

Demande d'aide à la garde d'enfants

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

ATTENTION : cette demande est utilisée pour solliciter uniquement une aide à la garde d'enfants de catégorie 2 ou 3 * (pour les familles ne recevant pas d'aide financière en espèces). Pour faire une demande d'aide financière en espèces (Cash Assistance, CA) ou d'autres prestations, y compris l'aide à la garde d'enfants de catégorie 1 (pour les familles recevant une aide financière en espèces), vous devez utiliser New York State Application for Certain Benefits and Services (LDSS-2921).

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

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

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

Reportez-vous aux instructions du dossier (CFWB-012A) pour plus de détails Nouveau Modification/nouvelle attestation
 Rouvrir

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

Section 1 - Demandeur	Nom de famille (Veuillez inclure tout alias ou nom de jeune fille entre parenthèses) : _____ Prénom : _____ (Initiale du deuxième prénom) : __ Situation familiale : _____
	Adresse du domicile : _____ Apt. : _____ Ville/municipalité : _____ État : _____ Code postal : _____
	S'agit-il d'une adresse temporaire ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <i>Si oui, la famille réside-t-elle actuellement dans (cochez une case) :</i> <input type="radio"/> Foyer pour sans-abri <input type="radio"/> Logement partagé avec une autre famille <input type="radio"/> Hôtel/motel <input type="radio"/> Voiture, bus, train <input type="radio"/> Parc, camping <input type="radio"/> Autre
	Téléphone (professionnel) : _____ Téléphone (domicile) : _____ Téléphone (portable ou autre) : _____ Adresse électronique : _____
	Recevez-vous une aide financière en espèces (CA) ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non No de CA : _____ Langue parlée principalement dans le foyer ? <input type="radio"/> Anglais <input type="radio"/> Espagnol <input type="radio"/> Autre _____ Langue privilégiée ? <input type="radio"/> Anglais <input type="radio"/> Espagnol <input type="radio"/> Autre _____

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

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

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

Catégorie 2 : familles admissibles sous réserve de disponibilité de financement

Catégorie 3 : familles admissibles sous réserve de disponibilité de financement et incluse par l'ACS dans le plan de services à l'enfance et à la famille (Child and Family Services Plan)

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

Codes d'appartenance raciale :

- AI** Amérindien ou autochtone d'Alaska
- AS** Asiatique
- BL** Noir ou afro-américain
- HP** Hawaïen ou insulaire du Pacifique
- WH** Blanc

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

Section 2B Membres de la famille	Nom (nom, prénom) (Inclure tout alias ou nom de jeune fille entre parenthèses)	Initiale du deuxième prénom	Lien de parenté	Date de naissance	Sexe	Ethnie hispanique ou latino**	Race** (Voir la légende à droite)	Numéro de Sécurité sociale (facultatif)
	1.			Vous-même				
	2.							
	3.							
	4.							
	5.							
	6.							
	7.							
	8.							

Pour les membres de la famille supplémentaires, veuillez joindre une feuille volante. Veuillez inclure des informations sur le conjoint, le parent ou le tuteur des enfants nécessitant des services de garde qui vivent au foyer.

Codes d'appartenance raciale :

AI Amérindien ou autochtone d'Alaska
AS Asiatique
BL Noir ou afro-américain
HP Hawaïen ou insulaire du Pacifique
WH Blanc

OFFICE USE ONLY Family Size: _____

Section 3 Besoins de l'enfant/de la famille	Quelle est la raison pour laquelle vous demandez une aide à la garde d'enfants ?	Un parent est-il actuellement en service actif (à temps plein) dans l'armée américaine ?	Le demandeur reçoit-il ou demande-t-il des services de garde d'enfants par le biais d'une autre demande? <i>Si oui merci d'indiquer l'agence :</i>
	<input type="radio"/> Emploi <input type="radio"/> Éducation professionnelle / Formation <input type="radio"/> Bénéficiaire de services d'aide aux victimes de violences domestiques (Domestic Violence Services) <input type="radio"/> demandeur d'emploi <input type="radio"/> Sans abri <input type="radio"/> Participer à un programme approuvé de traitement de la toxicomani	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Un parent est-il actuellement membre d'une unité de la garde nationale ou de la réserve militaire ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Un parent non-gardien est-il disponible pour s'occuper des enfants ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Département de l'Éducation (Department of Education, DOE) <input type="radio"/> Administration des ressources humaines (Human Resources Administration, HRA) <input type="radio"/> Département de perfectionnement des jeunes et de développement des collectivités (Department of Youth and Community Development, DYCD) <input type="radio"/> Département des services pour les sans-abri (Department of Homeless Services, DHS) <input type="radio"/> Consortium pour la formation des travailleurs (Consortium for Worker Education, CWE) <input type="radio"/> Administration des services à l'enfance (ACS)

Section 4 – Emploi (si l'aide est demandée pour les raisons d'emploi)	Nom de l'employeur du demandeur : _____	N° de tél. : _____	Adresse : _____	Ville/municipalité : _____	État : _____	Code postal : _____
	Date du début d'emploi : _____	Le travail a-t-il un quart en rotation ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Le travail nécessite-t-il des heures supplémentaires ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
	<i>Si le demandeur a un deuxième emploi</i>					
	Nom de l'employeur du demandeur : _____	N° de tél. : _____	Adresse : _____	Ville/municipalité : _____	État : _____	Code postal : _____
	Date du début d'emploi : _____	Le travail a-t-il un quart en rotation ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Le travail nécessite-t-il des heures supplémentaires ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
	<i>Si le deuxième parent, tuteur ou beau-parent du foyer a un deuxième emploi</i>					
Deuxième parent, tuteur ou beau-parent du foyer						
Nom de l'employeur du demandeur : _____	N° de tél. : _____	Adresse : _____	Ville/municipalité : _____	État : _____	Code postal : _____	
Date du début d'emploi : _____	Le travail a-t-il un quart en rotation ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Le travail nécessite-t-il des heures supplémentaires ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
<i>Si le deuxième parent, tuteur ou beau-parent du foyer a un deuxième emploi</i>						
Nom de l'employeur du demandeur : _____	N° de tél. : _____	Adresse : _____	Ville/municipalité : _____	État : _____	Code postal : _____	
Date du début d'emploi : _____	Le travail a-t-il un quart en rotation ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Le travail nécessite-t-il des heures supplémentaires ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			

Section 5 Horaires de travail/activité/trajet	Horaires habituels de travail/d'activité (c.-à-d., formation/activité professionnelle)														Veuillez remplir l'horaire ci-dessous uniquement si le parent a un deuxième quart de travail, un autre emploi ou une autre activité																																									
	Dimanche				Lundi				Mardi				Mercredi				Jeudi				Vendredi				Samedi				Dimanche				Lundi				Mardi				Mercredi				Jeudi				Vendredi				Samedi			
	de		à		de		à		de		à		de		à		de		à		de		à		de		à		de		à		de		à		de		à		de		à													
Horaires habituels de travail/d'activité du deuxième parent, le tuteur ou le beau-parent du foyer														Veuillez remplir le tableau ci-dessous uniquement si le deuxième parent, le tuteur ou le beau-parent du foyer a un deuxième quart de travail, un autre emploi ou une autre activité																																										
Dimanche				Lundi				Mardi				Mercredi				Jeudi				Vendredi				Samedi				Dimanche				Lundi				Mardi				Mercredi				Jeudi				Vendredi				Samedi				
de		à		de		à		de		à		de		à		de		à		de		à		de		à		de		à		de		à		de		à		de		à														
Temps de trajet nécessaire pour déposer l'enfant : temps de trajet entre le prestataire de services de garde d'enfants et le travail/l'activité ?														Temps de trajet nécessaire pour déposer l'enfant : temps de trajet entre le prestataire de services de garde d'enfants et le travail/l'activité ?																																										
Cochez l'une des cases suivantes : <input type="radio"/> 15 minutes <input type="radio"/> 30 minutes <input type="radio"/> 45 minutes <input type="radio"/> 1 heure <input type="radio"/> Plus d'une heure. Durée, si supérieure à une heure _____														Cochez l'une des cases suivantes : <input type="radio"/> 15 minutes <input type="radio"/> 30 minutes <input type="radio"/> 45 minutes <input type="radio"/> 1 heure <input type="radio"/> Plus d'une heure. Durée, si supérieure à une heure _____																																										
Récupération : temps de trajet entre le travail/l'activité et le prestataire de services de garde d'enfants ?														Récupération : temps de trajet entre le travail/l'activité et le prestataire de services de garde d'enfants ?																																										
Cochez l'une des cases suivantes : <input type="radio"/> 15 minutes <input type="radio"/> 30 minutes <input type="radio"/> 45 minutes <input type="radio"/> 1 heure <input type="radio"/> Plus d'une heure. Durée, si supérieure à une heure _____														Cochez l'une des cases suivantes : <input type="radio"/> 15 minutes <input type="radio"/> 30 minutes <input type="radio"/> 45 minutes <input type="radio"/> 1 heure <input type="radio"/> Plus d'une heure. Durée, si supérieure à une heure _____																																										
Époux/Autre parent : Temps de trajet entre le prestataire de services de garde d'enfants et le travail/l'activité ?														Époux/Autre parent : Temps de trajet entre le prestataire de services de garde d'enfants et le travail/l'activité ?																																										
Cochez l'une des cases suivantes : <input type="radio"/> 15 minutes <input type="radio"/> 30 minutes <input type="radio"/> 45 minutes <input type="radio"/> 1 heure <input type="radio"/> Plus d'une heure. Durée, si supérieure à une heure _____														Cochez l'une des cases suivantes : <input type="radio"/> 15 minutes <input type="radio"/> 30 minutes <input type="radio"/> 45 minutes <input type="radio"/> 1 heure <input type="radio"/> Plus d'une heure. Durée, si supérieure à une heure _____																																										
Récupération : temps de trajet entre le travail/l'activité et le prestataire de services de garde d'enfants ?														Récupération : temps de trajet entre le travail/l'activité et le prestataire de services de garde d'enfants ?																																										
Cochez l'une des cases suivantes : <input type="radio"/> 15 minutes <input type="radio"/> 30 minutes <input type="radio"/> 45 minutes <input type="radio"/> 1 heure <input type="radio"/> Plus d'une heure. Durée, si supérieure à une heure _____														Cochez l'une des cases suivantes : <input type="radio"/> 15 minutes <input type="radio"/> 30 minutes <input type="radio"/> 45 minutes <input type="radio"/> 1 heure <input type="radio"/> Plus d'une heure. Durée, si supérieure à une heure _____																																										

Indiquez si vous ou toute personne qui postule avec vous recevez de l'argent des sources suivantes. Consultez la liste de vérification (CFWB-012B) pour en savoir plus sur les justificatifs.

VEUILLEZ REMPLIR EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

							OFFICE USE ONLY				
Section 6 Information sur les revenus	Sources					Oui / Non	Revenus bruts	Fréquence ? (hebdomadaire, tous les 15 jours, mensuel, etc. ?)	Bénéficiaire ?	Type of Documentation	Monthly Calculations
	Salaire/salaire du demandeur, y compris les heures supplémentaires, les commissions, les programmes de formation, les pourboires						\$		Vous-même		
	Salaire/traitement du demandeur, y compris les heures supplémentaires, les commissions, les programmes de formation, les pourboires du deuxième parent, gardien ou beau-parent dans le foyer						\$				
	Revenu net de travailleur indépendant						\$				
	Allocation familiale (perçue)						\$				
	Pension alimentaire/prestation compensatoire (perçue)						\$				
	Allocations d'assurance-chômage, compensation des travailleurs						\$				
	Prestations de la Sécurité sociale, incluant le revenu supplémentaire de sécurité (Supplemental Security Income, SSI)						\$				
	Prestations d'invalidité (État de New York, Programmes pour anciens combattants (Veterans Affairs, VA) privés)						\$				
	Revenus de location/ de chambre (perçus)						\$				
	Dividendes/intérêts au titre des actions, d'épargne, d'obligations						\$				
	Retraite/pension/rente viagère						\$				
	Aide financière en espèces (CA), allocation « filet de sécurité »						\$				
Autre (veuillez préciser)						\$					
Revenu total						\$					

Section 7 Prestataire

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

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

Adresse : _____ Adresse : _____ Adresse : _____

Section 8 Attestation

- Je comprends que les informations contenues dans le présent formulaire seront utilisées pour déterminer mon admissibilité ou celle de ma famille aux services/aux allocations. Je comprends qu'en signant le présent formulaire de demande, j'accepte à coopérer pour toute enquête visant à vérifier ou à confirmer les informations que j'ai fournies ou toute autre enquête en lien avec ma demande d'aide pour des services de garde d'enfants. Je m'engage à mettre à disposition des informations complémentaires à la demande.
- Les numéros de Sécurité sociale, s'ils sont fournis, peuvent être utilisés par les agences fédérales, étatiques et locales pour éviter la duplication des services, la fraude et pour les rapports fédéraux.
- J'accepte d'informer immédiatement l'agence de tout changement dans mes besoins, mon revenu, mon adresse, mes conditions de vie, la composition du ménage ou l'adresse où les services sont rendus, du changement de prestataire de garde d'enfants, des frais du prestataire ou les heures pour lesquelles la garde d'enfants est nécessaire.
- Je certifie que les enfants indiqués comme ayant besoin de services de garde sont des citoyens des États-Unis, des ressortissants américains ou des personnes ayant un statut d'immigration régularisé. Je comprends que les informations concernant ces enfants peuvent être communiquées au Service d'immigration et de naturalisation (Immigration and Naturalization Service, INS) pour une vérification du statut d'immigration, le cas échéant. Je comprends par ailleurs que l'utilisation ou la divulgation des informations concernant ces enfants est limitée aux personnes et aux organisations qui participent directement à la vérification du statut d'immigration et dans la gestion ou dans la mise en oeuvre des dispositions du programme de l'aide à la garde d'enfants.
- Je comprends que mon dossier de demande ne sera utilisé qu'aux fins des services de garde d'enfants. Afin d'obtenir une autre aide comme le Programme spécial de nutrition supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Medicaid, l'aide financière en espèces (CA) ou d'autres services, vous devez déposer d'autres demandes. Toutefois, cette demande et toutes les informations obtenues dans le cadre d'une enquête concernant cette demande pourront être partagées avec toute ville, tout État ou toute agence fédérale si vous déposez une demande ou avez déposé une autre demande d'aide ou d'allocations.
- La législation fédérale et étatique prévoit des amendes ou des peines de prison, voire les deux, si vous ne dites pas la vérité lorsque vous déposez une demande d'aide à la garde d'enfants ou quand vous répondez à des questions sur votre admissibilité, ou si vous contraignez une autre personne à ne pas dire la vérité concernant votre demande ou la poursuite de votre admissibilité. Les sanctions s'appliquent également si vous dissimulez ou ne communiquez pas des faits concernant votre admissibilité initiale ou continue à l'aide à la garde d'enfants, ou si vous dissimulez ou ne communiquez pas des faits qui seraient susceptibles d'avoir une incidence sur le droit de toute personne, pour laquelle vous avez déposé une demande, à obtenir ou à continuer à percevoir l'aide à la garde d'enfants. Si vous êtes un représentant autorisé qui dépose une demande au nom d'une autre personne, l'aide à la garde d'enfants doit être utilisée par cette personne et non par vous. Il est illégal de bénéficier de l'aide à la garde d'enfants en dissimulant des informations ou en communiquant de fausses informations.
- J'atteste que mes ressources familiales ne dépassent pas 1 000 000,00 \$.

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

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

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

LDSS-4148A : Informations importantes sur vos droits et responsabilités ; **LDSS-4148B** : Informations importantes sur les programmes de services sociaux ; **LDSS-4148C** : Ce que vous devez savoir en cas d'urgence

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

Les signatures des deux parents/tuteurs sont requises s'il s'agit du foyer avec deux parents.

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

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

Section 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): _____

Length of Eligibility from _____ to _____

Codes: RFC: _____ PR: _____ FS: _____

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

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

Date: _____

Enfants supplémentaires (le cas échéant)

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

Section 2B Membres de la famille	Nom (nom, prénom)	Initiale du deuxième prénom	Lien de parenté	Date de naissance	Le sexe	Les deux parents de l'enfant vivent-ils à la maison ?	Ethnie hispanique ou latino**	Race** <i>(Voir la légende ci-dessous)</i>	Numéro de Sécurité sociale <i>(facultatif)</i>	L'enfant souffre-t-il (elle) d'un handicap ?	L'enfant est citoyen américain/de nationalité américaine ou a un statut d'immigration régularisé ?
	9.										
	10.										
	11.										
	12.										
	13.										
	14.										
	15.										
	16.										
	17.										
18.											
19.											
20.											
21.											
22.											
23.											
24.											
25.											
26.											
27.											
28.											

*Catégorie 1 : familles admissibles à une garde d'enfants garantie - demandeur d'une aide financière en espèces (CA), ou bénéficiaires d'une aide à la garde d'enfants (Child Care Assistance, CCA) au lieu d'une aide financière en espèces (CA) ou bénéficiaires des services de garde d'enfants transitoires
 Catégorie 2 : familles admissibles sous réserve de disponibilité de financement
 Catégorie 3 : familles admissibles sous réserve de disponibilité de financement et incluse par l'ACS dans le plan de services à l'enfance et à la famille (Child and Family Services Plan)

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

Codes d'appartenance raciale :
AI Amérindien ou autochtone d'Alaska
AS Asiatique
BL Noir ou afro-américain
HP Hawaïen ou insulaire du Pacifique
WH Blanc

Membres de la famille supplémentaires (le cas échéant)

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

Section 2B Membres de la famille	Nom (nom, prénom) <i>(Inclure tout alias ou nom de jeune fille entre parenthèses)</i>	Initiale du deuxième prénom	Lien de parenté	Date de naissance	Le sexe	Ethnie hispanique ou latino**	Race** <i>(Voir la légende à droite)</i>	Numéro de Sécurité sociale <i>(facultatif)</i>
	9.							
	10.							
	11.							
	12.							
	13.							
	14.							
	15.							
	16.							
	17.							
	18.							
	19.							
	20.							
	21.							
	22.							
	23.							
	24.							
	25.							
	26.							
	27.							
28.								

Pour les membres de la famille supplémentaires, veuillez joindre une feuille volante. Veuillez inclure des informations sur le conjoint, le parent ou le tuteur des enfants nécessitant des services de garde qui vivent au foyer.

Codes d'appartenance raciale :

- AI** Amérindien ou autochtone d'Alaska
- AS** Asiatique
- BL** Noir ou afro-américain
- HP** Hawaïen ou insulaire du Pacifique
- WH** Blanc

OFFICE USE ONLY Family Size: _____

Fournisseurs supplémentaires (le cas échéant)

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

Billets de revenu

--

Division du bien-être de l'enfant et de la famille

Instructions relatives à la demande d'aide à la garde d'enfants de catégorie 2 ou 3*

La disponibilité de l'aide à la garde d'enfants dépend du financement de la subvention globale pour la garde d'enfant. Si le financement n'est pas disponible, votre enfant peut être placé sur liste d'attente.

Cher-s parent-s/tuteur-s,

CE DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE EST UTILISÉ POUR SOLLICITER *UNIQUEMENT* UNE AIDE À LA GARDE D'ENFANTS EN TANT QUE FAMILLE DE CATÉGORIE 2 OU 3

Si vous demandez uniquement une aide à la garde d'enfants de catégorie 2 ou 3 (pour les familles ne bénéficiant pas d'aide financière en espèces), vous pouvez utiliser ce formulaire plus court. Si vous souhaitez demander d'autres allocations telles que l'aide financière en espèces (Cash Assistance, CA), le programme spécial de nutrition supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) (bons alimentaires), l'aide énergétique à domicile (Home Energy Assistance, HEAP), la Medicaid ou d'autres services, y compris l'aide à la garde d'enfants de catégorie 1 (pour les familles bénéficiant d'une aide financière en espèces), veuillez vous procurer le formulaire *New York State Application for Certain Benefits (Demande pour bénéficier de certaines prestations - État de New York, LDSS-2921)*.

En soumettant la demande d'aide à la garde d'enfants au lieu du formulaire *New York State Application for Certain Benefits* (LDSS-2921), vous déposez une demande d'aide à la garde d'enfants uniquement dans les catégories 2 et 3, c'est-à-dire sous réserve de disponibilité de financement. Vous ne postulez pas dans la catégorie 1, à savoir la garde d'enfant garantie.

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

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

VOIR LA LISTE DE VÉRIFICATION CI-JOINTE (CFWB-012B) POUR TOUS LES JUSTIFICATIFS DEMANDÉS.

À LIRE AVANT DE REMPLIR LA DEMANDE.

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

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

USAGE ADMINISTRATIF UNIQUEMENT

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

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

Catégorie 2 : Familles admissibles sous réserve de disponibilité de financement

Catégorie 3 : Familles admissibles sous réserve de disponibilité de financement et incluse par l'Administration des services à l'enfance (Administration for Children's Services, ACS) dans le plan de services à l'enfance et à la famille (Child and Family Services Plan)

Veillez indiquer en haut à droite si vous déposez un **nouveau dossier**, demandez une **modification** de statut/nouvelle attestation ou demandez à **ouvrir** votre dossier.

SECTION 1

DEMANDEUR

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

1. Écrivez votre nom et prénom ainsi que l'initiale de votre deuxième prénom en caractères d'imprimerie. Veuillez inclure tout alias ou nom de jeune fille entre parenthèses.
2. Indiquez votre situation familiale (célibataire, marié-e, divorcé-e ou veuf-ve).
3. Écrivez en caractères d'imprimerie votre adresse du domicile.
4. Indiquez si l'adresse est temporaire. Cochez « OUI » uniquement si la famille vit actuellement dans un foyer pour sans-abris, dans un logement partagé avec une autre famille, dans un hôtel, un motel, une voiture, un bus, un train, un parc ou camping, ou autre.
5. Écrivez en caractères d'imprimerie vos numéros de téléphone, y compris l'indicatif régional : bureau, domicile et cellulaire/autre (le cas échéant).
6. Écrivez en caractères d'imprimerie votre adresse électronique (facultatif).
7. Cochez « Oui » ou « Non » pour indiquer votre statut d'aide financière en espèces. **(Si vous êtes un bénéficiaire d'une aide financière en espèces, vous devez faire une demande de garde d'enfant par l'intermédiaire de votre assistant HRA de votre centre d'emploi.**
8. Cochez la case de la langue parlée le plus souvent dans votre foyer. Si vous avez sélectionné « autre », veuillez indiquer la langue.
9. Cochez la case de la langue dans laquelle vous préférez communiquer. Si vous avez sélectionné « autre », veuillez ► indiquer la langue. JUSTIFICATIFS : consultez la liste de vérification (CFWB-012B) des justificatifs requis pour la résidence à New York.

SECTION 2A

ENFANT(S) AYANT BESOIN DE SERVICES DE GARDE

1. Écrivez en caractères d'imprimerie le nom, le prénom et l'initiale du deuxième prénom de chaque enfant du ménage pour lequel vous demandez une aide à la garde d'enfants.
2. Pour chaque enfant du ménage, spécifiez le lien de parenté avec vous (par exemple, enfant).
3. Écrivez en caractères d'imprimerie la date de naissance et cochez la case indiquant le sexe de chaque enfant.
4. Indiquez si les deux parents de l'enfant vivent à la maison.
5. Cochez « OUI » ou « NON » pour indiquer si chaque enfant postulant est ou n'est pas hispanique ou latino. Vous êtes libre d'indiquer ou non l'origine ethnique. Cela n'affectera pas votre admissibilité à l'aide à la garde d'enfants ou le montant de l'aide qui vous sera accordée par cette agence.
6. Remplissez la colonne Race pour chaque enfant nécessitant les services de garde. Vous pouvez choisir plusieurs races pour un même enfant. Vous êtes libre d'indiquer ou non l'origine ethnique. Cela n'affectera pas votre admissibilité à l'aide à la garde d'enfants ou le montant de l'aide qui vous sera accordée par cette agence. Veuillez utiliser les codes ci-dessous.
AI - Amérindien ou autochtone d'Alaska **AS** – Asiatique **BL** - Noir américain ou afro-américain
HP - Autochtone d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique (HP) **WH** - Blanc
7. Numéro de Sécurité sociale (Social Security Number, SSN) de chaque enfant. Vous n'êtes pas obligé de fournir des SSN. Ils peuvent être utilisés par les agences fédérales, étatiques et locales pour empêcher la duplication des services et la fraude, et pour les rapports fédéraux.
8. Cochez « OUI » ou « NON » pour indiquer si l'enfant nécessitant des services de garde souffre d'un handicap¹. S'il est déterminé que votre enfant est admissible à l'aide à la garde d'enfants, veuillez consulter la page <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> pour obtenir un formulaire de demande pour les besoins spéciaux.
9. Cochez « OUI » ou « NON » pour indiquer si l'enfant ayant besoin de services de garde est un citoyen américain, un ressortissant américain ou une personne ayant un statut d'immigration régularisé.
10. Joignez une feuille volante pour les enfants supplémentaires (si vous demandez la garde de plus de huit (8) enfants).
► JUSTIFICATIFS : consultez la liste de vérification (CFWB-012B) des documents de citoyenneté/du statut d'immigration demandés uniquement pour le ou les enfants nécessitant des services de garde.

¹ Un enfant handicapé ou ayant des besoins spéciaux est un enfant incapable de prendre soin de lui-même et qui a été diagnostiqué comme ayant un ou plusieurs problèmes suivants à un degré tel que cela affecte la vie de l'enfant au quotidien : déficience visuelle, surdité ou autre déficience auditive, déficience orthopédique, troubles émotionnels, retard mental, troubles d'apprentissage, troubles de la parole, troubles de la santé, autisme ou handicaps multiples. Tout diagnostic de ce type doit être établi par un médecin, un psychologue agréé ou certifié ou un autre professionnel disposant des qualifications appropriées pour établir un tel diagnostic.

SECTION 2B

MEMBRES DE LA FAMILLE

1. Un membre de la famille est tout autre membre de votre foyer, y compris les enfants qui n'ont pas besoin de services de garde. Mettez-vous en premier, suivi de toutes les autres personnes qui vivent avec vous, y compris le deuxième parent, le tuteur et le beau-parent de l'enfant, le cas échéant. Le tuteur est un tuteur légal, le parent gardien ou toute autre personne in loco parentis de l'enfant. Écrivez en caractères d'imprimerie le nom et le prénom, et l'initiale du deuxième prénom, le cas échéant.
 2. Écrivez en caractères d'imprimerie le lien de parenté entre vous et chaque personne (par exemple, conjoint, compagnon, grand-parent, parent, etc.).
 3. Écrivez en caractères d'imprimerie la date de naissance et cochez la case indiquant le sexe de chaque personne du foyer.
 4. Cochez « OUI » ou « NON » pour indiquer si chaque membre du foyer est hispanique ou latino ou non. Vous êtes libre d'indiquer ou non l'origine ethnique. Cela n'affectera pas votre admissibilité à l'aide à la garde d'enfants ou le montant de l'aide qui vous sera accordée par cette agence.
 5. Remplissez la colonne Race pour tous ceux qui vivent avec vous. Vous pouvez choisir plusieurs races pour une seule personne. Vous êtes libre d'indiquer ou non l'origine ethnique. Cela n'affectera pas votre admissibilité à l'aide à la garde d'enfants ou le montant de l'aide qui vous sera accordée par cette agence. Veuillez utiliser les codes ci-dessous.
AI - Amérindien ou autochtone d'Alaska **AS** - Asiatique **BL** - Noir américain ou afro-américain
HP - Autochtone d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique **WH** - Blanc
 6. Écrivez les numéros de Sécurité sociale (SSN) des membres de votre famille. Le SSN est facultatif. Le SSN peut être utilisé par les agences fédérales, étatiques et locales pour empêcher la duplication des services et la fraude et pour les rapports fédéraux.
 7. S'il y a plus de huit (8) membres du ménage, joignez une feuille volante pour énumérer toutes leurs informations.
- **JUSTIFICATIFS** : consultez la liste de vérification (CFWB-012B) des documents demandés pour tous les enfants au foyer âgés de moins de 18 ans, que l'enfant ait ou non besoin de services de garde, pour vérifier le lien de parenté de l'enfant avec le parent/demandeur et pour vérifier l'âge de l'enfant.

SECTION 3

BESOINS DE L'ENFANT/DE LA FAMILLE

1. Veuillez cocher la ou les cases appropriées pour indiquer le ou les motifs pour lesquels vous demandez une aide à la garde d'enfants.
 - Emploi
 - Éducation professionnelle ou formation
 - Bénéficiaire de services d'aide aux victimes de violences domestiques (Domestic Violence Services)
 - Demandeur d'emploi
 - Sans-abri
 - Participer à un programme approuvé de traitement de la toxicomanie
 2. Cochez « OUI » ou « NON » pour indiquer si un parent non-gardien est disponible pour assurer la garde des enfants.
 3. Cochez la case appropriée pour indiquer si un parent est actuellement en service actif (à temps plein) dans l'armée américaine. Vous devez cocher « OUI » ou « NON » pour que la demande soit complète.
 4. Cochez la case appropriée pour indiquer si un parent est actuellement membre d'une unité de la garde nationale ou de la réserve militaire. Vous devez cocher « OUI » ou « NON » pour que la demande soit complète.
 5. Indiquez si le demandeur reçoit ou demande des services de garde d'enfant par l'intermédiaire d'une autre agence, sélectionnez l'agence, le cas échéant.
- **JUSTIFICATIFS** : consultez la liste de vérification (CFWB-012B) des justificatifs à fournir pour chaque motif de services de garde d'enfant. Le justificatif du statut militaire n'est pas requis. Un demandeur doit fournir des justificatifs sur les revenus perçus de son service militaire.

SECTION 4

EMPLOI

(À remplir pour chaque parent, tuteur ou beau-parent du ménage si vous demandez une aide à la garde d'enfants pour les raisons d'emploi ou si vous déclarez un revenu d'emploi.)

1. Écrivez en caractères d'imprimerie le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'employeur du demandeur.
2. Écrivez en caractères d'imprimerie la date de début d'emploi.
3. Cochez la case appropriée pour indiquer si votre travail comporte un quart de travail en rotation et/ou nécessite des heures supplémentaires.
4. Le cas échéant, écrivez en caractères d'imprimerie le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'employeur du deuxième parent, du tuteur ou du beau-parent du ménage.
5. Le cas échéant, écrivez en caractères d'imprimerie la date d'emploi du deuxième parent, du tuteur ou du beau-parent dans le ménage.
6. Le cas échéant, cochez la case appropriée pour indiquer si le deuxième parent, le tuteur ou le beau-parent du ménage a un quart de travail en rotation ou nécessite des heures supplémentaires.

► **JUSTIFICATIFS** : consultez la liste de vérification (CFWB-012B) des justificatifs à fournir concernant l'emploi.

SECTION 5

HORAIRES DE TRAVAIL / ACTIVITÉ / TRAJET

(À remplir pour chaque parent, tuteur ou beau-parent du ménage qui est employé ou suit une formation/activité professionnelle.)

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

SECTION 6

INFORMATIONS SUR LE REVENU

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

1. Cochez () Oui ou Non pour vous-même et toute personne qui vit avec vous pour chaque type de revenu.
2. Pour chaque réponse « Oui », écrivez EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE le montant ou la valeur en dollars (\$), la fréquence à laquelle le revenu est perçu et le nom du bénéficiaire.
3. **Tous les revenus doivent être déclarés dans le formulaire de demande.**
4. Si vous indiquez avoir reçu une aide financière en espèces, vous devez déposer une demande de garde d'enfant par l'intermédiaire de votre assistant HRA de votre centre d'emploi.
5. Si vous ne savez pas à quoi correspond un type de revenu, vous pouvez l'inclure sous « autre ».

► **JUSTIFICATIFS** : consultez la liste de vérification (CFWB-12B) des justificatifs de revenus.

SECTION 7 PRESTATAIRE

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

SECTION 8 ATTESTATION

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

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

SECTION 9 USAGE ADMINISTRATIF UNIQUEMENT

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

INFORMATIONS D'INSCRIPTION DES ÉLECTEURS

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

DROITS ET RESPONSABILITÉS

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

Si vous n'avez pas accès à internet, vous pouvez appeler la NYC ACS au (212) 835 7610 pour demander l'envoi par courrier des exemplaires papier des brochures qui mettent en évidence vos droits et responsabilités.

- **LDSS-4148A** : *Informations importantes sur vos droits et responsabilités*
- **LDSS-4148B** : *Informations importantes sur les programmes de services sociaux*
- **LDSS-4148C** : *Ce que vous devez savoir en cas d'urgence*

Pour les travailleurs indépendants :

- Travailleur indépendant depuis 1 an ou plus : Déclaration fiscale à jour, complète et signée (ex. 1040, 1065, annexe C, SE pour partenariat, K-1, etc.)
- Si vous êtes travailleur indépendant depuis moins d'un an, remplissez et soumettez l'attestation d'informations sur le revenu d'un travail indépendant CFWB-031 (Self-Employment Income Information Attestation)

Autres revenus :

- Chèques récents, fiches de paie ou lettres d'attribution actuelles requises pour les autres revenus identifiés par le demandeur sur le CFWB-012 y compris revenu supplémentaire de sécurité (Supplemental Security Revenue, SSI), pension d'invalidité de la Sécurité sociale (Social Security Disability, SSD), allocations de chômage, revenus de locations, pensions, rentes, indemnisation des accidents du travail, prestation compensatoire et pension alimentaire.

7. MOTIFS DE GARDE

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

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

- Voir la section Revenu ci-dessus pour les justificatifs d'emploi ou de travail indépendant.

b. Formation/activité professionnelle :

École professionnelle, collège de deux ans ou collège de quatre ans (l'un des suivants)

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

c. Demandeur d'emploi (l'une des options suivantes) :

- CFWB-026 - Relevé de recherche d'emploi
- Plan de recherche d'emploi approuvé par le Département du travail de l'État de New York (NYS Dept. of Labor)
- Lettre de versement de l'assurance chômage

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

- Lettre de l'hôtel/foyer
- CFWB-027 Questionnaire/Attestation sur le logement

e. Lettre en cas de violences domestiques (de la part du prestataire de services de lutte contre les violences domestiques) :

- Orientation vers des services en réponse aux violences domestiques

f. Referencia del Programa de Tratamiento de Abuso de Sustancias (del proveedor de servicios de Tratamiento de Abuso de Sustancias):

- Referencia para servicios para tratar el abuso de sustancias

Veillez consulter la page <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> pour les formulaires et les instructions concernant le dépôt de dossier. Pour obtenir de plus amples informations, veuillez appeler le 311 ou 212 835 7610.

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



Envoi de votre demande

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

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

NYC Children – EDU
PO Box 40
Maplewood, NJ 07040

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

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



NOTE DE SERVICE

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

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

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

Objet : Statut d'immigration/identité

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

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

Si vous avez des questions ou souhaitez obtenir une liste des programmes subventionnés de garde et d'éducation pour de jeunes enfants qui ne nécessitent pas de preuve de citoyenneté ou de statut d'immigration, veuillez appeler la permanence téléphonique de l'Administration des services à l'enfance (Administration for Children's Services, ACS) et notamment la Division du bien-être de l'enfant et de la famille (Child and Family Well-Being) en composant le (212) 835-7610 ou consulter notre site internet à l'adresse <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 If you answered NO , do not complete this form	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 If you answered NO to both of the prior questions, you cannot register to vote.	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 _____ In county/state _____	Your address was (give house number, street and city) _____ Under the name (if different from your name now) _____		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	
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		12	Affidavit: I swear or affirm that <ul style="list-style-type: none"> 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		

(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.