

Wniosek o rejestrację programu opieki nad dziećmi / usługodawcy

Data: _____

Imię i nazwisko, adres i informacje kontaktowe

Nazwa programu/usługodawcy: _____

Adres programu/usługodawcy: _____

Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Federalny nr identyfikacji podatkowej lub nr ubezpieczenia społecznego: _____

Główna osoba kontaktowa: _____ Telefon: _____ Adres e-mail: _____

Tylko dla programów realizowanych w ośrodkach

Imię i nazwisko dyrektora: _____ Adres e-mail: _____

Harmonogram

Dni i godziny świadczenia usług

	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela	Święto
Godzina rozpoczęcia pracy								
Godzina zakończenia pracy								

Ważne informacje dotyczące sesji letnich

Usługi przez cały rok Usługi wyłącznie w lecie Brak usług w lecie

Tylko dla programów realizowanych w ośrodkach: Harmonogram pracy w dni świąteczne oraz terminy, w których usługi nie są świadczone

Prosimy wymienić dni, w których program nie świadczy usług (np.: Nowy Rok, Święto Dziękczynienia itp.)

Koszt opieki

Prosimy określić wysokość stawki za opiekę nad dziećmi z każdej grupy wiekowej	NIEMOWLĘ 6 tygodni – 24 miesiące	MAŁE DZIECKO 18–24 miesiące – do 3 lat	DZIECKO W WIEKU PRZEDSZKOLNYM 3–5 lat	DZIECKO W WIEKU SZKOLNYM 6–12 lat
Tygodniowo (30 godzin lub więcej w tygodniu, przez 5 dni lub mniej)				
Codziennie (6–12 godzin dziennie)				
Przez część dnia (0–6 godzin dziennie)				

Lokalizacja i transport publiczny

Przecznica: _____

Nr autobusu: _____ Przystanek autobusowy: _____ Nr linii metra: _____ Przystanek metra: _____

Informacje na temat sposobu odbioru dziecka ze szkoły

Prosimy wymienić nazwy dowolnych szkół PK – Grade 12, dla których świadczone są usługi odbierania dzieci ze szkoły

1. _____ 2. _____ 3. _____

Usługi specjalistyczne

Świadczone usługi w zakresie specjalnych potrzeb

- Tak
 Nr

Znajomość języka – w mowie

- Hiszpański
 Hebrajski
 Rosyjski
 Francuski
 Chiński
 Inne _____

Informacje na temat posiłków

- Śniadanie
 Obiad
 Przekąski
 Kolacja
 Posiłki koszerne
 Posiłki halal
 Inne _____

Usługi w miejscu zamieszkania

- Pracownik opieki społecznej
 Pielęgniarka/lekarz
 Logopeda
 Psycholog
 Kształcenie specjalne Instruktor

Oświadczenie

- Usługi opieki nad dziećmi nie odnoszą się do programów, w ramach których zapewniana dzieciom opieka jest świadczona w ramach edukacji religijnej, zajęć sportowych, rekreacji oraz lekcji. Składając swój podpis poniżej potwierdzam, że prowadzę program opieki nad dziećmi / jestem usługodawcą i nie zajmuję się wyłącznie prowadzeniem zajęć, lekcji, edukacji religijnej, sportowej i rekreacyjnej.
- Zaświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą. Rozumiem, że podanie fałszywych informacji może prowadzić do zawieszenia lub zakończenia płatności oraz odzyskania wszelkich płatności, do których nie byłem(-am) uprawniony(-a). Przyjmuję do wiadomości, że otrzymanie zapłaty od Miasta Nowy Jork za świadczone usługi opieki nad dzieckiem nie czyni mnie pracownikiem Miasta Nowy Jork.
- Rozumiem, że otrzymam wynagrodzenie dopiero po złożeniu niniejszego wniosku wraz z towarzyszącą mu dokumentacją i dostarczeniu potwierdzenia sprawowania opieki nad dzieckiem w postaci potwierdzenia jego obecności. Potwierdzam, że kwota, którą pobieram od ACS w ramach dotowanej opieki nad dziećmi, nie jest wyższa niż kwota, którą pobieram za prywatną opiekę nad dziećmi w tym samym wieku.

Podpis usługodawcy / osoby prowadzącej program: _____ Data: _____

Wyłącznie do użytku urzędowego

- Niemowlę Małe dziecko Dziecko w wieku przedszkolnym Dziecko w wieku szkolnym

Wypełnił(a): _____