

## Dochody z tytułu zatrudnienia i innych źródeł

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Numer sprawy: \_\_\_\_\_

### Dochód

Należy udzielić odpowiedzi na wszystkie poniższe pytania.

Proszę wskazać, czy Pan(-i) lub osoby mieszkające z Panem(-ią) otrzymują pieniądze od:	Tak/Nie	Kwota brutto	Data rozpoczęcia	Okres (Np. co tydzień, co miesiąc itp.)	Typ dokumentacji (np. odcinki wypłat, pismo przyznające ubezpieczenie społeczne, CS 1069 itp.)	Wskazać osobę, która otrzymała dochody
Zatrudnienie/ samozatrudnienie, w tym nadgodziny, prowizje, programy szkoleniowe, napiwki.						
Płatności świadczeń alimentacyjnych (otrzymane)						
Alimenty/zapomoga (otrzymane)						
Świadczenia z tytułu ubezpieczenia od bezrobocia						
Świadczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego (w tym SSI)						
Świadczenia dla niepełnosprawnych (NYS, VA, prywatne)						
Dochody z wynajmu (otrzymane)						
Emerytury/renty						
Dywidendy/odsetki od akcji, obligacji, oszczędności						
Wsparcie finansowe w ramach tymczasowej pomocy osobom potrzebującym						
Inne (proszę określić)						

## Zatrudnienie

Poniżej proszę podać informacje o zatrudnieniu dla kandydata.

Imię i nazwisko pracodawcy rodzica/opiekuna: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Miejscowość/Okręg: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Regularne godziny pracy:

Niedziela		Poniedziałek		Wtorek		Środa		Czwartek		Piątek		Sobota		Całkowita liczba godzin tygodniowo
od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	

Czas przejazdu między dostawcą opieki nad dzieckiem a miejscem pracy / nauki / innej działalności

**Odwożenie dziecka** Czas przejazdu od dostawcy opieki nad dzieckiem do miejsca pracy/działalności: \_\_\_\_\_ Tryb przejazdu: \_\_\_\_\_

**Odbiór dziecka** Czas przejazdu z miejsca pracy/działalności do dostawcy opieki nad dzieckiem: \_\_\_\_\_ Tryb przejazdu: \_\_\_\_\_

Poniżej proszę dołączyć informacje o zatrudnieniu współmałżonka / drugiego rodzica / opiekuna.

Imię i nazwisko pracodawcy drugiego rodzica/opiekuna: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Miejscowość/Okręg: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Regularne godziny pracy:

Niedziela		Poniedziałek		Wtorek		Środa		Czwartek		Piątek		Sobota		Całkowita liczba godzin tygodniowo
od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	

Czas przejazdu między dostawcą opieki nad dzieckiem a miejscem pracy / nauki / innej działalności

**Odwożenie dziecka** Czas przejazdu od dostawcy opieki nad dzieckiem do miejsca pracy/działalności: \_\_\_\_\_ Tryb przejazdu: \_\_\_\_\_

**Odbiór dziecka** Czas przejazdu z miejsca pracy/działalności do dostawcy opieki nad dzieckiem: \_\_\_\_\_ Tryb przejazdu: \_\_\_\_\_

### For Office Use Only (Tylko do użytku urzędowego)

Authorized days and hours of care

Sunday		Monday		Tuesday		Wednesday		Thursday		Friday		Saturday		Total hours per week
from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	

ACS Approvals by: Eligibility (print name): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Parent Fee (print name): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Length of eligibility from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ Codes: RFC \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_ FS \_\_\_\_\_