

تصريح بالكشف عن الخلفية الجنائية والإفصاح عن المعلومات خاص بالأسر المضيفة في برنامج "منزل المسار"

رقم الضمان الاجتماعي:	السكان الرئيسي (الاسم بأحرف واضحة):
عنوان السكان الرئيسي:	

تصريح بالكشف عن الخلفية الجنائية لدى السجل المركزي للولاية ومراجعة سجلات إدارة خدمات الطفل Administration for Children's (Services, ACS)

بالتوقيع على هذا النموذج، أنا أوافق طوعاً على أن تقوم إدارة ACS بمدينة نيويورك بإجراء الكشف عن الخلفية الجنائية لاسمي لدى السجل المركزي لولاية نيويورك الخاص بحالات الاعتداء على الأطفال وإساءة معاملتهم (Register of Child Abuse and Maltreatment, SCR). وأوافق أيضاً على أن تقوم إدارة خدمات الطفل بإجراء مراجعة للسجلات التي تحتفظ بها تحت اسمي واسم (أسماء) طفلي (أطفالي)، بما في ذلك سجلات خدمات حماية الطفل (child protective services, CPS) وسجلات الرعاية البديلة وسجلات الخدمات الوقائية. وأدرك أن إدارة خدمات الطفل سوف تقدم هذا الكشف عن الخلفية الجنائية ومعلومات السجلات هذه إلى إدارة خدمات المشردين بمدينة نيويورك (Department of Homeless Services, DHS).

معلومات الأسرة المضيفة (قم بتضمين جميع الأسماء الفعلية أو أسماء الشهرة)

الاسم الأول	اسم العائلة	العلاقة بالسكان الرئيسي	الجنس	تاريخ الميلاد
1.		الذات		
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

تصريح بالإفصاح عن المعلومات المرتبطة بالكشف عن الخلفية الجنائية لدى السجل المركزي للولاية وسجلات إدارة خدمات الطفل والدعم الحكومي

أنا أصرح لإدارة الموارد البشرية بمدينة نيويورك (Human Resources Administration, HRA) وإدارة خدمات الطفل وإدارة خدمات المشردين بالكشف عن المعلومات، بما يتصل مع مشاركتي في برنامج منزل المسار (Pathway Home, PH)، كما هو منصوص عليه في هذا النموذج: وفقاً للقوانين الفيدرالية وقوانين ولاية نيويورك، أنا أدرك أن:

- سرية سجلاتي وسجلات أطفالي محمية بموجب القوانين واللوائح الفيدرالية و/أو قوانين ولوائح الولاية.
- التوقيع على هذا التصريح أمر طوعي. ولن يكون طلب الإعانة النقدية الخاص بي أو أهليتي أو استمرار حصولي على المخصصات مشروطاً بتقديمي التصريح بهذا الكشف.
- أنا أدرك أن أي معلومات سرية يتم الكشف عنها استناداً إلى هذا التصريح يمكن أن يتم إعادة الكشف عنها من قبل المستلم ولن تبقى سرية هذه المعلومات محمية بعد ذلك بالقوانين الفيدرالية أو قوانين الولاية.
- أنا أصرح بالإفصاح عن المعلومات التالية:

- ☐ وضع حالة الإعانة النقدية الخاصة بي، إن وجدت؛
- ☐ ورقم حالة الإعانة النقدية الخاصة بي، إن وجدت؛
- ☐ وقيمة الإعانة النقدية الخاصة بي المخصصة لإعانة المأوى، إن وجدت؛
- ☐ والمعلومات الموجودة في السجلات التي تحتفظ بها إدارة خدمات الطفل تحت اسمي واسم (أسماء) طفلي (أطفالي)، بما في ذلك سجلات CPS وسجلات الرعاية البديلة وسجلات الخدمات الوقائية؛

□ وجود أي بلاغات محددة (أي مثبتة) بالاعتداء على الأطفال أو إساءة معاملتهم أكون أنا المتهم فيها والمعلومات المرتبطة

5. أنا أصرح لإدارة الموارد البشرية وإدارة خدمات الطفل وإدارة خدمات المشردين بالإفصاح عن المعلومات المشار إليها أعلاه إلى _____
(مقدم الطلب لبرنامج PH)

6. لدي الحق في إلغاء هذا التصريح في أي وقت بإرسال خطاب إلى:

PH Rental Assistance Programs
NYC Human Resources Administration
150 Greenwich Street, 36th Floor
New York, NY 10007

أنا أدرك أنه يمكنني إلغاء هذا التصريح باستثناء عندما: (1) تكون هناك إجراءات قد اتخذت بالفعل استنادًا إلى هذا التصريح أو (2) تؤثر المعلومات بشكل سلبي على مقدم الطلب وتحتاج الوكالات إلى استخدام المعلومات للدفاع عن قراراتها في أي استئناف إداري يطلبه مقدم الطلب وأي دعاوى قضائية ناتجة.

7. أوافق على أن تقوم إدارة خدمات الطفل والوكالات التي توفر الخدمات لها بالدخول إلى منزلي في جميع الحالات النشطة المتعلقة بإدارة خدمات الطفل.

8. أنا أدرك أن صلاحية هذا التصريح سوف تنتهي بنهاية مشاركة مقدم الطلب لبرنامج PH المحدد أعلاه في برنامج PH أو عندما ينتقل مقدم الطلب لبرنامج PH خارج منزلي، أيهما يحدث أولاً، باستثناء عندما تؤثر المعلومات بشكل سلبي على مقدم الطلب وتحتاج الوكالات إلى استخدام المعلومات للدفاع عن قراراتها في أي استئناف إداري يطلبه مقدم الطلب وأي دعاوى قضائية ناتجة ولن تنتهي صلاحية التصريح حتى نهاية هذا الاستئناف والدعاوى القضائية الناتجة.

أنا أؤكد أن جميع المعلومات المقدمة أعلاه دقيقة وصحيحة.

التاريخ: _____

توقيع الساكن الرئيسي

التاريخ: _____

توقيع الساكن الذي يبلغ من العمر ثمانية عشر عامًا أو أكثر

التاريخ: _____

توقيع الساكن الذي يبلغ من العمر ثمانية عشر عامًا أو أكثر

التاريخ: _____

توقيع الساكن الذي يبلغ من العمر ثمانية عشر عامًا أو أكثر