

Zgłoszenie podejrzenia oszustwa w zakresie dofinansowania opieki nad dzieckiem

Aby mieć pewność, że możemy zbadać zgłoszenie, proszę podać jak najwięcej z następujących informacji.

Data zgłoszenia: _____

Osoba dokonująca zgłoszenia (osobiście, telefonicznie, telefon zaufania itp.): _____

Osoba sporządzająca zgłoszenie: _____

Osoba zgłaszająca – Dane kontaktowe: _____

Informacje o sprawie dziecka

Nr sprawy dziecka w ACCIS _____ Nr CACFP _____

Status sprawy (zaznaczyć jedno): Aktywna Nieaktywna

Informacje o rodzicu

Status rodzica/opiekuna (Wsparcie finansowe / Powód opieki):

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna: _____

Aktualny adres: _____

Nazwisko, imię _____

Okresy zamieszkania: od _____ do _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Dziecko/dzieci

Imię i nazwisko:	Wiek:
Nazwisko, imię	
Nazwisko, imię	
Nazwisko, imię	
Nazwisko, imię	
Nazwisko, imię	
Nazwisko, imię	
Nazwisko, imię	
Nazwisko, imię	

Liczba dzieci: _____

Informacje o Programie/Dostawcy

Nr ID ACCIS Programu/Dostawcy _____ Nr ID EIN/FEIN Programu/Dostawcy _____

Program/Dostawca to (zaznaczyć jedno): Wykonawca Voucher Oba

Typ Programu/Dostawcy (zaznaczyć jedno):

- Dzienna opieka grupowa
(Group Daycare, GDC) Grupowa dzienna opieka rodzinna
(Group Family Daycare, GFDC)
- Rodzinna opieka nad dzieckiem
(Family Childcare, FCC) Prawnie zwolniony Dostawca/grupa

Status Programu/Dostawcy: Aktywny Zawieszony W toku Zamknięty

Jeśli zamknięty, proszę podać datę zamknięcia: _____

Liczba zapisów: _____

Nazwa Programu/Dostawcy: _____

Aktualny adres: _____

Okresy zamieszkania: od _____ do _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Zgłoszenie zdarzenia

Zgłoszony problem:

Czy osoba zgłaszająca rozmawiała z Dostawcą i/lub Rodzicem/Opiekunem o problemie?

- Tak Nie

Pokrewieństwo/powiązanie osoby zgłaszającej (jeśli występuje) z osobą będącą przedmiotem zgłoszenia: _____

Czy świadczone usługi opieki nad dziećmi? Tak Nie

Jeśli tak, podać okres świadczenia usług: _____ od _____

Dlaczego zakończono świadczenie opieki nad dzieckiem? _____

Czy dokonywano płatności za świadczenie opieki nad dzieckiem? Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać okres: _____ od _____ Kwota: _____

Dokumenty dostarczone przez osobę zgłaszającą (załączyć fotokopie)*: Tak Nie

* Dołączyć jak najwięcej dokumentacji od osoby zgłaszającej lub innego podmiotu (załączyć fotokopie)