا كان الطفل يحتاج إلى خدمات رعاية الطفل، وذلك للتحقق من صلة الطفل بولي الأمر/مقدم الطلب وللتحقق من عمر الطفل.

احتياجات الطفل/العائلة

القسم 3

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



العمل

القسم 4

- (أكمل هذا القسم عن كل ولي أمر أو قائم على الرعاية أو زوجة أب/زوج أم في الأسرة يعمل في وظيفة إذا كان سبب طلبك للحصول على إعانة رعاية الطفل هو العمل أو إذا كنت تقوم بالإبلاغ عن دخل من العمل)
1. اكتب اسم صاحب عمل مقدم الطلب وعنوانه ورقم هاتفه بأحرف واضحة.
 2. اكتب تاريخ بدء العمل بأحرف واضحة.
 3. ضع علامة داخل المربع المناسب للإشارة إلى ما إذا كانت منابوطة وظيفتك متغيرة و/أو كانت وظيفتك تتطلب ساعات عمل إضافية.
 4. اكتب بأحرف واضحة، إن انطبق الحال، اسم وعنوان ورقم هاتف صاحب عمل ولي الأمر الثاني أو القائم على الرعاية أو زوج الأم/زوجة الأب في الأسرة.
 5. اكتب بأحرف واضحة، إن انطبق الحال، تاريخ توظيف ولي الأمر الثاني أو القائم على الرعاية أو زوج الأم/زوجة الأب في الأسرة.
 6. إن انطبق الحال، فضع علامة داخل المربع المناسب للإشارة إلى ما إذا كان ولي الأمر الثاني أو القائم على الرعاية أو زوجة الأب/زوج الأم في الأسرة يعمل في منابوطة متغيرة و/أو يلزمه العمل لساعات إضافية.
- ◀ الوثائق: انظر قائمة المراجعة (CFWB-012B) للاطلاع على الوثائق المطلوبة لإثبات العمل.

الجدول الزمني للعمل/الأنشطة/الانتقل

القسم 5

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

معلومات الدخل

القسم 6

- بالنسبة لهذا القسم، أجب فقط عن العناصر التي تشكل مصدرًا للدخل لك أو لأحد أفراد أسرتك. يُرجى إضافة معلومات الدخل/المخصصات الخاصة بك وأي أفراد بالغين آخرين في الأسرة، بما في ذلك الزوج/الزوجة أو الشخص البالغ الذي يعيش معك وبينكما طفل واحد على الأقل. أضف أيضًا أي شخص أصغر من 18 عامًا مسؤول قانونًا عن الطفل أو الأطفال المطلوب لهم الحصول على إعانة رعاية الطفل.
1. ضع علامة (✓) على نعم أو لا عن نفسك وأي شخص يعيش معك لكل نوع من الدخل.
 2. لكل إجابة بـ"نعم"، اكتب بأحرف واضحة المبلغ أو القيمة بالدولار (\$) ومعدل تلقي الدخل واسم الشخص الذي يحصل عليه.
 3. يجب الإبلاغ عن جميع أنواع الدخل في نموذج الطلب.
 4. إذا ذكرت أنك تتلقى المساعدة المالية، ينبغي أن تتقدم بطلب للحصول على إعانة رعاية الطفل من خلال الموظف المسؤول عنك في مركز الوظائف التابع لإدارة HRA.
 5. إذا لم تكن متأكدًا من مكان إدراج أحد أنواع الدخل، يمكنك إضافته تحت "غير ذلك".
- ◀ الوثائق: انظر قائمة المراجعة (CFWB-12B) للاطلاع على الوثائق المتعلقة بالدخل.

**القسم 7****مقدم الخدمة**

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

القسم 8**الإقرارات**

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

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

القسم 9**لاستخدام موظفي المكتب فقط**

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

معلومات تسجيل الناخب

آخر صفحة من نموذج طلب إعانة رعاية الطفل هي طلب للتسجيل من أجل التصويت في الانتخابات. إذا كنت ترغب في الحصول على مساعدة في إكمال نموذج طلب تسجيل الناخب، فاتصل على 311. لن يؤثر التقديم للتسجيل أو رفض التسجيل للتصويت في الانتخابات على أهليتك للحصول على إعانة رعاية الطفل أو مبلغ الإعانة الذي سنتلقاه من هذه الوكالة.

معلومات الحقوق والمسؤوليات

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

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

- LDSS-4148A: ما ينبغي لك معرفته بشأن حقوقك ومسؤولياتك (What You Should Know About Your Rights and Responsibilities)
- LDSS-4148B: ما ينبغي لك معرفته حول برامج الخدمات الاجتماعية (What You Should Know About Social Services Programs)
- LDSS-4148C: ما ينبغي لك معرفته إذا كان لديك أمر طارئ (What You Should Know If You Have an Emergency)



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

كيفية تقديم طلبك

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

بعد إكماله، أرسل طلبك ووثائقك إلى العنوان أدناه للمعالجة:

NYC Children – EDU
PO Box 40
Maplewood, NJ 07040

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

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

قائمة المراجعة الخاصة بتقديم طلب جديد لإعانة رعاية الطفل

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

1. الطلب (CFWB-012)

تأكد من أن جميع الأقسام مكتملة، بما في ذلك:

- إذا كانت الأسرة مكونة من ولي أمر، فقد وقع كلاهما الحالة العسكرية (القسم 3) وقت الانتقال (القسم 5)

2. محل الإقامة بمدينة نيويورك

نسخة من إحدى الوثائق التالية:

- بطاقة تعريف الهوية الخاصة بمدينة نيويورك (IDNYC) فاتورة خدمات المرافق خطاب منحة برنامج القسم 8
 رخصة القيادة إيصال الإيجار شهادة هيئة الإسكان بمدينة نيويورك (NYCHA)
 نموذج CFWB-067 لإثبات محل الإقامة أخرى

يُرجى ملاحظة ما يلي: إذا كانت الوثائق "الأخرى" غير كافية، فستخطر إدارة خدمات الأطفال (ACS) مقدم الطلب.

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

نسخة من إحدى الوثائق التالية:

- شهادة الميلاد الأمريكية بطاقة تسجيل الأجنبي، بما في ذلك بطاقة الإقامة الدائمة أو البطاقة الخضراء
 نموذج جواز السفر الأمريكي FS-240 (تقرير ولادة مواطن أمريكي خارج البلاد)
 شهادة التجنس أخرى

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

4. صلة الطفل بولي الأمر/مقدم الطلب

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

- شهادة الميلاد سجل التبني
 سجل المعمودية أمر المحكمة للوصي القانوني الحامل للمسؤولية المالية
 جواز سفر عليه توقيع ولي الأمر

5. العمر

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

- شهادة الميلاد سجل التبني
 سجل المعمودية بطاقة تسجيل الأجنبي
 جواز السفر

6. الدخل

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

إذا كان موظفًا:

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

أو

- كعوب شيكات الدفع (كل أسبوعين؛ مرتان في الشهر)
 أسبوعياً - 4 كعوب شيكات دفع حالية متتالية إذا كان المبلغ الإجمالي واحدًا
 أسبوعياً - 12 كعوب شيكات دفع حالية متتالية إذا كان المبلغ الإجمالي متغيرًا
 كل أسبوعين/مرتان في الشهر - كعوب شيكات دفع حاليان متتاليان إذا كان المبلغ الإجمالي واحدًا
 كل أسبوعين/مرتان في الشهر - 6 كعوب شيكات دفع حالية متتالية إذا كان المبلغ الإجمالي متغيرًا

يُرجى الانتقال إلى الصفحة <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> للاطلاع على النماذج والتعليمات الخاصة بالطلب. للمزيد من المعلومات، اتصل بالرقم 311 أو 212-835-7610.

إذا كنت تعمل عملاً حرًا:

- إذا كنت تعمل عملاً حرًا لمدة عام أو أكثر: مجموعة وثائق ضريبة الدخل سارية ومكتملة وموقعة (مثل، 1040، 1065، Schedule C، SE للشركاء، K-1، إلخ).
- إذا كنت تعمل عملاً حرًا لأقل من عام واحد، فأكمل وقدم نموذج إثبات معلومات دخل العمل الخاص (CFWB-031)

مصدر دخل آخر:

- آخر شيكات أو كعوب شيكات الدفع أو خطابات المنحة الحالية المطلوبة لإثبات مصادر الدخل الأخرى التي يحددها مقدم الطلب في النموذج CFWB-012 بما في ذلك دخل الضمان التكميلي (SSI) والضمان الاجتماعي لذوي الإعاقة (SSD) ومخصصات البطالة ودخل الإيجار والمعاشات والمستحقات السنوية وتعويضات العاملين والنفقة الزوجية ونفقة الطفل.

7. أسباب طلب الرعاية

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

- أ- العمل لمدة **10 ساعات في الأسبوع** بحد أدنى، وكسب الحد الأدنى من الأجر على الأقل:
- انظر أعلاه تحت قسم الدخل للاطلاع على الوثائق المطلوبة بخصوص العمل و/أو العمل الحر.
- ب- الأنشطة التعليمية/المهنية:
- المدرسة المهنية أو كلية لمدة عامين أو كلية لمدة 4 أعوام (إحدى الوثائق التالية)
- نموذج CFWB-005 مع طابع الكلية
- يُقبل أيضًا خطاب من المؤسسة التدريبية أو التعليمية بترويسة رسمية، لكن يجب أن يحتوي على جميع المعلومات الضرورية المذكورة في النموذج CFWB-005.
- ج- البحث عن عمل (إحدى الوثائق التالية):
- نموذج CFWB-026 - سجل البحث عن عمل
- خطة بحث عن عمل معتمدة من إدارة العمل بولاية نيويورك
- دليل استلام التأمين ضد البطالة
- د- التشرد (إحدى الوثائق التالية):
- إحالة مكتوبة من فندق/مأوى
- إثبات/استبيان الإسكان CFWB-027
- هـ- إحالة متعلقة بضحايا العنف المنزلي (من مقدم خدمات ضحايا العنف المنزلي):
- إحالة إلى الخدمات بسبب التعرض للعنف المنزلي
- هـ- إحالة برنامج العلاج من تعاطي المخدرات (من مقدم خدمة علاج تعاطي المخدرات):
- الإحالة إلى خدمات علاج الإدمان

يُرجى الانتقال إلى الصفحة <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> للاطلاع على النماذج والتعليمات الخاصة بالطلب. للمزيد من المعلومات، اتصل بالرقم 311 أو 212-835-7610.



مذكرة

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

بخصوص: حالة الهجرة

66 John Street/8th Floor
New York, New York 10038

Child.FamilyWellBeing@acs.nyc.gov
www.nyc.gov/acs

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

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

إذا كانت لديك أي أسئلة، أو للحصول على قائمة ببرامج الرعاية المبكرة والبرامج التعليمية المدعومة التي لا تتطلب إثبات مواطنة الطفل أو حالة هجرته، يُرجى الاتصال بالخط الساخن الخاص بشعبة Division of Child and Family Well-Being (شعبة رعاية الطفل والعائلة) التابعة لإدارة خدمات الأطفال (ACS) على الرقم 835-7610 (212) أو توجه إلى موقعنا الإلكتروني على الرابط <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/eligibility.page>.



NYS Agency-Based Voter Registration Form

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

- YES** If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below
- NO** because I choose not to register **OR**
- I am already registered at my current address **OR**
- I asked for and received a mail registration form

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

_____/_____/_____
Signature Date

Please Print Name

Important!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

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

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink** Yes, I would like to be an Election Day worker

1	Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO, do not complete this form</small>	2	A) Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO to both of the prior questions, you cannot register to vote.</small>	For Board Use Only		
3	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____					
4	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____					
5	Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____					
6	Date of Birth _____	7	Gender (optional) _____	8	Telephone (optional) _____	Email (optional) _____
10	The last year you voted _____	Your address was (give house number, street and city) _____		9	ID Number (Check the applicable box and provide your number) <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number	
	In county/state _____	Under the name (if different from your name now) _____		12	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 will meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line 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. _____/_____/_____ Signature or Mark in ink Date	
11	Political Party I wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Other _____ I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter <input type="checkbox"/> No party					

(Optional) Register to donate your organs and tissues

Last Name		
First Name	Middle Initial	Suffix
Address		
Apt Number	City/Town/Village	Zip Code
Birth Date	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Eye Color	Height _____ Ft. _____ In.	
Email	DMV or ID NYC Number	

By signing below, you certify that you are:

- 16 years of age or older
- Consent 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 allow 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 hospitals upon your death.



_____/_____/_____
Signature Date

Qualifications for Registration

Important!

You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment;
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age.

To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison for a felony conviction;
- not claim the right to vote elsewhere; and
- not found to be incompetent by a court.

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

NYS Board of Elections

40 North Pearl St, Suite 5

Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;

or visit our web site - www.elections.ny.gov

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

Verifying your identity

We will 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 will fill in Box 9.

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.

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

To complete this form:

It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.

Box 9: You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

Box 10: If you have never voted before, write "None". If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same".

Box 11: Check one box only. 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.