



طلب تسجيل برنامج/مقدم خدمات رعاية الطفل

التاريخ: _____

الاسم والعنوان ومعلومات الاتصال

اسم البرنامج/مقدم الخدمة: _____

عنوان الشارع الخاص بالبرنامج/مقدم الخدمة: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

المعرف الضريبي الفيدرالي أو رقم الضمان الاجتماعي: _____

جهة الاتصال الرئيسية: _____ الهاتف: _____

البريد الإلكتروني: _____

البرامج القائمة في المراكز فقط

اسم المدير: _____ الهاتف: _____

البريد الإلكتروني: _____

جدول المواعيد والتقويم

أيام وساعات العمل

العطلات	الأحد	السبت	الجمعة	الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين	
								موعد العمل
								موعد الإغلاق

معلومات الجلسات الصيفية

○ مفتوح طوال العام ○ مفتوح في الصيف فقط ○ لا يُفتح خلال الصيف

البرامج القائمة في المراكز فقط: جدول مواعيد العطلات والإغلاق

يُرجى تحديد أي تواريخ إغلاق سنوية لبرنامجك (مثل عيد رأس السنة، عيد الشكر، إلخ)

تكلفة الرعاية

الرضع 6 أسابيع - 24 شهرًا	الأطفال الصغار 18-24 شهرًا - أقل من 3 أعوام	ما قبل المدرسة من 3 إلى 5 أعوام	في عمر الدراسة من 6 إلى 12 أعوام	يُرجى تحديد الرسوم المفروضة لكل مستوى عمري تقدم له الخدمات
				أسبوعيًا (30 ساعة أو أكثر في الأسبوع لمدة 5 أيام أو أقل)
				يوميًا (6-12 ساعة في اليوم)
				جزء من اليوم (6-0 ساعات في اليوم)



الموقع والمواصلات العامة

الشارع المتقاطع: _____

رقم الحافلة: _____ موقف الحافلة: _____ رقم مترو الأنفاق: _____ محطة مترو الأنفاق: _____

معلومات الاصطحاب من المدرسة

يُرجى ذكر اسم أي من مدارس مرحلة ما قبل الروضة (PK) وحتى الصف الـ 12 التي تقدم من خلالها خدمات اصطحاب الأطفال بعد المدرسة

1. _____ 2. _____ 3. _____

الخدمات الخاصة

خدمات الاحتياجات الخاصة المقدمة	اللغات المستخدمة في الحديث	معلومات الوجبات	في أماكن العمل
☐ نعم	☐ الإسبانية	☐ الإفطار	☐ الأخصائي الاجتماعي
☐ لا	☐ العبرية	☐ الغداء	☐ ممرضة/طبيب
	☐ الروسية	☐ الوجبة الخفيفة	☐ معالج تخاطب
	☐ الفرنسية	☐ العشاء	☐ أخصائي علم نفس
	☐ الصينية	☐ الأطعمة الشرعية	☐ معلم تعليم خاص
	☐ غير ذلك _____	☐ اليهودية	
		☐ الأطعمة الحلال	
		☐ غير ذلك _____	

الشهادة

- ☐ لا تشير خدمات رعاية الطفل إلى البرامج التي تقدم الرعاية للأطفال التي تعمل فقط لغرض التعليم الديني أو الرياضة أو الترفيه أو الصفوف أو الدروس. بتقديم توقيعي، أؤكد أنني مقدم خدمة/برنامج لا يعمل فقط لغرض التعليم الديني أو الرياضة أو الترفيه أو الصفوف أو الدروس.
- ☐ أشهد أن المعلومات الواردة في هذا الطلب دقيقة. وأدرك أن تقديم معلومات خاطئة قد يؤدي إلى تعليق أو إنهاء المدفوعات واسترداد أي مدفوعات لم تكن تحقق لي. وأقر بأن تلقى مدفوعات من مدينة New York لخدمات رعاية الطفل المقدمة لا يجعلني موظفًا بمدينة New York.
- ☐ أدرك أنني سأحصل على المدفوعات فقط بعد استلام هذا الطلب والوثائق الداعمة وإرسال سجل حضور الطفل. وأشهد أن المبلغ الذي أفرضه على خدمات رعاية الطفل المدعومة من إدارة خدمات الأطفال (ACS) ليس أكثر من المبلغ الذي أفرضه على الأطفال من نفس العمر في الدفع الخاص.

توقيع مقدم الخدمة/البرنامج: _____ التاريخ: _____

للاستخدام الرسمي فقط

☐ الرضع ☐ الأطفال الصغار ☐ ما قبل الدراسة ☐ في عمر الدراسة ☐ أدخل بواسطة: _____