

ملحق تسجيل الانتساب عند مقدّم خدمة العناية بالطفل (Arabic) *
(يستخدم مع نموذج LDSS-4700 / LDSS-4699 لجميع مقدمي الخدمات غير مضبوطين بأنظمة)

إسم الوالد(ة) / ولي الأمر:	رقم القضية:	
العنوان:		
رقم الهاتف:	رقم الضمان الإجتماعي (خيارى، راجع أدناه): ¹	رقم القضية الصادر من ACCIS:
إسم مقدّم الخدمة:	تاريخ الميلاد ² :	
عنوان المكان الذي يتم فيه تقديم الخدمة:		
عنوان مقدّم الخدمة (إن كان مختلفاً عن مكان تقديم الخدمة):		
رقم الهاتف:	رقم الضمان الإجتماعي/ رقم الرخصة EIN	
¹ يجوز للوالد(ة) / ولي الأمر إدراج رقم ضمانه أو ضمانها الإجتماعي، ولكن لا يتحتم عليك القيام بهذا. لا يمكن أن يفرض عليك الإفصاح عن رقم ضمانك الإجتماعي كشرط لأهلية الحصول لخدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير"). إذا تم كتابته، فسيستخدم رقم ضمانك الإجتماعي في المساعدة على تحديد ملف العناية بالطفل الخاص بك. كما قد تستخدمه الوكالات على المستوى الفيدرالي والولاية والمحلي لمنع ازدواجية تقديم الخدمات والغش ولأغراض التبليغ الفيدرالي. ² إذا كان عمر مقدّم الخدمة أقل من 18 سنة، فيجب ملء نموذج توظيف القاصرين.		

مقدم الخدمة / إسم الوكالة: _____
رقم ACCIS لمقدم الخدمة (إن كان متوفراً): _____
نوع رخصة مقدم الخدمة: _____ رقم الرخصة: _____
تاريخ الانتهاء: ____ / ____ / ____
ش ش ي س س س

أجور مقدّم الخدمة (باستثناء البرامج المتعاقد مع ACS، يجب على جميع مقدّمي الخدمة ملء هذا القسم كلياً).

أجوري الأسبوعية للعناية بالأطفال كالاتي:

أشر إلى أجرة العناية لكل مستوى عمر	طفل رضيع أصغر من 18 شهراً	طفل دارج 18 شهراً - أصغر من 3 سنوات	قبل سن المدرسة 3 سنوات - أصغر من 6 سنوات	سن المدرسة 6-12 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 الواحد)				

*يرجى الانتباه: 1. لا يتطلب من مقدمي الخدمة المضبوطين بأنظمة أو المرخص لهم ملء نموذج LDSS-4699 أو نموذج LDSS-4700. ينبغي عليهم ملء الصفحتين الأولى والثانية (1 و 2) فقط لهذا النموذج وردهما إلى الوالد(ة) / ولي الأمر الشرعي. يجب على مقدمي الخدمة المضبوطين بأنظمة وبدون رقم ACCIS تقديم نسخة عن رخصتهم مع إكمال ملء نموذج CS-274W أيضاً.
2. يجب على مقدمي الخدمة بصورة غير رسمية تقديم وثائق لهوياتهم الشخصية سوياً مع عنوانهم لكي تقوم HRA بصرف دفعاتهم. يرجى أن تطلب من عامل JOS/ACS المسؤول عنك نموذج إثبات الهوية الشخصية مع السكن لمقدم خدمة العناية لطفلك أو "جليسة طفلك" (CS-574FF)، وهو القائمة المعتمدة لأنواع الهوية التعريفية.

أشّر إلى الجدول الأسبوعي (الجدول الأسبوعي) لخدمات العناية بالطفل لكل من الأطفال المدرجين أدناه:

إسم الطفل (ة)			إسم الطفل (ة)			إسم الطفل (ة)			إسم الطفل (ة)		
سنة	يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة	يوم	شهر
تاريخ الميلاد			تاريخ الميلاد			تاريخ الميلاد			تاريخ الميلاد		
تاريخ ابتداء تقديم العناية			تاريخ ابتداء تقديم العناية			تاريخ ابتداء تقديم العناية			تاريخ ابتداء تقديم العناية		
الجدول الأسبوعي			الجدول الأسبوعي			الجدول الأسبوعي			الجدول الأسبوعي		
الأتنين			الأتنين			الأتنين			الأتنين		
الثلاثاء			الثلاثاء			الثلاثاء			الثلاثاء		
الأربعاء			الأربعاء			الأربعاء			الأربعاء		
الخميس			الخميس			الخميس			الخميس		
الجمعة			الجمعة			الجمعة			الجمعة		
السبت			السبت			السبت			السبت		
الأحد			الأحد			الأحد			الأحد		
Total Hours per Week			Total Hours per Week			Total Hours per Week			Total Hours per Week		
FIA Child Care Rate			FIA Child Care Rate			FIA Child Care Rate			FIA Child Care Rate		
للإستخدام الرسمي فقط			للإستخدام الرسمي فقط			للإستخدام الرسمي فقط			للإستخدام الرسمي فقط		
OFFICE USE ONLY			OFFICE USE ONLY			OFFICE USE ONLY			OFFICE USE ONLY		

☐ أقر أن استلامي لدفعات من مدينة نيويورك لقاء خدمات العناية بالطفل التي أقدمها لا يجعلني موظفاً من موظفي مدينة نيويورك. إنني موظف لدى والد(ة) / ولي أمر الطفل الذي أقدم العناية له أو لها.

شهادة مقدم الخدمة

أقوم بتسجيل انتساب هذا الطفل في برنامج عناية بالطفل. وأفهم أنه لن تدفع لي أجور العناية إلا بعد أن تستلم **FIA** بيانات حضور الطفل وطوال الفترة التي يكون فيها الوالد(ة) / ولي الأمر المسمى أعلاه مرتبطاً بنشاط معتمد من **FIA** أو موظفاً في عمل. وفي حال عدم تلبية الوالد(ة) / ولي الأمر لهذه الضوابط، سترسل **FIA** رسالة لي تعلمني فيها أنه لن تقوم **FIA** بدفع أجور عناية الطفل. كما أوافق أن لا تكون قيمة أجور الخدمة التي أطلبها من هذا الوالد(ة) أكثر من قيمة أجور الخدمة التي أطلبها لخدمة العناية بأطفال آخرين في نفس العمر. **أفهم أنه لا يمكن أن تدفع لي مستحقاتي إذا لم أقم بإدراج كل أجوري.**

سأسمح لوالد(ة) / ولي أمر الأطفال المسمين في هذا النموذج وصول غير محدود لأطفاله / لأطفالها ولحرم مكان تقديم خدمة العناية وسأجعل نفسي متوفراً كلما كان الأطفال في عنايتي.

أشهد أن البيانات أعلاه صحيحة وصادقة إلى حد مبلغ علمي. وأفهم أن تقديم معلومات كاذبة قد يؤدي إلى توقيف الدفعات أو إنهائها واسترجاع أي دفعة لا أستحق قبضها.

إسم مقدم الخدمة (أكتب بحروف كبيرة وواضحة) / Provider's Name (print clearly): _____

مسمى الوظيفة الرسمي (إن كان ملائماً) / Official Title (if applicable): _____

التوقيع / Signature: _____ التاريخ / Date: _____

شهادة الوالد / ولي الأمر

أشهد أنني راجعت المعلومات أعلاه وأنها صحيحة. وأفهم أنه عليّ تبليغ الـ **FIA** بأي تغيير يطرأ عليها.

إسم الوالد (ة) / ولي الأمر / Parent/Guardian's Name: _____

توقيع الوالد (ة) / ولي الأمر / Parent/Guardian's Signature: _____ التاريخ / Date: _____

For Agency Use Only (للاستخدام الوكالة فقط):

Is child care authorized for this applicant/participant? ☐ Yes ☐ No

Agency-approved start date for child care: _____ / _____ / _____
mm dd yyyy