

Сообщение о возможном случае мошенничества в отношении субсидии на оплату услуг по уходу за ребенком

Чтобы мы рассмотрели ваше сообщение, как можно более подробно укажите следующую информацию.

Дата сообщения: _____

Способ передачи сообщения (лично, по телефону, по горячей линии и т. п.): _____

Кем передано сообщение: _____

Контактная информация лица или организации, передавших сообщение: _____

Информация о деле по уходу за ребенком

Номер дела в автоматизированной системе данных по уходу за детьми (Automated Child Care Information System, ACCIS): _____ Номер участника Программы питания в учреждениях по уходу за детьми и взрослыми (Child and Adult Care Food Program, CACFP): _____

Статус дела (выберите один из вариантов): Активно Неактивно

Информация о родителе

Статус родителя / опекуна (обоснование получения услуг по уходу за ребенком / денежного пособия):

Имя и фамилия родителя / опекуна: _____

Текущий адрес: _____

Имя и фамилия _____

Период проживания: с _____ по _____

Телефон: _____ Электронная почта: _____

Ребенок (дети)

Имена и фамилии:	Возраст:
Имя и фамилия	
Имя и фамилия	
Имя и фамилия	
Имя и фамилия	
Имя и фамилия	
Имя и фамилия	
Имя и фамилия	
Имя и фамилия	

Количество детей: _____

Информация о программе / поставщике услуг

Идентификационный номер программы / поставщика услуг ACCIS: _____

Идентификационный номер работодателя (Employee Identification Number, EIN) / федеральный регистрационный номер работодателя (Federal Employer Identification Number, FEIN) программы / поставщика услуг: _____

Программа / поставщик предоставляет услуги (выберите один из вариантов):

По контракту Согласно ваучеру Оба варианта

Тип программы / поставщика услуг (выберите один из вариантов):

- Программа группового ухода в дневное время (Group Daycare, GDC)
 Программа группового семейного ухода в дневное время (Group Family Daycare, GFDC)
 Программа семейного ухода за детьми (Family Childcare, FCC)
 Нелицензируемый поставщик услуг / групповой уход

Статус программы / поставщика услуг:

Активный Приостановленный На рассмотрении Завершенный

При выборе статуса «Завершенный» укажите дату завершения: _____

Количество регистраций: _____

Название программы / поставщика услуг: _____

Текущий адрес: _____

Период проживания: с _____ по _____

Телефон: _____ Электронная почта: _____

Отчет о происшествии

Сообщение о проблеме:

Общалось ли лицо (организация), передавшее сообщение, с поставщиком услуг и / или родителем / опекуном по данному вопросу?

Да Нет

Кем приходится лицо, передавшее сообщение, человеку, в отношении которого был составлен отчет (если применимо): _____

Были ли предоставлены услуги по уходу за ребенком? Да Нет

Если да, укажите период: _____ с _____

По какой причине был прекращен уход за ребенком? _____

Были ли оплачены услуги по уходу за ребенком? Да Нет

Если да, укажите период: _____ с _____ Сумма: _____

Наличие документов от лица (организации), передавшего сообщение (прикрепите копии):* Да Нет

* Предоставьте как можно больше документов от лица (организации), передавшего сообщение, или других лиц (прикрепите копии)