



Форма запроса на зачисление ребенка в программу поставщика услуг (Russian)

Все поставщики услуг, не имеющие лицензии, правомерно нелицензированные поставщики, предоставляющие услуги на дому и в семье, формально нелицензированные поставщики групповых программ и неофициальные поставщики должны заполнить настоящую форму, а также форму **OCFS-LDSS-4699** или форму **OCFS-LDSS-4700**.

ВНИМАНИЕ

- Лицензированным или зарегистрированным поставщикам услуг не требуется заполнять форму **OCFS-LDSS-4699** или форму **OCFS-LDSS-4700**. Такие поставщики должны заполнить страницы 1–3 настоящей формы, а затем отправить форму родителю или законному опекуну. Регулируемые поставщики услуг, не имеющие номера автоматизированной системы данных по уходу за детьми (Automated Child Care Information System, ACCIS), должны также представить копию своей лицензии вместе с заполненной формой **CS-274W**.

Имя и фамилия родителя или опекуна:		Номер дела о предоставлении денежного пособия (CA):
Адрес:		
Номер телефона:	Номер социального обеспечения (необязательно, см. ниже): ¹	Номер дела ACCIS:
Родитель проходит службу в вооруженных силах США на постоянной основе. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Родитель является членом Национальной гвардии США или Резерва вооруженных сил США. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
¹ Родитель или опекун может (но не обязан) указать свой номер социального обеспечения. От вас не могут потребовать раскрытия номера социального обеспечения в качестве условия соответствия критериям получения услуг по уходу за ребенком. Если вы предоставили номер социального обеспечения, он будет использован для идентификации вашего дела по уходу за ребенком. Он также может использоваться учреждениями федерального, государственного или местного уровней для предотвращения дублирования услуг и мошенничества, а также для федеральной отчетности.		

(Продолжение на следующей странице)

Наименование нелицензированного/ неофициального поставщика: ² <hr/> Номер поставщика ACCIS (если применимо): <hr/> Номер социального обеспечения / EIN/TIN поставщика: <hr/> Дата окончания срока действия свидетельства: <hr/>	Наименование поставщика/программы: <hr/> Номер лицензии: <hr/> Тип лицензии: <hr/> Дата окончания срока действия: <hr/>		
Номер телефона:	Дата рождения:		
Адрес эл. почты поставщика/программы:			
Адрес учреждения, где предоставляются услуги:			
Адрес поставщика/программы (если отличается):			
2 Родственники, несущие юридическую ответственность (родители, мачехи, отчимы либо законные опекуны) и присматривающие за собственными детьми, не могут получать выплаты как поставщики услуг по уходу.			

Тарифы поставщика (этот раздел должны заполнить все поставщики услуг, за исключением программ, работающих по контракту с ACS.) Мои еженедельные тарифы по уходу за детьми указаны ниже:

Тарифы поставщика Укажите тариф, взимаемый за каждую возрастную категорию	МЛАДЕНЕЦ До 18 месяцев	РЕБЕНОК ЯСЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА В возрасте от 18 месяцев до 3 лет	РЕБЕНОК ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В возрасте 3–6 лет	РЕБЕНОК ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В возрасте 6–12 лет
Полный день (30 часов в неделю или более)				
Часть дня (15–29 часов в неделю)				
Уход на почасовой основе (1–14 часов в неделю, но не более 3 часов в день)				

(Продолжение на следующей странице)

Тарифы поставщика (продолжение)

Тарифы поставщика при наличии у ребенка особых потребностей Укажите тариф, взимаемый за каждую возрастную категорию	МЛАДЕНЕЦ До 18 месяцев	РЕБЕНОК ЯСЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА В возрасте от 18 месяцев до 3 лет	РЕБЕНОК ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В возрасте 3–6 лет	РЕБЕНОК ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В возрасте 6–12 лет	РЕБЕНОК С ОСОБЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ В возрасте 13–19 лет
Полный день (30 часов в неделю или более)					
Часть дня (15–29 часов в неделю)					
Уход на почасовой основе (1–14 часов в неделю, но не более 3 часов в день)					

Укажите запрашиваемое еженедельное расписание по уходу за указанным ребенком (указанными детьми):

Имя и фамилия ребенка	Имя и фамилия ребенка			Имя и фамилия ребенка			Имя и фамилия ребенка		
Дата рождения	МЕСЯЦ	ДЕНЬ	ГОД	МЕСЯЦ	ДЕНЬ	ГОД	МЕСЯЦ	ДЕНЬ	ГОД
Дата начала предоставления услуг	МЕСЯЦ	ДЕНЬ	ГОД	МЕСЯЦ	ДЕНЬ	ГОД	МЕСЯЦ	ДЕНЬ	ГОД
Расписание на неделю	С	До		С	До		С	До	
Понедельник									
Вторник									
Среда									
Четверг									
Пятница									
Суббота									
Воскресенье									
Office Use Only	Total Hours per Week			Total Hours per Week			Total Hours per Week		

(Продолжение на следующей странице)

- Я признаю, что получение выплат от администрации г. Нью-Йорка за предоставление услуг по уходу за ребенком не делает меня сотрудником администрации г. Нью-Йорка. Я работаю на родителя или законного опекуна ребенка, за которым осуществляю уход.

Подтверждение поставщика услуг

Я записываю этого ребенка в программу по уходу за детьми. Я понимаю, что выплаты мне будут производиться только после подачи данных о посещаемости ребенка в ACS и пока дело родителя или опекуна о предоставлении денежного пособия остается активным и родитель занимается деятельностью или выполняет работу, утвержденную Управлением по оказанию помощи малообеспеченным семьям (Family Independence Administration, FIA). Если родитель или опекун не соответствует этим критериям, ACS отправит мне письмо с уведомлением о том, что оно больше не будет оплачивать уход за ребенком. Я признаю, что сумма, которую я взимаю с этого родителя, не превышает сумму, которую я взимаю за уход за детьми этого возраста. **Я понимаю, что не получу выплаты, если не укажу все свои тарифы.**

Я предоставляю родителям и опекунам детей, указанных в этой форме, неограниченный доступ к учреждению и их детям, а также обязуюсь оставаться на связи, когда присматриваю за ними. Настоящим удостоверяю, что в меру моих знаний указанная выше информация является верной и полной. Я понимаю, что предоставление ложной информации может привести к приостановке или прекращению выплат и взысканию любых выплат, на которые у меня не было права.

Наименование поставщика (разборчивыми
печатными буквами)

Официальная должность (если применимо)

Подпись

Дата

(Продолжение на следующей странице)

Подтверждение родителя или опекуна

Я подтверждаю, что мною была рассмотрена форма вышеуказанного запроса на предоставление услуг по уходу за ребенком и что все данные являются достоверными.

Я понимаю, что мне необходимо немедленно сообщать обо всех изменениях в Управление по трудовым ресурсам (Human Resources Administration, HRA).

Имя и фамилия родителя или опекуна

Подпись родителя или опекуна

Дата

Имеется ли у вас физическое или психическое заболевание либо инвалидность? Мешает ли вам это состояние понять содержание настоящего уведомления или выполнить предусмотренные в нем действия? Препятствует ли вам это нарушение пользоваться другими услугами HRA? Мы можем вам помочь. Позвоните нам по номеру 718-557-1399 Вы также можете обратиться за помощью во время посещения отделения HRA. У вас есть законное право обращаться за такой помощью.

For Agency Use Only:

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

Agency-approved start date for child care: _____