طلب التسجيل لطفل مع مقدم رعاية
(Arabic)

يجب على جميع الأشخاص غير المرخصين والمعفيين قانونًا في المنزل والأسرة والمجموعة المعفاة قانونًا ومقدمي الرعاية غير الرسميين إكمال هذا النموذج وإكمال النموذج **OCFS-LDSS-4699** أو النموذج **OCFS-LDSS-4700**.

ملاحظة

- لا يُطلب من مقدمي الخدمة المرخصين/المسجلين إكمال النموذج **OCFS-LDSS-4699** أو النموذج **OCFS-LDSS-4700**. بل يجب عليهم إكمال الصفحات من 1 إلى 3 من هذا النموذج ثمّ إعادة النموذج إلى ولي الأمر أو الوصي القانوني. يجب أيضًا على مقدمي الخدمة الخاضعين للتنظيم بدون رقم نظام المعلومات الآلي لرعاية الطفل (ACCIS) تقديم نسخة من ترخيصهم مع نموذج **CS-274W** المكتمل.

اسم ولي الأمر/القائم بالرعاية:		رقم حالة المساعدات النقدية:
العنوان:		
الهاتف:	رقم الضمان الاجتماعي *(اختياري، انظر أدناه)*: [1]	رقم الحالة في نظام ACCIS:
يعمل أحد أولياء الأمور بدوام كامل في الجيش الأمريكي. ☐ نعم ☐ لا		ولي الأمر عضو في الحرس الوطنيأو وحدة الاحتياط العسكري. ☐ نعم ☐ لا

[1] يجوز للوالد أو القائم بالرعاية - ولكنه ليس مجبرًا على - كتابة رقم الضمان الاجتماعي الخاص به. لا يُطلب منك الكشف عن رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك كشرط للأهلية للحصول على خدمات رعاية الأطفال. إذا تم توفيره، فسيستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك للمساعدة في تحديد ملف رعاية طفلك. وقد تستخدمه أيضًا الوكالات الفيدرالية وتلك التابعة للولاية والمحلية لمنع تكرار الخدمات والاحتيال، ولإعداد التقارير الفيدرالية.

(اقلب الصفحة)

اسم مقدم الرعاية غير المرخص له/غير الرسمي: [2]	اسم مقدم الرعاية/ البرنامج:
رقم مقدم نظام المعلومات الآلي لرعاية الطفل *(إنّ وجد)*:	رقم الرخصة:
رقم الضمان الاجتماعي/هوية الموظف/الهوية الضريبية لمقدم الرعاية:	نوع الرخصة:
تاريخ انتهاء صلاحية الشهادة:	تاريخ انتهاء الصلاحية:

الهاتف:	تاريخ الميلاد:

عنوان البريد الإلكتروني لمقدم الرعاية/ البرنامج:	
عنوان المكان الذي تُقدم فيه الرعاية:	
عنوان مقدم الرعاية/ الجديدة(إن كان مختلفًا):	

[2] أفراد لا يمكن دفع أجور الأقارب المسؤولين قانونًا (الآباء والأمهات وزوجات الآباء وأزواج الأمهات والأوصياء القانونيون) كمقدمي رعاية أطفال لطفلهم (أطفالهم).

أتعاب مقدم الرعاية (يجب على جميع مقدمي الرعاية - باستثناء البرامج المتعاقد عليها مع إدارة خدمات الأطفال - إكمال هذا القسم.) تكون أتعاب رعاية الطفل الأسبوعية كما يلي:

أتعاب مقدم الرعاية حدد الأتعاب التي تم تحديده الكل مستوى عمري	**الرُّضع** أقل من 18 شهرًا	**طفل صغير** من 18 شهرًا إلى أقل من 3 سنوات	**مرحلة ما قبل المدرسة** من 3 سنوات إلى أقل من 6 سنوات	**سن المدرسة** من 6 إلى 12 سنة
دوام كامل (30 ساعة أو أكثر في الأسبوع)				
دوام جزئي (15 – 29 ساعة في الأسبوع)				
بالساعة (1 – 14 ساعة في الأسبوع ولكن أقل من 3 ساعات في اليوم)				

(اقلب الصفحة)

أتعاب مقدم الرعاية *(يتبع)*

أتعاب مقدم الرعاية لذوي الاحتياجات الخاصة حدد الأتعاب التي تم تحديده الكل مستوى عمري	**الرُّضع** أقل من 18 شهرًا	**طفل صغير** من 18 شهرًا إلى أقل من 3 سنوات	**مرحلة ما قبل المدرسة** من 3 سنوات إلى أقل من 6 سنوات	**سن المدرسة** من 6 إلى 12 سنة	**ذوي الاحتياجات الخاصة** من 13 إلى 19 سنة
دوام كامل (30 ساعة أو أكثر في الأسبوع)					
دوام جزئي (15 – 29 ساعة في الأسبوع)					
بالساعة (1 – 14 ساعة في الأسبوع ولكن أقل من 3 ساعات في اليوم)					

حدد الجدول (الجداول) الأسبوعي لخدمات رعاية الأطفال التي يتم طلبها للطفل (الأطفال) المدرج أدناه:

اسم الطفل	اسم الطفل		اسم الطفل		اسم الطفل	
تاريخ الميلاد	*الشهر اليوم سنة*		*الشهر اليوم سنة*		*الشهر اليوم سنة*	
تاريخ بداية الرعاية	*الشهر اليوم سنة*		*الشهر اليوم سنة*		*الشهر اليوم سنة*	
الجدول الأسبوعي	**من**	**إلى**	**من**	**إلى**	**من**	**إلى**
الاثنين						
الثلاثاء						
الأربعاء						
الخميس						
الجمعة						
السبت						
الأحد						
جزء خاص بالمكتب فقط	**إجمالي عدد الساعات في الأسبوع**		**إجمالي عدد الساعات في الأسبوع**		**إجمالي عدد الساعات في الأسبوع**	

(اقلب الصفحة)

☐ أقر بأن تلقي مدفوعات من مدينة نيويورك مقابل خدمات رعاية الأطفال المقدمة لا يجعلني موظفًا في مدينة نيويورك. أنا موظف لدى أحد أولياء الأمور/ الوصي القانوني للطفل الذي أقدم الرعاية له.

شهادة مقدم الرعاية

أنا أسجل هذا الطفل في برنامج رعاية الأطفال. أدرك أنه لن يتم الدفع لي إلا بعد استلام بيانات حضور الطفل بواسطة إدارة خدمات الأطفال وطالما ظلت حالة المساعدة النقدية لولي الأمر/ الوصي المذكور أعلاه نشطة وأن ولي الأمر مشارك في نشاط معتمد من إدارة استقلال الأسرة أو موظف. إذا لم يستوفِ ولي الأمر/ الوصي هذه المعايير، فسيتم إرسال خطاب من إدارة خدمات الأطفال (ACS) ليبلغني أن إدارة خدمات الأطفال لن تدفع مقابل رعاية الطفل بعد الآن. أوافق على أن المبلغ الذي أتقاضاه من ولي الأمر هذا لا يزيد عن المبلغ الذي أتقاضاه نظير رعاية الأطفال الآخرين من نفس العمر. **أدرك أنه لا يمكنني تلقي الأتعاب نظير رعاية الأطفال إذا لم أدرج كافة الأسعار الخاصة بي.**

سأسمح للوالد/ الوصي على الطفل (الأطفال) المذكور في هذا النموذج بالدخول غير المحدود إلى طفله (أطفاله) والمباني وسأظل متاحًا متى كانت الأطفال في رعايتي. أشهد أن الإفادات المذكورة أعلاه دقيقة وحقيقية على حد علمي. أدرك أن تقديم معلومات خاطئة قد يؤدي إلى تعليق المدفوعات أو إنهائها واسترداد أي مدفوعات لم أكن مستحقًا لها.

اسم مقدم الرعاية (اكتب الاسم بخط واضح)	اللقب الرسمي (إن وجد)
التوقيع	التاريخ

(اقلب الصفحة)

شهادة ولي الأمر/الوصي:

أقر بأنني راجعت الطلب أعلاه للحصول على معلومات رعاية الطفل وأنها صحيحة. أدرك أنه يجب علي إبلاغ HRA بأي تغييرات تطرأ على الفور.

_____

اسم الوصي/ القائم بالرعاية

_____ _____

توقيع الوالد/الوصي التاريخ

هل تعاني من حالة طبية أو حالة متعلقة بالصحة العقلية أو إعاقة؟ هل تجعل هذه الحالة من الصعب عليك فهم هذا الإخطار أو تنفيذ ما يطلبه منك؟ هل هذه الحالة تجعل من الصعب عليك الحصول على خدمات أخرى من إدارة HRA؟ **يمكننا مساعدتك.** اتصل بنا على الرقم 718-557-1399. يمكنك أيضًا طلب المساعدة عندما تقوم بزيارة لأحد مكاتب إدارة الموارد البشرية. يحق لك طلب الحصول على هذا النوع من المساعدة بموجب القانون.

For Agency Use Only:

Is child care authorized for this applicant/participant? ☐ YES ☐ NO

Agency-approved start date for child care: _____