

Заявление на получение пособия по уходу за детьми

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

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Настоящее заявление может быть подано ТОЛЬКО на 2-ю или 3-ю категорию пособия по уходу за детьми (для семей, не получающих денежное пособие). Для подачи заявления на получение денежного пособия (Cash Assistance, CA), в том числе пособия по уходу за детьми (Child Care Assistance, CCA) 1-й категории (для семей, получающих денежное пособие), заполняется стандартная форма New York State Application for Certain Benefits and Services (LDSS-2921).

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

Патронатные родители, которые нуждаются в помощи по уходу за детьми, чтобы иметь возможность работать, и обращаются за помощью только в отношении ребенка (детей) на патронатном воспитании.
Семьи, получающие защитные или профилактические услуги.

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

Новое Изменение/переосвидетельствование Возобновление

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

Раздел 1 - Заявитель	Фамилия (укажите в скобках все псевдонимы или девичью фамилию): _____		Имя: _____		Средний инициал: _____		Семейное положение: _____			
	Домашний адрес: _____			Номер квартиры: _____		Город / боро: _____		Штат: _____ Почтовый индекс: _____		
	Это временный адрес? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет <i>Если «Да», проживает ли семья в настоящее время (отметьте один вариант):</i> <input type="radio"/> В приюте для бездомных <input type="radio"/> Совместно с другой семьей <input type="radio"/> В гостинице/мотеле <input type="radio"/> В автомобиле, автобусе, поезде									
	<input type="radio"/> В парке, кемпинге <input type="radio"/> Другое									
	Номер телефона (рабочий): _____			Номер телефона (домашний): _____			Номер телефона (мобильный или другой): _____			Адрес электронной почты: _____
Вы получаете денежное пособие (CA)? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет CA №: _____										
Укажите свой основной язык. <input type="radio"/> Английский <input type="radio"/> Испанский <input type="radio"/> Другой _____										
Укажите свой предпочитаемый язык. <input type="radio"/> Английский <input type="radio"/> Испанский <input type="radio"/> Другой _____										

Перечислите всех детей в домохозяйстве, которым требуется уход. **(Только детей, которым требуется уход)**

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

* Категория 1: Семьи, имеющие право на гарантию ухода за ребенком — подающие заявление или получающие денежное пособие (CA), или получающие пособие по уходу за ребенком (Child Care Assistance, CCA) вместо денежного пособия (CA) или получающие временную помощь по уходу за детьми.

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

Категория 3: Семьи, имеющие право на пособие при наличии финансирования и при условии включения их ACS в свой План помощи детям и семьям (Child and Family Services Plan)

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

Коды расовой принадлежности:

- AI** Коренной житель Америки или Аляски
- AS** Азиат
- BL** Темнокожий или афроамериканец
- HP** Коренной житель Гавайских островов или других островов Тихого океана
- WH** Европеоидная раса

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

Раздел 2В Члены семьи	Фамилия, имя <i>(укажите в скобках все псевдонимы или девичьи фамилии)</i>	Средний инициал	Кем приходится	Дата рождения	Пол	Этническая принадлежность Испаноязычные или латиноамериканцы**	Раса** <i>(см. код справа)</i>	Номер социального обеспечения <i>(необязательно)</i>
	1.		Сам заявитель					
	2.							
	3.							
	4.							
	5.							
	6.							
	7.							
	8.							

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

- Коды расовой принадлежности:
- AI** Коренной житель Америки или Аляски
 - AS** Азиат
 - BL** Темнокожий или афроамериканец
 - HP** Коренной житель Гавайских островов или других островов Тихого океана
 - WH** Европейская раса

OFFICE USE ONLY Family Size: _____

Раздел 3 Потребности ребенка (детей) и семьи	По какой причине вы подаете заявление на получение ССА? <input type="radio"/> Трудоустройство <input type="radio"/> Профессиональное обучение/образование <input type="radio"/> Службы помощи жертвам домашнего насилия (Domestic Violence Services) <input type="radio"/> Поиск работы <input type="radio"/> Бездомность <input type="radio"/> Участие в утвержденной программе лечения от алкогольной или наркотической зависимости	Родитель проходит действительную военную службу на условиях полной занятости в вооруженных силах США? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	Заявитель в настоящее время получает пособие по уходу за детьми и/или подает заявление на получение пособия по уходу за детьми через другую организацию? <i>Если «Да», укажите название организации:</i>
	Родитель в настоящее время проходит службу в подразделении Национальной гвардии или военного резерва? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="radio"/> Департамент образования г. Нью-Йорка (NYC Department of Education, DOE) <input type="radio"/> Управление по трудовым ресурсам (Human Resources Administration, HRA) <input type="radio"/> Департамент по делам молодежи и общественного развития г. Нью-Йорка (NYC Department of Youth and Community Development, DYCD) <input type="radio"/> Департамент по делам бездомных (Department of Homeless Services, DHS) <input type="radio"/> Консорциум по обучению рабочих (Consortium for Worker Education, CWE) <input type="radio"/> Администрация детских служб, (ACS)	
	Может ли родитель, проживающий отдельно, обеспечить уход за ребенком? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет		

Раздел 4 - Трудоустройство (если причиной подачи заявления на получение пособия по уходу за детьми является «трудоустройство»)	Имя работодателя (название компании) заявителя: _____ Тел.: _____ Адрес: _____ Город / боро: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Дата начала работы: _____ Работа посменная? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Предусмотрена ли обязательная сверхурочная работа? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет <i>При наличии у заявителя второй работы</i>
	Имя работодателя (название компании) заявителя: _____ Тел.: _____ Адрес: _____ Город / боро: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Дата начала работы: _____ Работа посменная? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Предусмотрена ли обязательная сверхурочная работа? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
	Второй родитель, опекун или приемный родитель в домохозяйстве Имя работодателя (название компании) заявителя: _____ Тел.: _____ Адрес: _____ Город / боро: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Дата начала работы: _____ Работа посменная? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Предусмотрена ли обязательная сверхурочная работа? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет <i>При наличии у второго родителя, опекуна или приемного родителя в семье второй работы</i>
	Имя работодателя (название компании) заявителя: _____ Тел.: _____ Адрес: _____ Город / боро: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Дата начала работы: _____ Работа посменная? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Предусмотрена ли обязательная сверхурочная работа? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет

Раздел 5 График работы/иной деятельности/время, необходимое на дорогу	Обычный график работы или иной деятельности (например, профессиональное обучение/образование)													
	Воскресенье		Понедельник		Вторник		Среда		Четверг		Пятница		Суббота	
	с	до	с	до	с	до	с	до	с	до	с	до	с	до
Обычный график работы или иной деятельности для второго родителя, опекуна или приемного родителя домохозяйстве														
Воскресенье		Понедельник		Вторник		Среда		Четверг		Пятница		Суббота		
с	до	с	до	с	до	с	до	с	до	с	до	с	до	
Продолжительность пути Привезти: Время, необходимое на дорогу от поставщика услуг по уходу за детьми до места работы / иной деятельности: Отметьте один из вариантов: <input type="radio"/> 15 минут <input type="radio"/> 30 минут <input type="radio"/> 45 минут <input type="radio"/> 1 час <input type="radio"/> Более 1 часа. Продолжительность, если более 1 часа: _____ Общественный транспорт? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Забрать: Время, необходимое на дорогу от места работы / иной деятельности до поставщика услуг по уходу за детьми: Отметьте один из вариантов: <input type="radio"/> 15 минут <input type="radio"/> 30 минут <input type="radio"/> 45 минут <input type="radio"/> 1 час <input type="radio"/> Более 1 часа. Продолжительность, если более 1 часа: _____ Общественный транспорт? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Супруг(-а)/другой родитель: Время, необходимое на дорогу от поставщика услуг по уходу за ребенком до места работы / иной деятельности: Отметьте один из вариантов: <input type="radio"/> 15 минут <input type="radio"/> 30 минут <input type="radio"/> 45 минут <input type="radio"/> 1 час <input type="radio"/> Более 1 часа. Продолжительность, если более 1 часа: _____ Общественный транспорт? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет Забрать: Время, необходимое на дорогу от места работы / иной деятельности до поставщика услуг по уходу за детьми: Отметьте один из вариантов: <input type="radio"/> 15 минут <input type="radio"/> 30 минут <input type="radio"/> 45 минут <input type="radio"/> 1 час <input type="radio"/> Более 1 часа. Продолжительность, если более 1 часа: _____ Общественный транспорт? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет														

Заполните приведенный ниже график только в том случае, если у родителя есть вторая смена, иная работа или деятельность

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

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

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

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

OFFICE USE ONLY

Раздел 6 Информация о доходах	Источники дохода	Да /Нет	Сумма (до вычета налогов)	Периодичность (еженедельно, каждые две недели, ежемесячно и т. д.)	Получатель	Type of Documentation	Monthly Calculations
		Оплата/заработная плата заявителя, включая сверхурочные, комиссии, программы профессиональной подготовки, чаевые		\$		Сам заявитель	
	Оплата/заработная плата второго родителя, опекуна или приемного родителя в домохозяйстве, включая сверхурочные, комиссии, программы профессиональной подготовки, чаевые		\$				
	Чистый доход от индивидуального предпринимательства		\$				
	Алименты на содержание детей (полученные средства)		\$				
	Алименты / средства на содержание супруга(-и) (полученные средства)		\$				
	Страховые пособия по безработице, компенсация в связи с травмой на рабочем месте / профзаболеванием		\$				
	Выплаты по социальному обеспечению, включая дополнительное социальное пособие (Supplemental Security Income, SSI)		\$				
	Пособия по инвалидности (от штата Нью-Йорк, Управления по делам ветеранов (Veterans Affairs, VA), индивидуальные пособия)		\$				
	Арендная плата / доход от квартиранта или квартиросъемщика (полученные средства)		\$				
	Проценты / дивиденды от акций, облигаций, сберегательных счетов		\$				
	Пенсионное пособие / пенсия / аннуитеты		\$				
	Денежное пособие (CA), пособие в рамках системы социальной защиты (Safety Net)		\$				
	Другое (указать)		\$				
	Совокупный доход		\$				

**Раздел 7
Поставщик услуг по уходу за детьми**

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

Имя: _____ Программа № (если применимо): _____ Имя: _____ Программа №(если применимо): _____ Имя: _____ Программа №(если применимо): _____

Адрес: _____ Адрес: _____ Адрес: _____

**Раздел 8
Заверения**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**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: _____

Дополнительные дети (если применимо)

Перечислите всех детей в домохозяйстве, которым требуется уход. (Только детей, которым требуется уход)

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

* Категория 1: Семьи, имеющие право на гарантию ухода за ребенком — подающие заявление или получающие денежное пособие (CA), или получающие пособие по уходу за ребенком (Child Care Assistance, CCA) вместо денежного пособия (CA) или получающие временную помощь по уходу за детьми.

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

Категория 3: Семьи, имеющие право на пособие при наличии финансирования и при условии включения их ACS в свой План помощи детям и семьям (Child and Family Services Plan)

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

Коды расовой принадлежности:

- AI** Коренной житель Америки или Аляски
- AS** Азиат
- BL** Темнокожий или афроамериканец
- HP** Коренной житель Гавайских островов или других островов Тихого океана
- WH** Европейская раса

Дополнительные члены семьи (если применимо)

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

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

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

- Коды расовой принадлежности:
- AI** Коренной житель Америки или Аляски
 - AS** Азиат
 - BL** Темнокожий или афроамериканец
 - HP** Коренной житель Гавайских островов или других островов Тихого океана
 - WH** Европейская раса

OFFICE USE ONLY Family Size: _____

Дополнительные поставщики (если применимо)

Раздел 7
Поставщик услуг
по уходу за детьми

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

Имя: _____ Программа № (если применимо): _____ Имя: _____ Программа №(если применимо): _____ Имя: _____ Программа №(если применимо): _____

Адрес: _____ Адрес: _____ Адрес: _____

Раздел 7
Поставщик услуг
по уходу за детьми

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

Имя: _____ Программа № (если применимо): _____ Имя: _____ Программа №(если применимо): _____ Имя: _____ Программа №(если применимо): _____

Адрес: _____ Адрес: _____ Адрес: _____

Раздел 7
Поставщик услуг
по уходу за детьми

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

Имя: _____ Программа № (если применимо): _____ Имя: _____ Программа №(если применимо): _____ Имя: _____ Программа №(если применимо): _____

Адрес: _____ Адрес: _____ Адрес: _____

Примечания о доходах

Отдел детского и семейного благополучия (Division
of Child and Family Well-Being)
**Инструкции по заполнению заявления на
2-ю или 3-ю категорию пособия по уходу за
ребенком (Child Care Assistance, CCA)***

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

При отсутствии финансирования ваш ребенок (дети) может быть включен в список ожидания.

Уважаемый родитель(-и)/опекун(-ы)!

НАСТОЯЩЕЕ ЗАЯВЛЕНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ ПОДАНО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ ТОЛЬКО СЕМЬЯМИ 2 ИЛИ 3 КАТЕГОРИИ

Если вы подаете заявление только на получение пособия по уходу за ребенком 2 или 3 категории (для семей, не получающих денежное пособие), вы можете воспользоваться этой сокращенной формой. Чтобы подать заявление на предоставление иных льгот, в том числе на получение денежного пособия (Cash Assistance, CA), на участие в Программе дополнительной продовольственной поддержки (Supplemental Nutrition Assistance Program) (продуктовые карточки), пособия на оплату электроэнергии, Medicaid или на участие в иных программах, в том числе на помощь по уходу за ребенком 1 категории (для семей, получающих денежное пособие), заполняется стандартная форма *New York State Application for Certain Benefits and Services* (LDSS-2921).

Подаявая заявление на пособие по уходу за ребенком вместо формы *New York State Application for Certain Benefits and Services* (LDSS-2921), вы обращаетесь за предоставлением пособия по уходу за детьми только в рамках категорий 2 и 3, т. е. только при наличии финансирования. Вы не подаете заявление на категорию 1, к которой относится гарантированное пособие по уходу за ребенком.

Приведенные ниже инструкции помогут вам заполнить заявление. При заполнении заявления необходимо писать четкими, печатными, заглавными буквами (A, B, C), а также синими или черными чернилами. В качестве альтернативы можно заполнить форму в электронном виде, сохранить ее и затем распечатать.

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

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

ПРОЧТИТЕ ПЕРЕД ЗАПОЛНЕНИЕМ ЗАЯВЛЕНИЯ!

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

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

ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Поля с серым фоном предназначены только для служебного использования. **Не указывайте** ничего в этих полях.

*Категория 1: Семьи, имеющие право на гарантированное пособие по уходу за ребенком — подающие заявление или получающие денежное пособие (CA), или получающие пособие по уходу за ребенком (Child Care Assistance, CCA) вместо денежного пособия (CA) или получающие временную помощь по уходу за детьми.

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

Категория 3: Семьи, имеющие право на пособие при наличии финансирования и при условии включения их Управлением по делам детей (Administration for Children's Services, ACS) в свой План помощи детям и семьям (Child and Family Services Plan)

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

РАЗДЕЛ 1

ЗАЯВИТЕЛЬ

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

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

РАЗДЕЛ 2 АРЕБЕНОК (ДЕТИ), КОТОРОМУ/КОТОРЫМ ТРЕБУЕТСЯ УХОД

1. Укажите фамилию, имя и средний инициал каждого ребенка в семье, в отношении которого вы подаете заявление на получение пособия по уходу за детьми.
 2. Укажите, кем вам приходится каждый из детей домохозяйства, в отношении которых вы подаете заявление (например, ребенок).
 3. Укажите дату рождения и отметьте пол каждого ребенка в списке.
 4. Укажите, проживают ли в доме оба родителя ребенка.
 5. В отношении каждого из детей, в отношении которых вы подаете заявление, укажите, является ли такой ребенок испаноговорящим или латиноамериканцем («ДА» – является, «НЕТ» – не является). Сведения об этнической принадлежности предоставляются добровольно и не влияют на ваше право на получение пособия по уходу за детьми или на сумму помощи, которую вы получите от данного учреждения.
 6. Заполните столбец «Раса» для каждого ребенка, которому требуется уход. Вы можете выбрать несколько категорий расы для одного ребенка. Сведения о расовой принадлежности предоставляются добровольно и не влияют на ваше право на получение пособия по уходу за детьми или на сумму помощи, которую вы получите от данного учреждения. Используйте приведенные ниже коды.
AI — коренной житель Америки или Аляски **AS** — азиат **BL** — темнокожий или афроамериканец
HP — коренной житель Гавайских островов или др. островов Тихого океана **WH** — европеоидная раса
 7. Предоставьте документ, подтверждающий номер социального обеспечения (Social Security Number, SSN). Вы не обязаны указывать номера социального обеспечения. Номера социального обеспечения могут быть использованы федеральными, местными органами или органами штата для предотвращения дублирования услуг и мошенничества, а также в целях федеральной отчетности.
 8. Укажите наличие/отсутствие инвалидности¹ у ребенка, которому требуется уход («ДА» – есть, «НЕТ» – нет). Если установлено, что ваш ребенок соответствует критериям получения пособия по уходу за детьми, перейдите на страницу <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> для получения формы Заявления для лиц с особыми потребностями.
 9. Укажите, является ли каждый ребенок, которому требуется уход, гражданином США, уроженцем США или лицом, которому присвоен соответствующий требованиям иммиграционный статус («ДА» – является, «НЕТ» – не является).
 10. Приложите отдельный лист для дополнительных детей (если вы запрашиваете пособие по уходу за детьми в отношении более чем восьми детей).
- **ДОКУМЕНТЫ:** Документы, необходимые для получения гражданства/иммиграционного статуса только для детей, которым требуется уход, перечислены в контрольном перечне (документ № CFWB-012B).

¹ Ребенок с инвалидностью или особыми потребностями — это ребенок, неспособный позаботиться о себе, у которого было диагностировано одно или несколько из следующих нарушений такой степени, которая неблагоприятно влияет на способность ребенка нормально функционировать: нарушение зрения, глухота или другие нарушения слуха, ортопедические нарушения, эмоциональные нарушения, умственная отсталость, неспособность к обучению, нарушение речи, расстройство здоровья, аутизм или многочисленные недостатки. Любой такой диагноз должен быть поставлен врачом, лицензированным или дипломированным психологом или другим специалистом, имеющим соответствующую квалификацию для постановки такого диагноза.

РАЗДЕЛ 2В

ЧЛЕНЫ СЕМЬИ

1. Член семьи — это любой другой член вашей семьи, включая детей, которым не требуются услуги по уходу за детьми. Сначала укажите себя, а затем всех лиц, проживающих с вами, включая второго родителя ребенка, опекуна и приемного родителя, если применимо. Опекуном может быть законный опекун, родственник-опекун или любое другое лицо, заменяющее ребенка родителей. Укажите фамилию, имя и средний инициал, если применимо.
 2. Укажите, кем вам приходится каждое из приведенных лиц (например, супруг(-а), партнер, бабушка/дедушка, родитель и т. д.).
 3. Укажите дату рождения и отметьте пол каждого члена домохозяйства.
 4. В отношении каждого из членов домохозяйства укажите, является ли такое лицо испаноговорящим или латиноамериканцем («ДА» – является, «НЕТ» – не является). Сведения об этнической принадлежности предоставляются добровольно и не влияют на ваше право на получение пособия по уходу за детьми или на сумму помощи, которую вы получите от данного учреждения.
 5. Заполните столбец «Раса» для каждого проживающего с вами лица. Вы можете выбрать несколько категорий расы для одного лица. Сведения о расовой принадлежности предоставляются добровольно и не влияют на ваше право на получение пособия по уходу за детьми или на сумму помощи, которую вы получите от данного учреждения. Используйте приведенные ниже коды.
AI — коренной житель Америки или Аляски **AS** — азиат **BL** — темнокожий или афроамериканец
HP — коренной житель Гавайских островов или др. островов Тихого океана **WH** — европеоидная раса
 6. Введите номера социального обеспечения (SSN) членов вашей семьи. SSN указывать необязательно. SSN может быть использован федеральными, местными органами или органами штата для предотвращения дублирования услуг и мошенничества, а также в целях федеральной отчетности.
 7. Если в вашем домохозяйстве более 8 человек, приложите отдельный лист с информацией о дополнительных членах семьи.
- **ДОКУМЕНТЫ:** Документы, которые необходимы для всех членов домохозяйства младше 18 лет (независимо от того, требуются ли таким лицам услуги по уходу за детьми или нет) для подтверждения степени родства ребенка с родителем/заявителем и для подтверждения возраста ребенка, перечислены в прилагаемом контрольном перечне (документ № CFWB-012B).

РАЗДЕЛ 3

ПОТРЕБНОСТИ РЕБЕНКА (ДЕТЕЙ) И СЕМЬИ

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

РАЗДЕЛ 4 ТРУДОУСТРОЙСТВО

(Заполняется для каждого работающего родителя, опекуна или приемного родителя в домохозяйстве, если причиной подачи заявления на получение пособия по уходу за детьми является «трудоустройство» или вы получаете доход от работы по найму)

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

РАЗДЕЛ 5 ГРАФИК РАБОТЫ/ИНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ/ВРЕМЯ НА ДОРОГУ

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

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

РАЗДЕЛ 6 ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ

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

1. Выберите (□) «Да» или «Нет» в отношении себя и любого лица, которое проживает с вами, в отношении каждого вида дохода.
 2. Для каждого ответа «Да» укажите сумму в долларах, как часто она поступает, а также имя лица, получающего доход.
 3. **В заявлении необходимо указать весь доход.**
 4. Если вы указали, что получаете пособие CA, вам следует подать заявление на получение пособия по уходу за детьми с помощью сотрудника Центра трудоустройства HRA.
 5. Если вы не знаете, где указать тип получаемого дохода, укажите его в графе «Другой».
- **ДОКУМЕНТЫ:** Все необходимые документы в отношении дохода перечислены в прилагаемом контрольном перечне (документ № CFWB-12B).

РАЗДЕЛ 7 ПОСТАВЩИК УСЛУГ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ

1. Если вы соответствуете критериям получения пособия по уходу за детьми, финансируемого Фондом ухода за детьми и развития штата Нью-Йорк (New York State Child Care Block Grant), вы можете выбрать получение услуг по уходу за детьми в детском саду или на дому.
2. Если вы знаете, к какому поставщику услуг или программе вы хотели бы записать своего ребенка, укажите название, адрес и номер программы ACS (если применимо).

РАЗДЕЛ 8 ЗАВЕРЕНИЯ

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

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

РАЗДЕЛ 9 ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Не заполняйте этот раздел. Этот раздел предназначен для сотрудников, которые определяют соответствие вашей семьи критериям получения пособия по уходу за детьми.

ИНФОРМАЦИЯ О РЕГИСТРАЦИИ В КАЧЕСТВЕ ИЗБИРАТЕЛЯ

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

ИНФОРМАЦИЯ О ПРАВАХ И ОБЯЗАННОСТЯХ

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

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

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

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

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

Обязательно предоставьте соответствующую документацию по каждому пункту установления критериев получения пособия

1. ЗАЯВЛЕНИЕ (ФОРМА CFWB-012)

Убедитесь, что все разделы заполнены, в том числе:

- Если в домохозяйстве двое родителей, заявление должно быть подписано обоими родителями
- Отношение к военной службе (Раздел 3)
- Время, необходимое на дорогу (Раздел 5)

2. ПРОЖИВАНИЕ В Г. НЬЮ-ЙОРКЕ

Копия одного из следующих документов:

- Идентификационная карта жителя г. Нью-Йорка (IDNYC)
- Счет за коммунальные услуги
- Письмо о назначении пособия по программе Section 8
- Водительское удостоверение
- Квитанция о внесении арендной платы
- Справка от Управления жилищного хозяйства г. Нью-Йорка (NYC Housing Authority, NYCHA)
- Справка о месте жительства по форме CFWB-067
- Другое _____

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Если документ, указанный в поле «Другое» не подходит, Управление по делам детей г. Нью-Йорка (New York City Administration for Children's Services, ACS) уведомит заявителя об этом.

3. ТОЛЬКО ДЛЯ ДЕТЕЙ, КОТОРЫМ ТРЕБУЕТСЯ УХОД: ГРАЖДАНСТВО/ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС

Копия одного из следующих документов:

- Свидетельство о рождении США
- Регистрационная карта иностранца, включая разрешение на постоянное проживание или грин-карту
- Паспорт гражданина США
- Форма FS-240 (справка о рождении гражданина США за границей)
- Свидетельство о натурализации
- Другое _____

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Если документ, указанный в поле «Другое» не подходит, Управление по делам детей г. Нью-Йорка (New York City Administration for Children's Services, ACS) уведомит заявителя об этом.

4. СТЕПЕНЬ РОДСТВА РЕБЕНКА С РОДИТЕЛЕМ/ЗАЯВИТЕЛЕМ

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

- Свидетельство о рождении
- Акт об усыновлении
- Свидетельство о крещении
- Постановление суда для законного опекуна, несущего финансовую ответственность за ребенка (детей)
- Паспорт с подписью родителя

5. ВОЗРАСТ

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

- Свидетельство о рождении
- Акт об усыновлении
- Свидетельство о крещении
- Регистрационная карта иностранца
- Паспорт

6. ДОХОД

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

Для работающих по найму:

- Форма CFWB-015 - Запрос работодателю о предоставлении сведений о доходе работника

или

- Квитанции о начислении заработной платы
- Еженедельно – 4 последних последовательных квитанции о начислении заработной платы, если валовая сумма одинакова
- Еженедельно – 12 последних последовательных квитанций о начислении заработной платы, если валовая сумма не одинакова
- Раз в две недели/2 раза в месяц – 2 последних последовательных квитанций о начислении заработной платы, если валовая сумма одинакова
- Раз в две недели/2 раза в месяц – 6 последних последовательных квитанций о начислении заработной платы, если валовая сумма не одинакова

Для получения форм и инструкций по заполнению заявления перейдите на страницу <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page>.
Для получения дополнительной информации звоните по номеру 311 или 212-835-7610.

Для индивидуальных предпринимателей:

- Если вы работаете на условиях самозанятости в течение 1 года или более: последний заполненный и подписанный пакет отчетной налоговой документации по подоходному налогу (например, форма 1040, форма 1065, Приложение С (Schedule C), доход от индивидуальной предпринимательской деятельности в рамках партнерства (SE for partnership), форма K-1 и т. д.)
- Если вы являетесь индивидуальным предпринимателем менее 1 года, заполните и отправьте форму CFWB-031 Self-Employment Income Information Attestation (Подтверждение информации о доходах от индивидуальной предпринимательской деятельности).

Иной доход:

- Недавно полученные чеки, квитанции о начислении заработной платы или текущие письма о предоставлении выплат, необходимые для подтверждения иного дохода, указанного заявителем в форме CFWB-012, включая дополнительное социальное пособие (Supplemental Security Income, SSI), пособие по инвалидности (Social Security Disability, SSD), пособие по безработице, доход от аренды недвижимости, пенсии, аннуитеты, компенсационные выплаты работникам, алименты на содержание супруги/супруга и ребенка.

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

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

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

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

b. Профессиональное обучение/образование:

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

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

c. Поиск работы (один из следующих документов):

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

d. Бездомность (один из следующих документов):

- Письменная справка от гостиницы/приюта
- Форма CFWB-027 - Анкета о жилищной ситуации/Освидетельствование жилищной ситуации

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

- Подтверждение получения услуг в связи с домашним насилием

f. Направление в программу лечения от токсикомании (от поставщика услуг по лечению от токсикомании):

- Направление на услуги по лечению злоупотребления психоактивными веществами

Для получения форм и инструкций по заполнению заявления перейдите на страницу <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page>.
Для получения дополнительной информации звоните по номеру 311 или 212-835-7610.

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



Как подать заявление

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

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

NYC Children – EDU
PO Box 40
Maplewood, NJ 07040

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

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



ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

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

Тема: Иммиграционный статус

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

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

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

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

Если у вас есть какие-либо вопросы или вы хотите ознакомиться со списком субсидируемых программ воспитания и образования детей младшего возраста, для которых не требуется подтверждение гражданства или иммиграционного статуса ребенка, позвоните на горячую линию Управления по делам детей (Administration for Children's Services, ACS) по вопросам детского и семейного благополучия по номеру (212) 835-7610 или посетите наш веб-сайт по адресу <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/eligibility.page>.



NYS Agency-Based Voter Registration Form

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

YES If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below

NO because I choose not to register **OR**

I am already registered at my current address **OR**

I asked for and received a mail registration form

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

_____/_____/_____
Signature Date

Please Print Name

Important!

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

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

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

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

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

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

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

1	Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO, do not complete this form</small>	2	A) Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO to both of the prior questions, you cannot register to vote.</small>	For Board Use Only		
3	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____					
4	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____					
5	Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____					
6	Date of Birth _____	7	Gender (optional) _____	8	Telephone (optional) _____	Email (optional) _____
10	The last year you voted _____	Your address was (give house number, street and city) _____		9	ID Number (Check the applicable box and provide your number) <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number	
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.