Save | Print | Clear

NYC Children

CFWB-012
نظر ثانی شدہ 07/23

نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے درخواست

براہ کرم ہدایات (CFWB-012A) پڑھیں اور اسے مکمل کرتے وقت اعانت کے لیے اور جو دستاویزات مطلوب ہیں ان سے متعلق معلومات کے لیےدستاویز کی جانچ فہرست (CFWB-012B) کا جائزہ لیں۔

بملاحظہ: یہ درخواست صرف زمرہ 2 یا 3* نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے (جن فیملیز کو نقد اعانت نہیں ملتی ہے ان کے لیے) درخواست دینے کے واسطے استعمال کی جاتی ہے۔ نقد اعانت یا دیگر مراعات، بشمول زمرہ 1 نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے (جن فیملیز کو نقد اعانت ملتی ہے ان کے لیے)، آپ کو نیو یارک اسٹیٹ کی درخواست برائے مخصوص مراعات و خدمات (LDSS-2921) استعمال کرنا ضروری ہے۔

براہ کرم نوٹ کریں: مکمل مانے جانے کے لیے اس فارم کے سارے سیکشن پُر کرنا ضروری ہے الّا یہ کہ سیکشن کو اختیاری کے بطور شناخت کیا گیا ہو۔ اگر آپ اس فارم کے تمام مطلوب سیکشن مکمل نہیں کرتے ہیں تو، آپ کو نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے زیر غور نہیں لایا جائے گا۔

درج ذیل درخواست دہندگان آمدنی کا لحاظ کیے بغیر نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے اہل ہو سکتے ہیں اور انہیں یہ درخواست مکمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ رضاعی والدین جنہیں کام کرنے میں اپنی سہولت کے لیے نگہداش طفل میں اعانت درکار ہے اور جو صرف رضاعی بچے (بچوں) کے لیے اعانت کے لیے درخواست دے رہے ہیں۔ حفاظتی یا تدارکی خدمات موصول کرنے والی فیملیز۔

تفصیلات کے لیے درخواست کی ہدایات (CFWB-012A) سے رجوع کریں ◯ نیا ◯ تبدیل/دوبارہ تصدیق ◯ دوبارہ کھلا ہوا

OFFICE USE ONLY Case #: ____________ Application Date: ____________

سیکشن 1 - درخواست دہندہ

آخری نام (براہ کرم کوئی عرفی نام یا خاندانی نام میں مین شامل کریں): ____________ پہلا نام: ____________ درمیانی نام: ____________ ازدواجی حیثیت: ____________

گھر کا پتہ: ____________ اپارٹمنٹ نمبر: ____________ سٹی/بورو: ____________ ریاست: ____________ زپ کوڈ: ____________

کیا یہ عارضی پتہ ہے؟ ◯ ہاں ◯ نہیں اگر *ہاں* تو، کیا *فیملی فی الحال اس میں رہتی ہے* (ایک کو نشان زد کریں): ◯ بے گھر پنا گا ◯ دوسری فیملی کے ساتھ ڈبل ہو گئے ہیں ◯ ہوٹل/موٹیل ◯ کار، بس، ٹرین ◯ پارک، کیمپ سائٹ ◯ دیگر

ٹیلیفون (دفتر): ____________ ٹیلیفون (گھر): ____________ ٹیلیفون (سیل یا دیگر): ____________ ای میل: ____________

کیا آپ کو نقد اعانت ملتی ہے؟ ◯ ہاں ◯ نہیں CA نمبر: ____________ آپ کی بنیادی زبان کیا ہے؟ ◯ انگریزی ◯ ہسپانوی ◯ دیگر ____________

آپ کی ترجیحی زبان کیا ہے؟ ◯ انگریزی ◯ ہسپانوی ◯ دیگر ____________

براہ کرم اپنے گھرانے میں نگہداشت صحت کے ضرورتمند سبھی بچے درج کریں۔ **(صرف نگہداشت کے ضرورتمند بچے)**

سیکشن 2 نگہداشت کا ضرورتمند بچہ (بچے)

نام (آخری، پہلا)	درمیانی نام	رشتہ	تاریخ پیدائش	صنف	بچے کے دونوں والدین گھر میں رہتے ہیں؟	نسلیت ہسپانوی یا لاطینو**	نسل** (ایجنڈ نیچے دیکھیں)	سوشل سیکیورٹی نمبر (*اختیاری*)	معذور بچہ؟	کیا بچہ امریکی شہری/امریکی باشندہ/ یا اطمینان بخش ترک وطن کی حالت رکھنے والا فرد ہے؟ کیا بچہ امریکی شہری/امریکی باشندہ/ یا اطمینان بخش ترک وطن کی حالت رکھنے والا فرد ہے؟
.1										
.2										
.3										
.4										
.5										
.6										
.7										
.8										

* زمرہ 1: نگہداشت اطفال گارنٹی کے اہل خاندان – نقد اعانت (CA) کے لیے درخواست دینا یا وصول کرنا، یا CA کے بدلے امداد برائے نگہداشت اطفال حاصل کرنا یا عبوری نگہداشت اطفال حاصل کرنا
زمرہ 2: وہ فیملیز جو فنڈ دستیاب ہونے پر اہل ہوتی ہیں
زمرہ 3: وہ فیملیز جو فنڈ دستیاب ہونے پر اہل ہوتی ہیں اور ACS نے انہیں اپنے چائلڈ اینڈ فیملی سروسز پلان میں شامل کیا ہوتا ہے

** نسلیت اور نسلی معلومات فراہم کرنا رضاکاران ہے اور اس سے نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کے ذریعے آپ کو اعانت کی جو رقم دی جائے گی اس پر اثر نہیں پڑے گا۔

نسلی وابستگی کے کوڈ:

AI	اصل امریکی یا الاسکا کا اصل باشندہ
AS	ایشیائی
BL	سیاہ فام، افریقی امریکی یا افریقی
HP	ہوائی کا اصل باشندہ یا پیسفک جزیرے کا باشندہ
WH	سفید فام

براہ کرم اپنے پورے گھرانے کے سبھی **دیگر** ممبران درج کریں (جو سیکشن 2A میں مندرج نہیں ہیں) بشمول 18 سال سے کم عمر کے وہ بچے جنہیں نگہداشت طفل درکار **نہیں** ہے۔ سب سے پہلے خود کو، اس کے بعد آپ کے ساتھ رہنے والے ہر ایک کو درج کریں۔

سیکشن 2B خاندان کے افراد

نام (آخری، پہلا) *(عرفی نام یا اصل نام قوسین میں شامل کریں)*	**درمیانی نام**	**رشتہ**	**تاریخ پیدائش**	**صنف**	**نسلیت ہسپانوی یا لاطینو****	**نسل**** *(ایجنڈ دائیں دیکھیں)*	**سوشل سیکیورٹی نمبر** *(اختیاری)*
1.		خود					
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

اضافی فیملی ممبرز کے لیے، براہ کرم علیحدہ پرچہ منسلک کریں۔ گھر میں رہنے والے نگہداشت کے لیے درخواست دے رہے بچے کے شریک حیات، والدین یا نگراں کے لیے معلومات شامل کریں۔

نسلی وابستگی کے کوڈ:
- **AI** اصل امریکی یا الاسکا کا اصل باشندہ
- **AS** ایشیائی
- **BL** سیاہ فام، افریقی امریکی یا افریقی
- **HP** ہوائی کا اصل باشندہ یا پیسفک جزیرے کا باشندہ
- **WH** سفید فام

OFFICE USE ONLY Family Size: ________

سیکشن 3 بچے/خاندان کی ضروریات

نگہداشت طفل میں اعانت کی درخواست کرنے کی آپ کی وجہ کیا ہے؟

- ◯ ملازمت
- ◯ حرفتی تربیت/تعلیمی سرگرمیاں
- ◯ خانگی تشدد سے متعلق خدمات موصول کرنا
- ◯ کام کی تلاش ◯ بے گھری
- ◯ منشیات کے غلط استعمال کے علاج کے منظور شدہ پروگرام میں شرکت کرنا

کیا والدین فی الحال امریکی فوج میں فعال ڈیوٹی (کل وقتی) ہے؟

◯ ہاں ◯ نہیں

کیا والدین فی الحال نیشنل گارڈ یا ملٹری ریزرو یونٹ کا ممبر ہے؟

◯ ہاں ◯ نہیں

کیا نگہداشت طفل فراہم کرنے کے لیے غیر تولیتی والدین موجود ہیں؟

◯ ہاں ◯ نہیں

کیا درخواست دہندہ مختلف درخواست کے ذریعے نگہداشت طفل موصول کر /اس کے لیے درخواست دے رہا ہے؟
اگر ہاں تو براہ کرم ایجنسی بتائیں:

- ◯ محکمہ تعلیم (DOE)
- ◯ ہیومن ریسورسز ایڈمنسٹریشن (HRA)
- ◯ محکمہ برائے نوجواں اور کمیونٹی کا فروغ (DYCD)
- ◯ محکمہ برائے بے گھر افراد سے متعلق خدمات (DHS)
- ◯ کنسورشیم فار ورکر ایجوکیشن (CWE)
- ◯ بچوں کی خدمات کے لیے انتظامیہ (ACS)

سیکشن 4 - ملازمت (اگر ملازمت نگہداشت کی وجہ ہے)

درخواست گزار کے آجر کا نام: ____________ ٹیلیفون نمبر ________ پتہ: ____________ سٹی/بورو: ________ ریاست: ________ زپ کوڈ: ________

ملازمت کے آغاز کی تاریخ: ____________ کیا نوکری میں گردش والی شفٹ ہے؟ ◯ ہاں ◯ نہیں کیا نوکری میں اوور ٹائم (TO) مطلوب ہے؟ ◯ ہاں ◯ نہیں

اگر درخواست دہندہ کے پاس دوسری نوکری ہے

درخواست گزار کے آجر کا نام: ____________ ٹیلیفون نمبر ________ پتہ: ____________ سٹی/بورو: ________ ریاست: ________ زپ کوڈ: ________

ملازمت کے آغاز کی تاریخ: ____________ کیا نوکری میں گردش والی شفٹ ہے؟ ◯ ہاں ◯ نہیں کیا نوکری میں اوور ٹائم (TO) مطلوب ہے؟ ◯ ہاں ◯ نہیں

گھرانے میں دوسرے والدین، نگراں یا سوتیلے والدین

درخواست گزار کے آجر کا نام: ____________ ٹیلیفون نمبر ________ پتہ: ____________ سٹی/بورو: ________ ریاست: ________ زپ کوڈ: ________

ملازمت کے آغاز کی تاریخ: ____________ کیا نوکری میں گردش والی شفٹ ہے؟ ◯ ہاں ◯ نہیں کیا نوکری میں اوور ٹائم (TO) مطلوب ہے؟ ◯ ہاں ◯ نہیں

گھرانے میں دوسرے والدین، نگراں یا سوتیلے والدین کے پاس دوسری نوکری ہے

درخواست گزار کے آجر کا نام: ____________ ٹیلیفون نمبر ________ پتہ: ____________ سٹی/بورو: ________ ریاست: ________ زپ کوڈ: ________

ملازمت کے آغاز کی تاریخ: ____________ کیا نوکری میں گردش والی شفٹ ہے؟ ◯ ہاں ◯ نہیں کیا نوکری میں اوور ٹائم (TO) مطلوب ہے؟ ◯ ہاں ◯ نہیں

سیکشن 5 کام/سرگرمی/سفر کے وقت کا شیڈول

تمثیلی کام/سرگرمی کا شیڈول (جیسے تعلیمی/حرفتی سرگرمی)

اتوار		پیر		منگل		بدھ		جمعرات		جمعہ		ہفتہ	
از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا

اگر والدین کے پاس دوسری شفٹ، نوکری یا سرگرمی ہے تو ہی ذیل کا شیڈول مکمل کریں

اتوار		پیر		منگل		بدھ		جمعرات		جمعہ		ہفتہ	
از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا

گھرانے میں دوسرے والدین، نگراں یا سوتیلے والدین کے لیے تمثیلی کام/سرگرمی کا شیڈول (جیسے تعلیمی/حرفتی سرگرمی)

اتوار		پیر		منگل		بدھ		جمعرات		جمعہ		ہفتہ	
از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا

براہ کرم ذیل کا شیڈول تبھی مکمل کریں جو گھرانے میں دوسرے والدین، نگراں یا سوتیلے والدین کے پاس دوسری شفٹ، نوکری یا سرگرمی ہو

اتوار		پیر		منگل		بدھ		جمعرات		جمعہ		ہفتہ	
از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا

سفر کا وقت

ڈراپ آف: نگہداشت طفل فراہم کنندہ سے کام/سرگرمی تک سفر کا وقت؟
درج ذیل میں سے ایک کو نشان زد کریں: ◯ 15 منٹ ◯ 30 منٹ ◯ 45 منٹ ◯ 1 گھنٹہ ◯ 1 گھنٹہ سے زیادہ۔ اگر 1 گھنٹہ سے زیادہ تو وقت کی مقدار __________ عوامی نقل و حمل؟ ◯ ہاں ◯ نہیں

پک اپ: کام/سرگرمی سے نگہداشت طفل فراہم کنندہ تک سفر کا وقت؟
درج ذیل میں سے ایک کو نشان زد کریں: ◯ 15 منٹ ◯ 30 منٹ ◯ 45 منٹ ◯ 1 گھنٹہ ◯ 1 گھنٹہ سے زیادہ۔ اگر 1 گھنٹہ سے زیادہ تو وقت کی مقدار __________ عوامی نقل و حمل؟ ◯ ہاں ◯ نہیں

شریک حیات/دیگر والدین: نگہداشت طفل فراہم کنندہ سے کام/سرگرمی تک سفر کا وقت؟
درج ذیل میں سے ایک کو نشان زد کریں: ◯ 15 منٹ ◯ 30 منٹ ◯ 45 منٹ ◯ 1 گھنٹہ ◯ 1 گھنٹہ سے زیادہ۔ اگر 1 گھنٹہ سے زیادہ تو وقت کی مقدار __________ عوامی نقل و حمل؟ ◯ ہاں ◯ نہیں

پک اپ: کام/سرگرمی سے نگہداشت طفل فراہم کنندہ تک سفر کا وقت؟
درج ذیل میں سے ایک کو نشان زد کریں: ◯ 15 منٹ ◯ 30 منٹ ◯ 45 منٹ ◯ 1 گھنٹہ ◯ 1 گھنٹہ سے زیادہ۔ اگر 1 گھنٹہ سے زیادہ تو وقت کی مقدار __________ عوامی نقل و حمل؟ ◯ ہاں ◯ نہیں

سیکشن 6 آمدنی کی معلومات

اس بات کی نشاندہی کریں کہ کیا آپ کے ساتھ درخواست دینے والے کسی کو بھی درج ذیل مآخذ سے پیسہ موصول ہوتا ہے۔ دستاویزی شہادت کے تقاضوں کے لیے جانچ فہرست (CFWB-012B) دیکھیں۔ براہ کرم جلی حروف میں لکھیں

مآخذ	ہاں/نہیں	مجموعی رقم	کتنی بار؟ (مثلا ہفتہ وار، ماہانہ، وغیرہ)	وصول کنندہ کون ہے:	OFFICE USE ONLY Type of Documentation	OFFICE USE ONLY Monthly Calculations
درخواست دہندہ اجرتیں/تنخواہ بشمول اوور ٹائم، کمیشن، تربیتی پروگرام، نذرانے		$		خود		
گھرانے میں دوسرے والدین، نگراں یا سوتیلے والدین اجرتیں/تنخواہ بشمول اوور ٹائم، کمیشن، تربیتی پروگرام، نذرانے		$				
خود کے روزگار سے ہونے والی خالص آمدنی		$				
امداد اطفال کی ادائیگیاں (موصول شدہ)		$				
سالیانہ/شریک حیات کی امداد (موصول شدہ)		$				
بے روزگاری بیمہ کی مراعات، ورکرز کمپنسیشن		$				
سوشل سیکیورٹی کی مراعات (بشمول SSI)		$				
معذوری سے متعلق بینیفاٹ ثیروپیٹس (VA ،NYS، نجی)		$				
کرایہ/بورڈرز کی/لاجرز سے ہونے والی آمدنی (موصول شدہ)		$				
منافع/سود – اسٹاکس، بانڈز، بچتیں		$				
ریٹائرمنٹ، پنشن/سالیانے		$				
نقد اعانت (CA) کی گرانٹ، سیفٹی نیٹ کی مراعات		$				
دیگر (براہ کرم وضاحت کریں)		$				
کل آمدنی	0.00	$				

NYC Children

CFWB-012
نظر ثانی شدہ 07/23

سیکشن 7 فراہم کنندہ

اگر آپ نیو یارک اسٹیٹ کے چائلڈ کیئر بلاک گرانٹ سے فنڈ یافتہ نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے اہل قرار پاتے ہیں تو، آپ کے پاس منتخب کرنے کا اختیار ہے: مرکز پر مبنی یا گھر پر مبنی نگہداشت طفل۔ اگر آپ ایسا فراہم کنندہ منتخب کرتے ہیں جو لائسنس یافتہ یا رجسٹرڈ نہیں ہے تو، فراہم کنندہ کا قانونی طور پر مستثنی فراہم کنندہ کے بطور مندرج ہونا ضروری ہے۔ اپنی پسند کے فراہم کنندہ (کنندگان) کا (کے) نام اور پتہ (پتے) نیچے فراہم کریں۔ آپ منسلکہ پرچے پر اضافی پسند درج کر سکتے ہیں۔

نام: ______________ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): ______________ نام: ______________ پروگرام نمبر(اگر قابل اطلاق ہو): ______________ نام: ______________ پروگرام نمبر(اگر قابل اطلاق ہو): ______________

پتہ: ______________ پتہ: ______________ پتہ: ______________

سیکشن 8 سرٹیفکیشن

1. میں سمجھتا ہوں کہ اس فارم پر موجود معلومات کا استعمال خدمات/سبسڈی کے لیے میری یا میری فیملی کی اہلیت کا تعین کرنے کے لئے کیا جائے گا۔ میں اس درخواست فارم پر دستخط کر کے اس بات کو سمجھتا ہوں کہ، میں نے جو معلومات دی ہے اس کی تصدیق یا توثیق کرنے کے لئے کسی بھی تفتیش یا نگہداشت طف میں اعانت کے لیے میری درخواست کے سلسلے میں کسی بھی تفتیش میں پوری طرح تعاون کرنے سے اتفاق کرتا ہوں۔ اگر اضافی معلومات کی درخواست کی جائے گی تو میں فراہم کروں گا۔
2. سوشل سیکیورٹی نمبرز، اگر فراہم کرائے گئے ہوں تو، وفاقی، ریاستی، اور مقامی ایجنسیوں کے ذریعے خدمات کے ڈپلیکیشن، فریب کو روکنے کے لیے اور وفاقی رپورٹنگ کے لیے استعمال کیے جا سکتے ہیں۔
3. میں اپنی ضروریات، آمدنی، پتہ، قیام کے انتظامات، گھرانے کی ساخت یا جس پتے پر نگہداشت فراہم کی جاتی ہے اس میں، نگہداشت طفل فراہم کرنے والے فرد میں، فراہم کنندہ کی فیس اور/یا جتنے گھنٹوں کے لیے نگہداشت کی ضرورت میں اس میں کسی تبدیل سے ایجنسی کو فوری طور پر مطلع کرنے پر متفق ہوں۔
4. میں تصدیق کرتا ہوں کہ نگہداشت طفل کے ضرورتمند کے بطور بیان کردہ بچے امریکی(U.S.) شہری، امریکی باشندے، یا ترک وطن کی اطمینان بخش حالت والے افراد ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ ان بچوں کے بارے میں یہ معلومات ترک وطن اور وطن گیری کی خدمت (Immigration and Naturalization Service, INS) کو ترک وطن کی حالت کی تصدیق کے لئے جمع کیا جا سکتا ہے، اگر قابل اطلاق ہو۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ ان بچوں سے متعلق اس معلومات کا استعمال یا انکشاف ان افراد اور تنظیموں تک ہی محدود ہے جو ترک وطن کی حالت کی تصدیق اور نگہداشت طفل میں اعانت پروگرام کے التزامات کے بندوبست یا نفاذ سے براہ راست جڑے ہوئے ہیں۔
5. میں سمجھتا ہوں کہ اس درخواست کا استعمال صرف نگہداشت طفل میں اعانت کے بیان کردہ مقصد کے لئے کیا جاتا ہے۔ SNAP, Medicaid، نقد اعانت یا دیگر خدمات جیسی دوسری اعانت حاصل کرنے کے لیے، اضافی درخواستیں مطلوب ہوں گی۔ تاہم، اس درخواست اور اس درخواست کی تفتیش کے حصے کے طور پر حاصل کردہ کسی بھی معلومات کو کسی بھی شہر، ریاستی، یا وفاقی ایجنسی کے ساتھ شیئر کیا جا سکتا ہے جسے آپ درخواست دیتے ہیں یا اعانت یا مراعات کے لئے آپ نے درخواست دی ہے۔
6. اگر آپ نگہداشت طفل میں اعانت کے لئے درخواست دیتے وقت یا جب آپ سے آپ کی اہلیت کے بارے میں پوچھ گچھ کی جاتی ہے اس وقت آپ سچ نہیں بولتے ہیں، یا اگر آپ کی درخواست یا جاری اہلیت کے بارے میں کسی اور شخص سے آپ کے سچ نہیں بولنے کا سبب بنتے ہیں تو، وفاقی اور ریاستی قوانین جرمانہ، قید یا دونوں کی سزا دیتے ہیں۔ اگر آپ نگہداشت اطفال کی امداد کے لیے اپنی ابتدائی یا جاری اہلیت کے بارے میں حقائق کو چھپاتے ہیں یا حقائق بتانے میں ناکام ہوتے ہیں؛ یا اگر نگہداشت اطفال کی امداد حاصل کرنے یا بدستور حاصل کرتے رہنے کے لیے آپ ایسے حقائق کو چھپاتے ہیں یا حقائق بتانے میں ناکام ہوتے ہیں جو کسی کے حق کو متاثر کرتے ہیں، جن کے لئے آپ نے درخواست دی ہے تب بھی جرمانے لاگو ہوتے ہیں۔ اگر آپ اجازت یافتہ نمائندے ہیں اور کسی اور شخص کی طرف سے درخواست دے رہے ہیں تو، نگہداشت اطفال کی امداد کا استعمال خود اس شخص کے لئے ضرور کیا جانا چاہئے۔ معلومات چھپا کر یا غلط معلومات فراہم کر کے نگہداشت اطفال کی امداد حاصل کرنا غیر قانونی ہے۔
7. میں تصدیق کرتا ہوں کہ میری فیملی کے وسائل $1,000,000.00 سے زیادہ نہیں ہیں۔

نیویارک سٹی کی انتظامیہ برائے خدمات اطفال (Administration for Children's Services, ACS) کی پالیسی اور اس کا عزم ہے کہ وہ نسل، عقیدہ، عمر، رنگ، جنس، مذہب، قومی بنیاد، اجنبی یا شہریت کی حالت، جسمانی یا ذہنی معذوری، صنف، صنفی شناخت، جنسی رجحان، حمل، ازدواجی یا پارٹنرشپ کی حیثیت کی بنیاد پر امتیازی سلوک نہیں کرتی ہے۔

آپ اپنے حقوق اور ذمہ داریوں کے بارے میں معلومات http://otda.ny.gov/programs/applications/4148A.pdf پر حاصل کر سکتے ہیں۔
اگر آپ کی رسائی انٹرنیٹ تک نہیں ہے تو درج ذیل کتابوں کی طبعی نقول کی درخواست کرنے کے لیے آپ NYC ACS at (212) 835-7610 پر کال کر سکتے ہیں۔
LDSS-4148A: آپ کو اپنے حقوق اور ذمہ داریوں کے بارے میں کیا معلوم ہونا چاہیے؛ **LDSS-4148B:** سوشل سروسز پروگرامز کے بارے میں آپ کو کن باتوں کا علم ہونا چاہیے؛ **LDSS-4148C:** اگر آپ کو کوئی ہنگامی حالت درپیش ہو تو آپ کو کن باتوں کا علم ہونا چاہیے

تصدیق: میں برجانہ دروغ حلفی کے تحت حلف اٹھاتا ہوں اور/یا اس کی تصدیق کرتا ہوں کہ وہ تمام معلومات جو میں نے نگہداشت طفل میں اعانت سے متعلق NYC ACS کو دی ہیں یا دوں گا وہ صحیح ہیں۔ میں نے مذکورہ بالا اور منسلکہ نوٹس دونوں کو پڑھ اور سمجھ لیا ہے۔ میں اوپر مندرج تصدیقات کو سمجھتا ہوں اور ان سے متفق ہوں۔

اگر دو والدین/نگراں والا گھرانہ ہو تو براہ کرم دونوں والدین کے دستخط فراہم کریں۔

والدین/نگراں کے دستخط ______________ والدین/نگراں کے دستخط ______________ والدین/نگراں کے دستخط ______________

جلی حروف میں نام لکھیں: ______________ تاریخ: ______ جلی حروف میں نام لکھیں: ______________ تاریخ: ______ جلی حروف میں نام لکھیں: ______________ تاریخ: ______

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

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

Eligibility determined and approved by (print and initial): ______________ Date: ______________

Length of Eligibility from ______________ to ______________ **Codes**: RFC: ______ PR: ______ FS: ______

NYC Children

اضافی بچے (اگر قابل اطلاق ہو)

سیکشن 2 نگہداشت کا ضرورتمند بچہ (بچے)

نام (آخری، پہلا)	درمیانی نام	رشتہ	تاریخ پیدائش	صنف	بچے کے دونوں والدین گھر میں رہتے ہیں؟	نسلیت ہسپانوی یا لاطینو**	نسل** *(لیجنڈ نیچے دیکھیں)*	سوشل سیکیورٹی نمبر *(اختیاری)*	معذور بچہ؟	کیا بچہ امریکی شہری/امریکی باشندہ/ یا اطمینان بخش ترک وطن کی حالت رکھنے والا فرد ہے؟ کیا بچہ امریکی شہری/امریکی باشندہ/ یا اطمینان بخش ترک وطن کی حالت رکھنے والا فرد ہے؟
.9										
.10										
.11										
.12										
.13										
.14										
.15										
.16										
.17										
.18										
.19										
.20										
.21										
.22										

* زمرہ 1: نگہداشت اطفال گارنٹی کے اہل خاندان – نقد اعانت (CA) کے لیے درخواست دینا یا وصول کرنا، یا CA کے بدلے امداد برائے نگہداشت اطفال حاصل کرنا یا عبوری نگہداشت اطفال حاصل کرنا
زمرہ 2: وہ فیملیز جو فنڈ دستیاب ہونے پر اہل ہوتی ہیں
زمرہ 3: وہ فیملیز جو فنڈ دستیاب ہونے پر اہل ہوتی ہیں اور ACS نے انہیں اپنے چائلڈ اینڈ فیملی سروسز پلان میں شامل کیا ہوتا ہے

** نسلیت اور نسلی معلومات فراہم کرنا رضاکاران ہے اور اس سے نگہداشت طفل میں اائن کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کے ذریعے آپ کو اعانت کی جو رقم دی جائے گی اس پر اثر نہیں پڑے گا۔

نسلی وابستگی کے کوڈ:

AI	اصل امریکی یا الاسکا کا اصل باشندہ
AS	ایشیائی
BL	سیاہ فام، افریقی امریکی یا افریقی
HP	ہوائی کا اصل باشندہ یا پیسفک جزیرے کا باشندہ
WH	سفید فام

اضافی بچے (اگر قابل اطلاق ہو)

ے سبھی **دیگر** ممبران درج کریں (جو سیکشن 2A میں مندرج نہیں ہیں) بشمول 18 سال سے کم عمر کے وہ بچے جنہیں نگہداشت طفل درکار **نہیں** ہے۔ سب سے پہلے خود کو، اس کے بعد آپ کے ساتھ رہنے والے ہر ایک کو درج کریں۔

سیکشن 2B خاندان کے افراد

نام (آخری، پہلا) *(عرفی نام یا اصل نام قوسین میں شامل کریں)*	**درمیانی نام**	**رشتہ**	**تاریخ پیدائش**	**صنف**	**نسلیت ہسپانوی یا لاطینو****	**نسل**** *(لیجنڈ دائیں دیکھیں)*	**سوشل سیکیورٹی نمبر** *(اختیاری)*
.9		خود					
.10							
.11							
.12							
.13							
.14							
.15							
.16							
.17							
.18							
.19							
.20							
.21							
.22							
.23							
.24							
.25							
.26							
.27							
.28							

اضافی فیملی ممبرز کے لیے، براہ کرم علیحدہ پرچہ منسلک کریںیں۔ گھر میں رہنے والے نگہداشت کے لیے درخواست دے رہے بچے کے شریک حیات، والدین یا نگراں کے لیے معلومات شامل کریں۔

نسلی وابستگی کے کوڈ:

AI اصل امریکی یا الاسکا کا اصل باشندہ
AS ایشیائی
BL سیاہ فام، افریقی امریکی یا افریقی
HP ہوائی کا اصل باشندہ یا پیسفک جزیرے کا باشندہ
WH سفید فام

OFFICE USE ONLY Family Size: ________

اضافی فراہم کنندگان (اگر قابل اطلاق ہوں)

سیکشن 7 فراہم کنندہ

اگر آپ نیو یارک اسٹیٹ کے چائلڈ کیئر بلاک گرانٹ سے فنڈ یافتہ نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے اہل قرار پاتے ہیں تو، آپ کے پاس منتخب کرنے کا اختیار ہے: مرکز پر مبنی یا گھر پر مبنی نگہداشت طفل۔ اگر آپ ایسا فراہم کنندہ منتخب کرتے ہیں جو لائسنس یافتہ یا رجسٹرڈ نہیں ہے تو، فراہم کنندہ کا قانونی طور پر مستثنی فراہم کنندہ کے بطور مندرج ہونا ضروری ہے۔ اپنی پسند کے فراہم کنندہ (کنندگان) کا (کے) نام اور پتہ (پتے) نیچے فراہم کریں۔ آپ منسلکہ پرچے پر اضافی پسند درج کر سکتے ہیں۔

نام: ____________ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): ________ نام: ____________ پروگرام نمبر(اگر قابل اطلاق ہو): ________ نام: ____________ پروگرام نمبر(اگر قابل اطلاق ہو): ________

پتہ: ____________________ پتہ: ____________________ پتہ: ____________________

سیکشن 7 فراہم کنندہ

نام: ____________ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): ________ نام: ____________ پروگرام نمبر(اگر قابل اطلاق ہو): ________ نام: ____________ پروگرام نمبر(اگر قابل اطلاق ہو): ________

پتہ: ____________________ پتہ: ____________________ پتہ: ____________________

سیکشن 7 فراہم کنندہ

نام: ____________ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): ________ نام: ____________ پروگرام نمبر(اگر قابل اطلاق ہو): ________ نام: ____________ پروگرام نمبر(اگر قابل اطلاق ہو): ________

پتہ: ____________________ پتہ: ____________________ پتہ: ____________________

سیکشن 7 فراہم کنندہ

نام: ____________ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): ________ نام: ____________ پروگرام نمبر(اگر قابل اطلاق ہو): ________ نام: ____________ پروگرام نمبر(اگر قابل اطلاق ہو): ________

پتہ: ____________________ پتہ: ____________________ پتہ: ____________________

آمدنی کے نوٹس

اطفال اور خاندانی بہبود کی ڈویژن

زمرہ 2 یا 3 امداد برائے نگہداشت اطفال کی اپنی درخواست مکمل کرنے کے لیے ہدایات*

امداد برائے نگہداشت اطفال کی دستیابی چائلڈ کیئر بلاک گرانٹ کی فنڈنگ پر منحصر ہے۔
اگر کوئی فنڈ دستیاب نہیں ہے، تو آپ کے بچے (بچوں) کو انتظار کی فہرست میں رکھا جا سکتا ہے۔

محترم والدین/نگراں،

اس درخواست کا استعمال *صرف* نگہداشت اطفال میں مدد کے لیے بطور زمرہ 2 یا 3 فیملی کے لیے کیا جاتا ہے

اگر آپ صرف زمرہ 2 یا 3 کی امداد برائے نگہداشت اطفال کے لیے درخواست دے رہے ہیں (ان خاندانوں کے لیے جو نقد اعانت موصول نہیں کر رہے ہیں)، تو آپ اس مختصر درخواست کو استعمال کر سکتے ہیں۔ اگر آپ دیگر مراعات جیسے نقد اعانت، تکملاتی تغذیاتی اعانت پروگرام (فوڈ اسٹیمپ)، ہوم انرجی اسسٹنس، Medicaid یا دیگر خدمات کے لیے درخواست دینا چاہتے ہیں، بشمول زمرہ 1 امداد برائے نگہداشت اطفال (نقد اعانت موصول کرنے والے خاندانوں کے لیے)، تو براہ کرم *نیو یارک اسٹیٹ ایپلیکیشن فار سرٹین بینیفٹس اینڈ سروسز* (LDSS-2921) کے بارے میں پوچھیں۔

نیو یارک اسٹیٹ ایپلیکیشن فار سرٹین بینیفٹس اینڈ سروسز (LDSS-2921) کی بجائے امداد برائے نگہداشت اطفال کے لیے درخواست جمع کروا کر، آپ امداد برائے نگہداشت اطفال کے لیے صرف زمرہ 2 اور 3 میں درخواست دے رہے ہیں، یعنی جب فنڈز دستیاب ہوں۔ آپ زمرہ 1 میں درخواست نہیں دے رہے ہیں، نگہداشت اطفال کی ضمانت ہے۔

آپ کی درخواست کو مکمل کرنے میں آپ کی مدد کے لیے درج ذیل ہدایات فراہم کی گئی ہیں۔ اپنی درخواست مکمل کرتے وقت، براہ کرم نیلی یا کالی سیاہی کا استعمال کر کے بڑے حروف میں (A, B, C) میں واضح طور پر لکھنا نہ بھولیں۔ متبادل طور پر، آپ الیکٹرانک طور پر فارم کو مکمل کر سکتے ہیں، اسے محفوظ کر سکتے ہیں اور اسے پرنٹ کر سکتے ہیں۔

اس درخواست میں معاون دستاویزات جیسے کہ آمدنی کا ثبوت، پتہ کا ثبوت، اور ملازمت کا ثبوت **لازمی طور پر** شامل ہونا چاہیے۔

مطلوبہ تمام دستاویزات کے لیے منسلک گزارشات کی چیک لسٹ (CFWB-012B) دیکھیں۔

درخواست مکمل کرنے سے پہلے پڑھیں

- اگر آپ بچوں کی بہبود کی احتیاطی یا حفاظتی خدمات حاصل کرتے ہیں یا آپ ملازم رضاعی والدین ہیں تو آپ پہلے سے ہی امداد برائے نگہداشت اطفال کے اہل ہو سکتے ہیں اور ہو سکتا ہے کہ آپ کو اس درخواست کو مکمل کرنے کی ضرورت ہی نہ پڑے۔ اپنے کیس پلانر سے نگہداشت اطفال کے اسسٹنٹ کے لیے حوالہ دینے کو کہیں۔
- اگر آپ کو نقد اعانت (Cash Assistance, CA) حاصل ہوتی ہے، تو آپ کو بچوں کی دیکھ بھال میں مدد کے لیے اپنی انسانی وسائل کی انتظامیہ (Human Resources Administration, HRA) کے JOB سنٹر سے رابطہ کرنا چاہیے۔

براہ کرم نوٹ کریں: اگر کسی بھی مطلوبہ فیلڈ کا جواب نہیں دیا جاتا ہے، تو پوری درخواست کو نامکمل سمجھا جائے گا۔

صرف دفتر کے استعمال کے لیے
خاکستری رنگ والے باکسز صرف دفتری استعمال کے لیے ہیں۔ براہ کرم ان سیکشنز میں کچھ **نہ لکھیں۔**

---

*زمرہ 1: نگہداشت اطفال گارنٹی کے اہل خاندان – نقد اعانت (CA) کے لیے درخواست دینا یا وصول کرنا، یا CA کے بدلے امداد برائے نگہداشت اطفال حاصل کرنا یا عبوری نگہداشت اطفال حاصل کرنا
زمرہ 2: وہ فیملیز جو فنڈ دستیاب ہونے پر اہل ہوتی ہیں
زمرہ 3: وہ فیملیز جو فنڈ دستیاب ہونے پر اہل ہوتی ہیں اور ACS نے انہیں اپنے چائلڈ اینڈ فیملی سروسز پلان میں شامل کیا ہوتا ہے

براہ کرم اوپر دائیں طرف نشاندہی کریں کہ آیا آپ کوئی **نئی ایپلیکیشن** جمع کرا رہے ہیں، اسٹیٹس کی **تبدیلی**/ری سرٹیفیکیشن کی درخواست کر رہے ہیں، یا اپنا کیس **دوبارہ کھولنے** کی درخواست کر رہے ہیں۔

سیکشن 1 درخواست دہندہ

درخواست دہندہ وہ بالغ ماں باپ یا نگہداشت فراہم کنندہ ہے جو نگہداشت کی درخواست کرتا ہے۔ جب تک کہ دوسری صورت میں نوٹ نہ کر لیا جائے، اس سیکشن میں صرف درخواست دہندہ کے بارے میں درج ذیل معلومات ہونی چاہئیں:

1. اپنا آخری اور پہلا نام، اور درمیانی مختصر نام جلی حروف میں لکھیں۔ براہ کرم قوسین میں کوئی عرفی نام یا خاندانی نام ڈالیں۔
2. اپنی ازدواجی حیثیت کی نشاندہی کریں (غیر شادی شدہ، شادی شدہ، طلاق یافتہ یا بیوہ)۔
3. اپنے گھر کا پتہ جلی حروف میں لکھیں۔
4. اگر پتہ عارضی ہے تو اس کی نشاندہی کریں۔ "ہاں" کو صرف اس صورت میں نشان زد کریں جب خاندان فی الحال کسی بے گھر افراد کی پناہ گاہ میں رہ رہا ہو، کسی دوسرے خاندان کے ساتھ، ہوٹل/موٹل میں، کار/بس/ٹرین میں، پارک/کیمپ سائٹ میں، یا کسی اور میں رہ رہا ہو۔
5. اپنا ٹیلی فون نمبر، بشمول ایریا کوڈ - دفتر، گھر، اور سیلولر/وغیرہ(اگر قابل اطلاق ہو) جلی حروف میں لکھیں۔
6. اپنا ای میل پتہ جلی حروف میں لکھیں (اختیاری)۔
7. نقد اعانت کی حیثیت کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کریں۔ **(اگر آپ CA وصول کنندہ ہیں، تو آپ کو اپنی انسانی وسائل کی انتظامیہ (HRA) کے جاب سنٹر کے کارکن کے ذریعے نگہداشت اطفال کے لیے درخواست دینی چاہیے)۔**
8. جو زبان آپ کے گھر میں اکثر بولی جاتی ہے اس کے باکس کو نشان زد کریں۔ اگر "دیگر" ہے، تو زبان کا نام جلی حروف میں لکھیں۔
9. اس زبان کے باکس کو نشان زد کریں جس میں آپ بات چیت کرنا چاہتے ہیں۔ اگر "دیگر" ہے، تو زبان کا نام جلی حروف میں لکھیں۔

- دستاویزات: نیو یارک سٹی ریزیڈنسی کے لیے درکار دستاویزات کی چیک لسٹ (CFWB-012B) دیکھیں۔

سیکشن 2A نگہداشت کی ضرورت والا بچہ (بچے)

1. گھر کے ہر بچے کا آخری اور پہلا نام، اور درمیانی نام جلی حروف میں لکھیں جس کے لیے آپ امداد برائے نگہداشت اطفال کی درخواست دے رہے ہیں۔
2. گھر کے ہر بچے کا آپ سے جو رشتہ ہے اسے جلی حروف میں لکھیں (مثلاً بچہ/ بچی)۔
3. تاریخ پیدائش جلی حروف میں لکھیں اور درج کردہ ہر بچے کی جنس کی نشاندہی کرنے والے باکس کو نشان زد کریں۔
4. اس بات کی نشاندہی کریں کہ آیا بچے کے والدین یعنی ماں باپ دونوں گھر میں رہتے ہیں۔
5. "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کریں کہ آیا درخواست دینے والا ہر بچہ ہسپانوی ہے یا لاطینی ہے۔ نسلی معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے اور اس سے امداد برائے نگہداشت اطفال کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کی طرف سے آپ کو دی جانے والی امداد پر کوئی اثر نہیں پڑے گا۔
6. جن بچوں کو نگہداشت اطفال کی ضرورت ہے ان میں سے ہر ایک کے لیے نسل کا کالم پُر کریں۔ نسل کی معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے اور اس سے امداد برائے نگہداشت اطفال کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کی طرف سے آپ کو دی جانے والی امداد پر کوئی اثر نہیں پڑے گا۔ براہ کرم نیچے دیے گئے کوڈز استعمال کریں۔
   AI - مقامی امریکی یا الاسکا کا مقامی باشندہ **AS** - ایشیائی **BL** - سیاہ فام یا افریقی امریکی
   HP - مقامی ہوائی یا بحر الکاہل کے جزیرے کا باشندہ **WH** - سفید فام
7. ہر بچے کا سوشل سیکیورٹی نمبر (Social Security Number, SSN) فراہم کریں۔ آپ کو SSN فراہم کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ ان کا استعمال وفاقی، ریاستی اور مقامی ایجنسیاں خدمات اور دھوکہ دہی کو روکنے اور وفاقی رپورٹنگ کے لیے کر سکتی ہیں۔
8. "ہاں" یا "نہیں" کو یہ بتانے کے لیے نشان زد کریں کہ آیا نگہداشت اطفال کی ضرورت والے بچے کو معذوری ہے یا نہیں[1]۔ اگر آپ کا بچہ امداد برائے نگہداشت اطفال کے لیے اہل قرار پاتا ہے، تو براہ کرم خصوصی ضروریات کی درخواست حاصل کرنے کے لیے http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page پر جائیں۔
9. "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کریں کہ آیا وہ بچہ جسے نگہداشت اطفال کی ضرورت ہے وہ امریکی شہری، امریکی قومی ہے یا ترک وطن کی تسلی بخش حیثیت کا حامل شخص ہے۔
10. اضافی بچوں کے لیے علیحدہ شیٹ منسلک کریں (اگر آپ آٹھ (8) سے زیادہ بچوں کیلئے نگہداشت اطفال کی درخواست کر رہے ہیں)۔

- دستاویزات: چیک لسٹ (CFWB-012B) صرف ان بچے (بچوں) کے لیے جنہیں نگہداشت اطفال کی ضرورت ہے شہریت/ترک وطن کی حیثیت کے لیے درکار دستاویزات کے لیے دیکھیں۔

[1] معذوری یا خصوصی ضروریات کا حامل بچہ ایک ایسا بچہ ہے جو اپنے آپ کی نگہداشت کرنے سے قاصر ہے اور جس کی تشخیص کی گئی ہو کہ اس میں درج ذیل میں سے ایک یا زیادہ حالات اس حد تک ہیں کہ اس سے بچے کی عام طور پر کام کرنے کی صلاحیت پر منفی اثر پڑتا ہے: بصارت کی خرابی، بہرا پن یا سماعت کی دیگر خرابی، آرتھوپیڈک خرابی، جذباتی خلل، ذہنی پسماندگی، سیکھنے کی معذوری، بولنے کی خرابی، صحت کی خرابی، آٹزم یا متعدد معذوری۔ ایسی کوئی بھی تشخیص کسی بھی ایسے معالج، لائسنس یافتہ یا تصدیق شدہ ماہر نفسیات یا دیگر پیشہ ور افراد کے ذریعہ کی جانی چاہئے جسے اس طرح کی تشخیص کرنے کے لیے مناسب اسناد حاصل ہو۔

سیکشن B2 خاندان کے افراد

1. خاندان کا رکن آپ کے پورے گھر کا کوئی دوسرا رکن ہوتا ہے، بشمول وہ بچے جنہیں نگہداشت اطفال کی ضرورت نہیں ہوتی ہے۔ سب سے پہلے اپنے آپ کو درج کریں، اس کے بعد آپ کے ساتھ رہنے والے تمام افراد بشمول بچے کے دوسرے والدین، نگراں اور سوتیلے والدین اگر قابل اطلاق ہوں۔ نگراں میں بچے کا قانونی سرپرست، نگہداشت کرنے والا رشتہ دار یا کوئی اور فرد شامل ہوتا ہے۔ اگر قابل اطلاق ہو تو آخری اور پہلا نام، اور درمیانی مختصر نام جلی حروف میں لکھیں۔
2. اپنے ساتھ ہر فرد کا جو رشتہ ہے اسے جلی حروف میں لکھیں (مثلاً شریک حیات، پارٹنر، دادا دادی، والدین وغیرہ)۔
3. تاریخ پیدائش جلی حروف میں لکھیں اور گھر کے ہر فرد کی جنس کی نشاندہی کرنے والے باکس کو نشان زد کریں۔
4. "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کریں کہ آیا گھر کا ہر فرد ہسپانوی یا لاطینی ہے یا نہیں۔ نسلی معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے اور اس سے امداد برائے نگہداشت اطفال کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کی طرف سے آپ کو دی جانے والی امداد پر کوئی اثر نہیں پڑے گا۔
5. آپ کے ساتھ رہنے والے ہر فرد کے لیے نسل کا کالم پُر کریں۔ آپ کسی ایک فرد کے لیے نسل کے متعدد زمرے منتخب کر سکتے ہیں۔ نسل کی معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے اور اس سے امداد برائے نگہداشت اطفال کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کی طرف سے آپ کو دی جانے والی امداد پر کوئی اثر نہیں پڑے گا۔ براہ کرم ذیل کے کوڈز استعمال کریں۔
   AI - مقامی امریکی یا الاسکا کا مقامی باشندہ **AS** - ایشیائی **BL** - سیاہ فام یا افریقی امریکی
   HP - ہوائی کا مقامی باشندہ یا پیسفک جزیرے کا باشندہ **WH** - سفید فام
6. اپنے خاندان کے افراد کے لیے سوشل سیکیورٹی نمبر (Social Security Number, SSN) پُر کریں۔ SSN اختیاری ہے۔ SSN کو وفاقی، ریاستی اور مقامی ایجنسیاں خدمات اور دھوکہ دہی کو روکنے اور وفاقی رپورٹنگ کے لیے استعمال کر سکتی ہیں۔
7. اگر گھر کے آٹھ (8) سے زیادہ افراد ہیں، تو ان کی تمام معلومات کی فہرست کے لیے ایک علیحدہ شیٹ منسلک کریں۔

◄ دستاویزات: 18 سال سے کم عمر کے گھرانے کے تمام بچوں کے لیے درکار دستاویزات کے لیے چیک لسٹ (CFWB-012B) دیکھیں، قطع نظر اس سے کہ بچے کے لیے نگہداشت اطفال کی ضرورت ہے، والدین/درخواست دہندہ سے بچے کے تعلق کی تصدیق کرنے اور بچے کی عمر کی تصدیق کرنے کے لیے۔

سیکشن 3 بچے/خاندان کی ضروریات

1. بچوں کی نگہداشت میں مدد کی درخواست کرنے کی اپنی وجہ (وجوہات) کی نشاندہی کرنے کے لیے براہِ کرم مناسب باکس (باکسز) کو نشان زد کریں۔
   - ملازمت
   - پیشہ ورانہ تربیت، یا تعلیمی سرگرمیاں
   - گھریلو تشدد کی خدمات حاصل کرنا
   - کام تلاش کرنا
   - بے گھری
   - منشیات کے غلط استعمال کے علاج کے منظور شدہ پروگرام میں شرکت کرنا
2. یہ بتانے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کریں کہ آیا نگہداشت اطفال فراہم کرنے کے لیے کوئی غیر تولیتی والدین موجود ہے یا نہیں۔
3. اس بات کی نشاندہی کرنے کے لیے مناسب باکس کو نشان زد کریں کہ آیا والدین اس وقت امریکی فوج میں کل وقتی طور پر سرگرم ہیں یا نہیں۔ درخواست کے مکمل ہونے کے لیے آپ کو "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کرنا ہوگا۔
4. یہ بتانے کے لیے مناسب باکس کو نشان زد کریں کہ آیا والدین اس وقت نیشنل گارڈ یا ملٹری ریزرو یونٹ کا رکن ہیں یا نہیں۔ درخواست کے مکمل ہونے کے لیے آپ کو "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کرنا ہوگا۔
5. اس بات کی نشاندہی کریں کہ آیا درخواست دہندہ کسی مختلف ایجنسی کے ذریعے نگہداشت اطفال حاصل کر رہا ہے اور/یا اس کی درخواست دے رہا ہے اور پھر ایجنسی کو منتخب کریں۔

◄ دستاویزات: نگہداشت کی ہر وجہ کے لیے درکار دستاویزات کی چیک لسٹ (CFWB-012B) دیکھیں۔ فوجی حیثیت کی دستاویز کی ضرورت نہیں ہے۔ درخواست دہندہ کو اپنی فوجی ڈیوٹی سے حاصل ہونے والی آمدنی کی دستاویزات فراہم کرنا ہوں گی۔

سیکشن 4 روزگار

(اگر آپ کی امداد برائے نگہداشت اطفال کی درخواست کرنے کی وجہ ملازمت ہے یا آپ ملازمت سے آمدنی کی اطلاع دے رہے ہیں تو گھر میں ہر ملازم والدین، نگہداشت کرنے والے یا سوتیلے والدین کے لیے مکمل کریں)

1. درخواست دہندہ کے آجر کا نام، پتہ، اور ٹیلی فون نمبر جلی حروف میں لکھیں۔
2. ملازمت شروع ہونے کی تاریخ جلی حروف میں لکھیں۔
3. یہ بتانے کے لیے مناسب باکس کو نشان زد کریں کہ آیا آپ کی ملازمت میں گھومنے والی شفٹ ہے اور/یا اوور ٹائم کی ضرورت ہے۔
4. اگر قابل اطلاق ہو تو، گھر میں موجود دوسرے والدین، نگراں یا سوتیلے والدین کے لیے آجر کا نام، پتہ اور ٹیلی فون نمبر جلی حروف میں لکھیں۔
5. اگر قابل اطلاق ہو تو، گھر میں موجود دوسرے والدین، نگراں یا سوتیلے والدین کی ملازمت کی تاریخ جلی حروف میں لکھیں۔
6. اگر قابل اطلاق ہو تو، یہ بتانے کے لیے مناسب باکس کو نشان زد کریں کہ آیا گھر کے دوسرے والدین، نگہداشت کرنے والے یا سوتیلے والدین کی گھومنے والی شفٹ ہے اور/یا اوور ٹائم کی ضرورت ہے۔

- ◄ دستاویزات: ملازمت کے لیے درکار دستاویزات کی چیک لسٹ (CFWB-012B) دیکھیں۔

سیکشن 5 کام/سرگرمی/سفر کے وقت کا شیڈیول

(گھر کے ہر والدین، نگراں یا سوتیلے والدین کے لیے مکمل کریں جو ملازم ہے یا جن کی تعلیمی/پیشہ ورانہ سرگرمی ہے)

1. ہفتہ کے ہر دن کے لیے عام طے شدہ کام یا سرگرمی کے اوقات جلی حروف میں لکھیں۔ نشاندہی کریں کہ آیا گھنٹے AM یا PM ہیں۔
2. اگر دوسری شفٹ، نوکری، یا سرگرمی ہے، تو اس سرگرمی کا شیڈیول جلی حروف میں لکھیں۔
3. اگر قابل اطلاق ہو تو، گھر کے دوسرے والدین، نگراں یا سوتیلے والدین کے لیے ہفتہ کے ہر دن کے بدلے عام طے شدہ کام کے اوقات جلی حروف میں لکھیں۔
4. اگر گھر میں دوسرے والدین، نگراں، یا سوتیلے والدین کے پاس دوسری شفٹ، نوکری، یا سرگرمی ہے، تو اس سرگرمی کا شیڈیول جلی حروف میں لکھیں۔
5. نشان زد کریں کہ درخواست دہندہ کو دفتر/سرگرمی سے فراہم کنندہ کے پاس یا وہاں سے جانے میں کتنا وقت لگتا ہے۔
6. اس بات کی نشاندہی کریں کہ آیا درخواست دہندہ دفتر/سرگرمی سے فراہم کنندہ تک جانے کے لیے پبلک ٹرانسپورٹ کا استعمال کرتا ہے۔
7. اگر قابل اطلاق ہو تو، گھر کے دوسرے والدین، نگراں، یا سوتیلے والدین کو دفتر/سرگرمی سے فراہم کنندہ تک جانے اور سفر کرنے میں لگنے والے وقت کی جانچ کریں۔
8. اس بات کی نشاندہی کریں کہ آیا گھر کے دوسرے والدین، نگراں یا سوتیلا والدین دفتر/سرگرمی سے فراہم کنندہ تک جانے اور سفر کرنے کے لیے پبلک ٹرانسپورٹ کا استعمال کرتے ہیں یا نہیں۔

سیکشن 6 آمدنی کی معلومات

اس سیکشن کے لیے، صرف ان چیزوں کا جواب دیں جن کے لیے آپ کو یا گھر کے کسی فرد کو آمدنی حاصل ہوئی ہو۔ براہ کرم اپنے **اور** گھر کے کسی بھی دوسرے بالغ رکن کے لیے آمدنی/مراعات کی معلومات شامل کریں بشمول آپ کا شریک حیات جو آپ کے ساتھ رہتا ہے، یا وہ بالغ شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اور جس کے ساتھ آپ کا ایک بچہ مشترک ہے۔ اس کے علاوہ 18 سال سے کم عمر کے کسی بھی فرد کو شامل کریں جو قانونی طور پر اس بچہ یا بچوں کے لیے ذمہ دار ہے جس کی امداد برائے نگہداشت اطفال میں مدد طلب کی گئی ہے۔

1. ہر قسم کی آمدنی کے لیے اپنے اور آپ کے ساتھ رہنے والے ہر فرد کے لیے ہاں یا نہیں کو نشان زد کریں (✓)۔
2. ہر "ہاں" جواب کے لیے، ڈالر ($) کی رقم یا قیمت، اسے کتنی بار موصول ہوئی، اور آمدنی حاصل کرنے والے شخص کا نام جلی حروف میں لکھیں۔
3. **درخواست پر تمام آمدنی کی اطلاع دی جانی چاہیے۔**
4. اگر آپ نقد اعانت کی وصولی کی نشاندہی کرتے ہیں، تو آپ کو اپنے HRA جاب سنٹر کے کارکن کے ذریعے نگہداشت اطفال کے لیے درخواست دینی چاہیے۔
5. اگر آپ کو یقین نہیں ہے کہ آمدنی کی قسم کو کہاں درج کرنا ہے، تو آپ اسے "دیگر" کے تحت شامل کر سکتے ہیں۔

- ◄ دستاویزات: آمدنی کے لیے درکار دستاویزات کے لیے چیک لسٹ (CFWB-12B) دیکھیں۔

سیکشن 7 فراہم کنندہ

1. اگر آپ نیو یارک اسٹیٹ چائلڈ کیئر بلاک گرانٹ کے ذریعے مالی امداد کے لیے اہل قرار پاتے ہیں، تو آپ کے پاس سنٹر پر مبنی یا گھر پر مبنی نگہداشت اطفال کا انتخاب کرنے کا اختیار ہے۔
2. اگر آپ فراہم کنندہ/پروگرام کو جانتے ہیں جہاں آپ اپنے بچے کا اندراج کرانا چاہتے ہیں تو براہ کرم نام، پتہ، اور ACS پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو) کی نشاندہی کریں۔

سیکشن 8 سرٹیفیکیشن

براہ کرم سرٹیفیکیشن کے سیکشن کو غور سے پڑھیں اور اس پر دستخط کریں۔ اگر درخواست دہندہ کسی اور کے لیے درخواست مکمل کر رہا ہے، تو اسے اپنے نام کے سامنے دستخط کرنا چاہیے۔ اگر دو والدین کا گھرانہ ہے تو، **دونوں والدین کو درخواست پر دستخط کرنا ہوں گے۔**

دستخط کر کے، آپ تصدیق کرتے ہیں کہ آپ کے مشترکہ خاندانی وسائل $1,000,000 سے زیادہ نہیں ہیں۔ خاندانی وسائل کی مثالیں یہ ہیں: نقد رقم، بچت اور چیکنگ اکاؤنٹس، آپ کا گھر، رئیل اسٹیٹ، کاریں، اسٹاکس، بانڈز، میوچول فنڈز، IRAs، 401(k)، سالیانہ، ٹرسٹ فنڈ، لائف انشورنس، سیف ڈپازٹ باکس مواد وغیرہ۔

سیکشن 9 صرف دفتری استعمال کے لیے

اس سیکشن کو مکمل نہ کریں۔ نگہداشت کے لیے آپ کے خاندان کی اہلیت کا تعین کرنے والا عملہ اس کا استعمال کرے گا۔

ووٹر رجسٹریشن کی معلومات

نگہداشت اطفال کی سبسڈی کے لیے درخواست کا آخری صفحہ ووٹ دینے کے لیے رجسٹر کرنے کی درخواست ہے۔ اگر آپ ووٹر رجسٹریشن کے درخواست فارم کو پُر کرنے میں مدد چاہتے ہیں تو 311 پر کال کریں۔ رجسٹریشن کرانے کے لیے درخواست دینے یا ووٹ دینے کے لیے رجسٹریشن کرانے سے انکار کرنے سے امداد برائے نگہداشت اطفال کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کی طرف سے دی جانے والی امداد کی رقم پر کوئی اثر نہیں پڑے گا۔

حقوق اور ذمہ داریوں کی معلومات

آپ اپنے حقوق اور ذمہ داریوں کے بارے میں معلومات یہاں پر حاصل کر سکتے ہیں: http://otda.ny.gov/programs/applications/4148a.pdf

اگر آپ کو انٹرنیٹ تک رسائی حاصل نہیں ہے، تو آپ NYC ACS کو 835-7610 (212) پر کال کر سکتے ہیں تاکہ آپ ان کتابچوں کی کاغذی کاپیوں کی درخواست کر سکیں جن میں آپ کے حقوق اور ذمہ داریاں نمایاں طور بیان کی گئی ہوں، آپ کو ڈاک سے بھیج دی جائیں گی۔

- **LDSS-4148A**: *آپ کو اپنے حقوق اور ذمہ داریوں کے بارے میں کن باتوں کا علم ہونا چاہیے*
- **LDSS-4148B**: *سوشل سروسز پروگرامز کے بارے میں آپ کو کن باتوں کا علم ہونا چاہیے*
- **LDSS-4148C**: *اگر آپ کو کوئی ہنگامی حالت درپیش ہو تو آپ کو کن باتوں کا علم ہونا چاہیے*

NYC Children

CFWB-012B
REV. 07/23

نگہداشت طفل میں اعانت کی نئی درخواست جمع کرانے کی جانچ فہرست

نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے درخواست (CFWB-012) میں تائیدی دستاویزی شہادت شامل ہونا ضروری ہے۔
نشان زد کر کے یقینی بنائیں کہ سبسڈی کی اہلیت کے ہر تقاضے کے لیے دستاویزی شہادت فراہم کرائی گئی ہے۔

1. درخواست(CFWB-012)

یقینی بنائیں کہ سبھی سیکشن مکمل ہیں، بشمول:

- ◯ اگر دو والدین والا گھرانہ ہے تو، دونوں والدین نے دستخط کیے
- ◯ فوجی حیثیت (سیکشن 3)
- ◯ سفر کا وقت (سیکشن 5)

2. نیو یارک سٹی میں رہائش

درج ذیل میں سے ایک کی کاپی:

- ◯ IDNYC
- ◯ ڈرائیونگ لائسنس
- ◯ CFWB-067 رہائش کی تصدیق
- ◯ یوٹیلیٹی بل
- ◯ کرایے کی رسید
- ◯ سیکشن 8 ایوارڈ لیٹر
- ◯ NYCHA سرٹیفکیٹ
- ◯ دیگر ____________________________

براہ کرم نوٹ کریں: اگر "دیگر" دستاویزی شہادت اطمینان بخش نہیں ہے تو، ACS درخواست دہندہ کو مطلع نہیں کرے گی۔

3. صرف نگہداشت طفل کے ضرورتمند بچے (ان بچوں) کے لیے شہریت/ترک وطن کی حالت

درج ذیل میں سے ایک کی کاپی:

- ◯ امریکی سند پیدائش
- ◯ امریکی پاسپورٹ فارم
- ◯ وطن گیری کا سرٹیفکیٹ
- ◯ پردیسی کا رجسٹریشن کارڈ بشمول مستقل مکین یا گرین کارڈ
- ◯ FS-240 (امریکی شہری کی بیرون ملک ولادت کی رپورٹ)
- ◯ دیگر ____________________________

براہ کرم نوٹ کریں: اگر "دیگر" دستاویزی شہادت اطمینان بخش نہیں ہے تو، ACS درخواست دہندہ کو مطلع نہیں کرے گی۔

4. والدین/درخواست دہندہ سے بچے کا رشتہ

درج ذیل میں سے ایک کی کاپی، 18 سال سے کم عمر کے گھرانے میں موجود سبھی بچوں کے لیے، اس امر سے قطع نظر کہ آیا بچے کے لیے نگہداشت طفل درکار ہے:

- ◯ سند پیدائش
- ◯ بپتسمہ کا ریکارڈ
- ◯ والدین کے دستخط کے ساتھ پاسپورٹ
- ◯ گود لینے کا ریکارڈ
- ◯ مالی ذمہ داری والے قانونی سرپرست کے لیے عدالت کا آرڈر

5. عمر

درج ذیل میں سے ایک کی کاپی، 18 سال سے کم عمر کے گھرانے میں موجود سبھی بچوں کے لیے، اس امر سے قطع نظر کہ آیا بچے کے لیے نگہداشت طفل درکار ہے:

- ◯ سند پیدائش
- ◯ بپتسمہ کا ریکارڈ
- ◯ پاسپورٹ
- ◯ گود لینے کا ریکارڈ
- ◯ مالی ذمہ داری والے قانونی سرپرست کے لیے عدالت کا آرڈر

6. آمدنی

CFWB-012 جمع کرانے والے سبھی درخواست دہندگان کو نگہداشت کی وجہ سے قطع نظر آمدنی کی دستاویزی شہادت فراہم کرنا ضروری ہے۔

اگر بر سر ملازمت ہوں:

- ◯ CFWB-015 - ملازم کی آمدنی کی معلومات کے لیے آجر کے نام حوالہ

یا

- ◯ ادائیگی کی پرچیاں (دو ہفتہ واری = ہر 2 ہفتے پر؛ نیم ماہانہ = ماہ میں دو بار)
- ◯ ہفتہ وار – 4 موجودہ، لگاتار ادائیگی کی پرچیاں اگر مجموعی رقم ایک ہی ہو
- ◯ ہفتہ وار – 12 موجودہ، لگاتار ادائیگی کی پرچیاں اگر مجموعہ مختلف ہو
- ◯ دو ہفتہ واری/ نیم ماہانہ – 2 موجودہ، لگاتار ادائیگی کی پرچیاں اگر مجموعی رقم ایک ہی ہو
- ◯ ہفتہ واری/ نیم ماہانہ – ہفتہ واری/ نیم ماہانہ 6 موجودہ، لگاتار ادائیگی کی پرچی اگر مجموعہ مختلف ہو

فارموں اور درخواست کی ہدایات کے لیے براہ کرم https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page پر جائیں۔
مزید معلومات کے لی 311یا 212-835-7610 پر کال کریں۔

اگر از خود بر سر ملازمت ہیں:

- اگر 1 سال سے از خود بر سر ملازمت ہیں تو، انکم ٹیکس پیپج مکمل کر کے اس پر دستخط کریں (جیسے 1040، 1065، شیڈول C، SE برائے پارٹنرشپ، K-1، وغیرہ)
- اگر 1 سال سے کم مدت سے از خود بر سر ملازمت ہیں تو، CFWB-031 از خود بر سر ملازمت کی آمدنی کی تصدیق مکمل کریں اور جمع کرائیں۔

دیگر آمدنی:

- دیگر آمدنی کے لیے مطلوب حالیہ چیک، ادائیگ کی پرچیاں اور موجودہ ایوارڈ لیٹر جس کی نشاندہ درخواست دہندہ نے CFWB-012 پر کی بشمول SSD، SSI بے روزگاری کی مراعات، کرایے سے ہونے والی آمدنی، پنشن، سالیانے، ورکرز کمپنسیشن، نفقہ، اور امداد اطفال۔

7. نگہداشت کی وجہ

درخواست دہندہ کو نگہداشت کی درج ذیل وجہوں میں سے ایک ضبط تحریر کرنا ضروری ہے:

a. کم سے کم اقل اجرت کماتے ہوئے کم سے کم 10 گھنٹے فی ہفتہ کام کر رہے ہیں

- ملازمت اور / یا از خود بر سر ملازمت کے سلسلے میں مطلوب دستاویزات کے لیے اوپر آمدنی کے تحت دیکھیں۔

b. تعلیمی/حرفتی سرگرمی:

حرفتی اسکول، 2 سالہ کالج، یا 4 سالہ کالج (درج ذیل میں سے ایک)

- CFWB-005 مع اسکول کی مہر
- باضابطہ لیٹر ہیڈ پر تربیتی یا تعلیمی ادارے کی جانب سے ایک خط بھی قابل قبول ہے، لیکن اس پر وہ ساری لازمی معلومات ہوں جن کی عکاسی CFWB-005 پر کی گئی ہے۔

c. کام کی تلاش ہے (درج ذیل میں سے ایک):

- CFWB-026 - کام کی تلاش کا ریکارڈ
- NYS محکمہ محنت سے منظور شدہ کام کی تلاش کا منصوبہ
- بے روزگاری بیمہ کی وصولیابی کا ثبوت

d. بے گھر (درج ذیل میں سے ایک):

- ہوٹل/پناہ گاہ سے تحریری ریفرل
- CFWB-027 رہائش سے متعلق سوالنامہ/تصدیق

e. خانگی تشدد سے متعلق ریفرل (خانگی تشدد سے متلعق خدمت فراہم کنندہ سے):

- خانگی تشدد کے جواب میں خدمات کے لیے ریفرل

f. سبسٹینس بیز ٹریٹمنٹ پروگرام ریفرل (سبسٹینس بیز ٹریٹمنٹ سروس فراہم کنندہ سے):

- مادے کی زیادتی کے علاج کے لیے خدمات کا حوالہ

فارموں اور درخواست کی ہدایات کے لیے براہ کرم https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page پر جائیں۔
مزید معلومات کے لی 311یا 212-835-7610 پر کال کریں۔

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

اپنی درخواست کیسے جمع کرائیں

براہ کرم نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے درخواست (CFWB-012) مکمل کریں فیملی کے سائز، رہائش، آمدنی، اور نگہداشت کی وجہ کی تصدیق کرنے کے لیے تمام مطلوبہ دستاویزی شہادت اکٹھا کریں۔ آپکی درخواست جمع ہونے سے پہلے مکمل ہونے کو یقینی بنانے کے لیے براہ کرم درخواست کی جانچ فہرست استعمال کرنے کو یقینی بنائیں۔

مکمل ہو جانے پر براہ کرم اپنی درخواست اور دستاویزی شہادت پراسیسنگ کے لیے ذیل کے پتے پر بھیجیں:

NYC Children – EDU
PO Box 40
Maplewood, NJ 07040

تمام دستاویزات پوسٹل سروس سے بھیجی جائیں۔ دستاویزات Fedex یا UPS کے ذریعے PO بکس کو نہیں بھیجی جا سکتی ہیں۔

اگر درخواست کے بارے میں آپ کے سوالات ہوں تو براہ کرم ACS کے چائلڈ کیئر کال سینٹر کو 212-835-7610 پر کال کریں۔

NYC Children

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

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

میمورنڈم

بنام: امداد برائے نگہداشت اطفال کی درخواست دینے والے تمام والدین/سرپرست

حوالہ: ترک وطن کی حیثیت

کچھ پروگراموں میں اس بات کا ثبوت درکار ہوتا ہے کہ آپ کے جس بچے کو نگہداشت اطفال کی ضرورت ہے وہ لازمی طور پر امریکی شہری، امریکی قومی یا اطمینان بخش ترک وطن کی حیثیت کا حامل فرد ہو۔

آپ سے اپنے لیے یا گھر میں موجود نگہداشت اطفال کی ضرورت والے بچے (بچوں) کے علاوہ کسی اور کے لیے ترک وطن کی حیثیت کے بارے میں نہیں پوچھا جائے گا۔

اگر آپ کے سوالات ہیں یا سبسڈی والے نگہداشت اطفال اور ابتدائی تعلیمی پروگراموں کی فہرست حاصل کرنا چاہتے ہیں جن کے لیے بچے کی شہریت یا ترک وطن کی حیثیت کا ثبوت فراہم کرنا ضروری نہیں ہے تو براہ کرم ACS چائلڈ اینڈ فیملی ویل بینگ ہاٹ لائن کو (212) 835-7610 پر کال کریں یا ہماری ویب سائٹ http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/eligibility.page ملاحظہ کریں۔

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?** ☐ **YES** ☐ **NO**
If you answered **NO**, do not complete this form

2 **A) Will you be 18 years old on or before election day?** ☐ **YES** ☐ **NO**
B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election? ☐ **YES** ☐ **NO**
If you 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 | Your address was (give house number, street and city)
In county/state | Under the name (if different from your name now)

9 **ID Number** (Check the applicable box and provide your number)
- ☐ New York State DMV number _ _ _ _ _ _ _ _ _
- ☐ Last four digits of your Social Security number _ _ _ _
- ☐ I do not have a New York State DMV or Social Security number

11 **Political Party**

I wish to enroll in a political party
- ☐ Democratic party
- ☐ Republican party
- ☐ Conservative party
- ☐ Working Families party
- ☐ Other ____________

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

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 ___ / ___ / ___

(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 ☐ M ☐ 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

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.

Important!

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.