

فراہم کنندہ کے ساتھ بچے کے اندراج کی درخواست (Urdu)

تمام غیر لائسنس یافتہ، قانونی طور پر مستثنیٰ درون خانہ اور فیملی، قانونی طور پر مستثنیٰ گروپ، اور غیر رسمی فراہم کنندگان پر یہ فارم مکمل کرنا اور **OCFS-LDSS-4699** یا **OCFS-LDSS-4700** فارم مکمل کرنا لازم ہے۔

بملاحظہ

- لائسنس یافتہ/رجسٹرڈ فراہم کنندگان سے **OCFS-LDSS-4699** یا **OCFS-LDSS-4700** کو مکمل کرنے کا تقاضا نہیں کیا جاتا ہے۔ انہیں چاہیے کہ اس فارم کے 1 سے لے کر 3 تک صفحات مکمل کریں اور پھر یہ فارم والدین/قانونی سرپرست کو بھیجیں۔ نگہداشت طفل کے خود کار اطلاعاتی نظام (Automated Child Care Information System, ACCIS) نمبر نہ رکھنے والے منضبط فراہم کنندگان پر مکمل کردہ **CS-274W** کے ساتھ اپنے لائسنس کی ایک کاپی جمع کروانا بھی لازم ہے۔

والدین/نگراں کا نام:		CA کا کیس نمبر:
پتہ:		
ٹیلیفون:	سوشل سیکیورٹی نمبر (اختیاری، نیچے دیکھیں): ¹	ACCIS کیس نمبر:
والدین امریکی فوج میں کل وقتی خدمت انجام دے رہے ہیں۔	والدین نیشنل گارڈ یا ملٹری ریزور یونٹ کے ممبر ہیں۔	
<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> ہاں	<input type="checkbox"/> نہیں
<p>¹ والدین/نگراں اپنا سوشل سیکیورٹی نمبر درج کر سکتے ہیں، لیکن ضروری نہیں ہے۔ نگہداشت طفل کی خدمات کے لیے اہلیت کی شرط کے بطور آپ سے اپنے سوشل سیکیورٹی نمبر کا افشاء کرنے کا تقاضا نہیں کیا جا سکتا۔ اگر فراہم کیا گیا تو، آپ کا سوشل سیکیورٹی نمبر نگہداشت طفل کی آپ کی فائل شناخت کرنے میں اعانت کے لیے استعمال کیا جائے گا۔ اسے خدمات کی نقالی یا فراڈ کو روکنے کے لیے اور وفاقی اطلاع دہندگی کے مدنظر وفاقی، ریاستی اور مقامی ایجنسیوں کے ذریعے بھی استعمال کیا جا سکتا ہے۔</p>		

فرہم کنندہ کا/پروگرام کا نام:		غیر لائسنس یافتہ/غیر رسمی فرہم کنندہ کا نام: 2	
لائسنس نمبر:		ACCIS کا فرہم کنندہ نمبر (اگر دستیاب ہو):	
لائسنس کی قسم:		فرہم کنندہ کا سوشل سیکیورٹی نمبر/TIN/EIN:	
اختتامی تاریخ:		سرٹیفکیٹ کی اختتامی تاریخ:	
تاریخ پیدائش:		ٹیلیفون:	
		فرہم کنندہ کا/پروگرام کا ای میل پتہ:	
		پتہ جہاں نگہداشت کی گئی ہے:	
		فرہم کنندہ کا/پروگرام کا پتہ (اگر مختلف ہو):	
2 قانونی طور پر ذمہ دار رشتہ داروں (والدین، سوتیلی والدین، اور قانونی سرپرست) کو ان کے اپنے بچے (بچوں) کے لیے نگہداشت طفل فرہم کنندگان کے بطور ادائیگی نہیں کی جا سکتی۔			

فرہم کنندہ کی شرح (تمام فرہم کنندگان پر، ACS کے معاہدہ بند پروگراموں کے علاوہ، یہ سیکشن مکمل کرنا لازم ہے۔) ہفتہ وار نگہداشت طفل کی میری شرحیں حسب ذیل ہیں:

اسکولی عمر سال	پری اسکول 3 سال - 6 سال سے کم	نونہال 18 ماہ - 3 سال سے کم	شیر خوار 18 ماہ سے کم	فرہم کنندہ کی شرح عمر کی ہر سطح کے لیے چارج کردہ شرح بیان کریں
				کل وقتی (فی ہفتہ 30 گھنٹے یا زائد)
				کل وقتی (فی ہفتہ 15 - 29 گھنٹے)
				گھنٹہ وار (فی ہفتہ 1 - 14 گھنٹے لیکن فی دن 3 گھنٹے سے کم)

□ میں تسلیم کرتا ہوں کہ فراہم کردہ نگہداشت طفل کی خدمات کے لیے سٹی آف نیو یارک سے ادائیگی موصول کرنا مجھے سٹی آف نیو یارک کا ملازم نہیں بناتا ہے۔ میں اس بچے کے والدین/قانونی سرپرست کا ملازم ہوں جسے میں نگہداشت فراہم کرتا ہوں۔

فراہم کنندہ کی تصدیق

میں اس بچے کا اندراج نگہداشت طفل پروگرام میں کر رہا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ مجھے صرف ACS کو بچے کی حاضری کا ڈیٹا موصول ہونے کے بعد ہی اور تب تک ادائیگی کی جائے گی جب تک مذکورہ بالا والدین/سرپرست کینقذ اعانت کا کیس فعال رہے گا اور والدین FIA سے منظور شدہ سرگرمی میں مشغول یا بر سر ملازمت رہیں گے۔ اگر والدین/سرپرست یہ کسوٹی پورا کرنے میں ناکام رہتے ہیں تو، مجھے ACS کی جانب سے ایک خط بھیج کر مجھ کو اطلاع دی جائے گی کہ ACS نگہداشت طفل کے لیے مزید ادائیگی نہیں کرے گا۔ میں اس امر پر متفق ہوں کہ اس والدین سے میں جو رقم وصول کر رہا ہوں وہ اس رقم سے زیادہ نہیں ہے جو میں اسی عمر کے دوسرے بچوں سے وصول کرتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ اگر میں اپنی تمام شرحیں درج نہیں کرتا ہوں تو مجھے ادائیگی نہیں کی جا سکتی۔

میں اس فارم میں نامزد بچے (بچوں) کے والدین/سرپرست کو ان کے بچے (بچوں) اور احاطوں تک رسائی حاصل کرنے دوں گا اور جب بھی بچے میری نگہداشت میں ہوں گے میں خود کو دستیاب رکھوں گا۔ میں تصدیق کرتا ہوں کہ اوپر درج کردہ بیانات میرے بہترین علم کے مطابق قطعی اور صحیح ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ غلط معلومات کی فراہمی ادائیگیوں کی معطلی یا موقوفی کا اور میں جن ادائیگیوں کا مستحق نہیں تھا ان کی تلافی کا سبب بن سکتی ہے۔

دفتری عہدہ (اگر قابل اطلاق ہو)

فراہم کنندہ کا نام (واضح طور پر لکھیں)

تاریخ

دستخط

والدین/سرپرست کی تصدیق

میں تصدیق کرتا ہوں کہ میں نے نگہداشت طفل کی معلومات کے لیے مذکورہ درخواست کا جائزہ لیا ہے اور یہ درست ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ مجھ پر کسی تبدیلیوں کی رپورٹ HRA کو کرنا لازم ہے۔

والدین/سرپرست کا نام

تاریخ

دستخط والدین/سرپرست

کیا آپ کو طبی یا ذہنی صحت کی کیفیت یا معذوری لاحق ہے؟ کیا اس کیفیت کے باعث آپ کے لیے اس نوٹس کو سمجھنا یا اس نوٹس میں جس چیز کی درخواست کی جا رہی ہے، اسے انجام دینا مشکل ہوتا ہے؟ کیا اس کیفیت کی وجہ سے آپ کے لیے HRA میں موجود دیگر سروسز حاصل کرنا مشکل ہوتا ہے؟ ہم آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ ہمیں 718-557-1399 پر کال کریں۔ آپ HRA دفتر جا کر بھی مدد کی درخواست کر سکتے ہیں۔ آپ کو قانون کے تحت اس قسم کی مدد حاصل کرنے کا حق ہے۔

For Agency Use Only:

Is child care authorized for this applicant/participant?

YES

NO

Agency-approved start date for child care: _____