



## Wniosek o zapisanie dziecka przez usługodawcę (Polish)

Wszyscy usługodawcy nielicencjonowani, wyłączeni z wymogów prawnych domowi i rodzinni, wyłączeni z wymogów prawnych, grupowi oraz nieformalni muszą wypełnić ten formularz oraz formularz **OCFS-LDSS-4699** lub **OCFS-LDSS-4700**.

### UWAGA

- Licencjonowani/zarejestrowani usługodawcy nie mają obowiązku wypełniania formularza **OCFS-LDSS-4699** ani **OCFS-LDSS-4700**. Powinni oni wypełnić strony od 1 do 3 niniejszego formularza, a następnie zwrócić formularz rodzicowi/opiekunowi prawnemu. Certyfikowani usługodawcy bez numeru w systemie ACCIS (Automated Child Care Information System, ACCIS) muszą również złożyć kopię swojej licencji wraz z wypełnionym formularzem **CS-274W**.
- Nieformalni usługodawcy muszą dostarczyć dokumentację potwierdzającą ich tożsamość oraz miejsce zamieszkania, jeśli mieszkają w danym miejscu, aby otrzymać wynagrodzenie od Wydziału ds. Dzieci (Administration for Children's Services, ACS). Należy poprosić JOS/pracownika o dowód tożsamości i miejsca zamieszkania dla usługodawcy oferującego opiekę nad dzieckiem (**CS-574FF**), który stanowi listę zatwierdzonych rodzajów dokumentów tożsamości. Nieformalni dostawcy muszą ukończyć szkolenie z zakresu zdrowia i bezpieczeństwa oraz przedłożyć certyfikat ukończenia szkolenia, jak również formularz dotyczący wyłączonego z wymogów prawnych szkolenia w zakresie opieki nad dzieckiem (**OCFS-LDSS-4669.3**).

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna:		Numer sprawy CA:
Adres:		
Telefon:	Numer ubezpieczenia społecznego (SSN) <i>(Opcja dobrowolna, patrz poniżej):</i> <sup>1</sup>	Nr sprawy ACCIS:
Rodzik służy w pełnym wymiarze godzin w armii Stanów Zjednoczonych. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Rodzik jest członkiem Gwardii Narodowej lub jednostki Rezerwy Wojskowej. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
<sup>1</sup> Rodzik/opiekun może, ale nie musi, podać swój numer ubezpieczenia społecznego. Nie można żądać ujawnienia numeru ubezpieczenia społecznego jako warunku kwalifikacji do usług opieki nad dzieckiem. Jeśli go podasz, Twój numer ubezpieczenia społecznego będzie użyty do pomocy w identyfikacji Twojego pliku opieki nad dzieckiem. Może on być również wykorzystany przez instytucje agencje federalne, stanowe i lokalne w celu zapobiegania dublowaniu usług i oszustwom oraz do celów sprawozdawczości federalnej.		

(odwrócić stronę)

Imię i nazwisko nielicencjonowanego/ nieformalnego opiekuna: <sup>2</sup>		Imię i nazwisko usługodawcy/nazwa programu:	
Numer dostawcy ACCIS (jeśli jest dostępny):		Numer licencji:	
Numer Ubezpieczenia Społecznego/EIN/TIN usługodawcy:		Typ licencji:	
Data wygaśnięcia certyfikatu:		Data wygaśnięcia:	
Telefon:		Data urodzenia:	
Adres e-mail usługodawcy/programu:			
Adres, pod którym sprawowana jest opieka:			
Adres usługodawcy/ programu (jeśli inny niż powyżej)			
<p><sup>2</sup> Prawnie odpowiedzialni krewni (rodzice, przybrani rodzice i prawni opiekunowie) nie mogą otrzymywać wynagrodzenia jako opiekunowie dla własnych dzieci.</p>			

**Stawka usługodawcy** (Wszyscy usługodawcy, z wyjątkiem programów zakontraktowanych przez ACS, muszą wypełnić tę część).

Moje tygodniowe stawki za opiekę nad dzieckiem są następujące:

<b>Stawka usługodawcy</b> Wskaźać stawkę pobieraną dla każdego poziomu wiekowego	<b>NIEMOWLĘ</b> Poniżej 18 miesiący	<b>MAŁE DZIECKO</b> 18 miesięcy – poniżej 3 lat	<b>PRZEDSZKOLAK</b> 3 lata – poniżej 6 lat	<b>DZIECKO W WIEKU SZKOLNYM</b> 6 – 12 lat
Pełny etat (30 lub więcej godzin tygodniowo)				
Część etatu (15 – 29 godzin tygodniowo)				
Praca godzinowa (1 – 14 godzin tygodniowo, ale mniej niż 3 godziny dziennie)				

(odwrócić stronę)

**Stawka usługodawcy (ciąg dalszy)**

<b>Potrzeby specjalne Stawka usługodawcy</b> Wskażać stawkę pobieraną dla każdego poziomu wiekowego	<b>NIEMOWLĘ</b> Poniżej 18 miesięcy	<b>MAŁE DZIECKO</b> 18 miesięcy – poniżej 3 lat	<b>PRZEDSZKOLAK</b> 3 lata – poniżej 6 lat	<b>DZIECKO W WIEKU SZKOLNYM</b> 6 – 12 lat	<b>POTRZEBY SPECJALNE</b> 13 – 19 lat
Pełny etat (30 lub więcej godzin tygodniowo)					
Część etatu (15 – 29 godzin tygodniowo)					
Praca godzinowa (1 – 14 godzin tygodniowo, ale mniej niż 3 godziny dziennie)					

Wskaż tygodniowy(-e) harmonogram(-y) usług opieki nad dzieckiem, o które wnioskuje się dla dziecka(dzieci) wymienionego(-ych) poniżej:

<b>Imię i nazwisko dziecka</b>	Imię i nazwisko dziecka			Imię i nazwisko dziecka					
Data urodzenia	MIESIĄC	DZIEŃ	ROK	MIESIĄC	DZIEŃ	ROK	MIESIĄC	DZIEŃ	ROK
Data rozpoczęcia opieki	MIESIĄC	DZIEŃ	ROK	MIESIĄC	DZIEŃ	ROK	MIESIĄC	DZIEŃ	ROK
Harmonogram tygodniowy	<b>Od</b>	<b>Do</b>	<b>Od</b>	<b>Do</b>	<b>Od</b>	<b>Do</b>	<b>Od</b>	<b>Do</b>	
<b>Poniedziałek</b>									
<b>Wtorek</b>									
<b>Środa</b>									
<b>Czwartek</b>									
<b>Piątek</b>									
<b>Sobota</b>									
<b>Niedziela</b>									
<b>Office Use Only</b>	<b>Total Hours per Week</b>		<b>Total Hours per Week</b>		<b>Total Hours per Week</b>		<b>Total Hours per Week</b>		

(odwrócić stronę)

- Przyjmuję do wiadomości, że otrzymanie zapłaty od Miasta Nowy Jork za świadczone usługi opieki nad dzieckiem nie czyni mnie pracownikiem Miasta Nowy Jork. Pozostaję pracownikiem rodzica/opiekuna prawnego dziecka, nad którym sprawuję opiekę.

### Potwierdzenie usługodawcy

Zapisuję to dziecko do programu opieki nad dziećmi. Rozumiem, że otrzymam wynagrodzenie dopiero po otrzymaniu przez ACS danych o frekwencji dziecka oraz tak długo, jak powyższa sprawa o pomoc pieniężną dla rodzica/opiekuna pozostaje aktywna, a rodzic jest zaangażowany w działalność zatwierdzoną przez FIA lub zatrudniony. Jeśli rodzic/opiekun nie spełni tych kryteriów, otrzymam pismo od ACS informujące mnie, że ACS nie będzie dłużej płacić za opiekę nad dzieckiem. Potwierdzam, że kwota, którą pobieram od tego rodzica nie jest wyższa niż kwota, którą pobieram za opiekę nad innymi dziećmi w tym samym wieku. **Rozumiem, że nie otrzymam zapłaty, jeśli nie przedstawię wszystkich moich stawek.**

Zobowiązuję się umożliwić rodzicom/opiekunom dzieci wymienionych w niniejszym formularzu nieograniczony dostęp do ich dzieci i pomieszczeń oraz pozostawać do dyspozycji w czasie, gdy dzieci znajdują się pod moją opieką. Potwierdzam, że powyższe oświadczenia są dokładne i zgodne z prawdą ze stanem mojej wiedzy. Rozumiem, że podanie fałszywych informacji może prowadzić do zawieszenia lub zakończenia płatności oraz odzyskania wszelkich płatności, do których nie byłem(-am) uprawniony(-a).

---

Nazwisko usługodawcy (wyraźnie drukowanymi literami)

---

Tytuł urzędowy (jeżeli dotyczy)

---

Podpis

---

Data

(odwrócić stronę)

### Certyfikacja rodzica/opiekuna

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z powyższym wnioskiem o udzielenie informacji dotyczącej opieki nad dzieckiem i że jest on poprawny. Rozumiem, że muszę niezwłocznie zgłaszać wszelkie zmiany do HRA.

---

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

---

Podpis rodzica/opiekuna

Data

**Czy jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną lub cierpi na jakąś chorobę (w tym chorobę psychiczną)?** Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego zawiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia korzystanie z innych usług HRA? **Możemy pomóc.** Prosimy o kontakt pod numerem 212-331-4640. Pomoc można również uzyskać, odwiedzając biuro HRA. Zgodnie z przepisami ma Pan/Pani prawo otrzymać taką pomoc.

#### For Agency Use Only:

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

Agency-approved start date for child care: \_\_\_\_\_