

طلب تسجيل طفل مع مقدم رعاية (Arabic)

يجب على جميع الأشخاص غير المرخصين والمعفيين قانونًا في المنزل والأسرة والمجموعة المعفاة قانونًا ومقدمي الرعاية غير الرسميين إكمال هذا النموذج وإكمال النموذج **OCFS-LDSS-4699** أو النموذج **OCFS-LDSS-4700**.

ملاحظة

- لا يُطلب من مقدمي الخدمة المرخصين/المسجلين إكمال النموذج **OCFS-LDSS-4699** أو النموذج **OCFS-LDSS-4700**، بل يجب عليهم إكمال الصفحات من 1 إلى 3 من هذا النموذج ثم إعادة النموذج إلى ولي الأمر أو الوصي القانوني. يجب أيضًا على مقدمي الخدمة الخاضعين للتنظيم بدون رقم نظام المعلومات الآلي لرعاية الطفل (Automated Child Care Information System, ACCIS) تقديم نسخة من ترخيصهم مع نموذج **CS-274W** المكتمل.
- يجب على مقدمي الخدمة غير الرسميين تقديم وثائق عن هويتهم، وإقامتهم إذا كانوا مقيمين في الموقع، من أجل أن تدفع لهم إدارة خدمات الأطفال (Administration for Children's Services, ACS) مستحقاتهم المالية نظير خدماتهم. يُرجى الطلب من أخصائي فرص التوظيف/الموظف إثبات الهوية والإقامة لمقدم رعاية طفلك أو "جليسة الأطفال" (**CS-574FF**)، وهي قائمة بأنواع الهوية المعتمدة. يجب على مقدمي الخدمة غير الرسميين إكمال تدريب الصحة والسلامة ويجب عليهم تقديم شهادة الإكمال بالإضافة إلى نموذج سجل تدريب رعاية الأطفال المعفي قانونًا (**OCFS-LDSS-4669.3**).

اسم ولي الأمر/القائم بالرعاية:	رقم حالة المساعدات النقدية:
العنوان:	
رقم الهاتف:	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري، انظر أدناه): ¹
رقم حالة نظام المعلومات الآلي لرعاية الطفل:	
يعمل أحد أولياء الأمور بدوام كامل في الجيش الأمريكي. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	ولي الأمر عضو في الحرس الوطني أو وحدة الاحتياط العسكري. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
<p>1 يجوز للوالد أو القائم بالرعاية - ولكنه ليس مجبرًا على - كتابة رقم الضمان الاجتماعي الخاص به. لا يُطلب منك الكشف عن رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك كشرط للأهلية للحصول على خدمات رعاية الأطفال. إذا تم توفيره، فسيستخدم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك للمساعدة في تحديد ملف رعاية طفلك. وقد تستخدمه أيضًا الوكالات الفيدرالية وتلك التابعة للولاية والمحلية لمنع تكرار الخدمات والاحتيايل، ولإعداد التقارير الفيدرالية.</p>	

اسم مقدم الرعاية/البرنامج:	اسم مقدم الرعاية غير المرخص له/غير الرسمي: ²
رقم الرخصة:	رقم مقدم نظام المعلومات الآلي لرعاية الطفل (إن وجد):
نوع الرخصة:	رقم الضمان الاجتماعي/هوية الموظف/الهوية الضريبية لمقدم الرعاية:
تاريخ انتهاء الصلاحية:	تاريخ انتهاء صلاحية الشهادة:
تاريخ الميلاد:	رقم الهاتف:
	عنوان البريد الإلكتروني لمقدم الرعاية/البرنامج:
	العنوان الذي تُقدم فيه الرعاية:
	عنوان مقدم الرعاية/البرنامج (إن كان مختلفًا):
<p>2 لا يمكن دفع أجور الأقارب المسؤولين قانونًا (الآباء والأمهات وزوجات الآباء وأزواج الأمهات والأوصياء القانونيون) كمقدمي رعاية أطفال لطفلهم (أطفالهم).</p>	

ألعاب مقدم الرعاية (يجب على جميع مقدمي الرعاية - باستثناء البرامج المتعاقد عليها مع إدارة خدمات الأطفال - إكمال هذا القسم).
تكون ألعاب رعاية الطفل الأسبوعية كما يلي:

مرحلة المدرسة من عُمر من 6 إلى 12 سنة	مرحلة ما قبل المدرسة من 3 سنوات إلى أقل من 6 سنوات	فترة الرضاعة من 18 شهرًا إلى أقل من 3 سنوات	الرُّضْع أقل من 18 شهرًا	ألعاب مقدم الرعاية حدد الألعاب التي تم تحديدها لكل مستوى عمري
				دوام كامل (30 ساعة أو أكثر في الأسبوع)
				دوام جزئي (15 - 29 ساعة في الأسبوع)
				بالساعة (1 - 14 ساعة في الأسبوع ولكن أقل من 3 ساعات في اليوم)

أتعاب مقدم الرعاية (تابع)

نوي الاحتياجات الخاصة من 13 إلى 19 سنة	سن الدراسة من 6 إلى 12 سنة	مرحلة ما قبل المدرسة من 3 سنوات إلى أقل من 6 سنوات	فترة الرضاعة من 18 شهرًا – أقل من 3 سنوات	الرُّضْع أقل من 18 شهرًا	نوي الاحتياجات الخاصة أتعاب مقدم الرعاية حدد الأتعاب التي تم تحديدها لكل مستوى عمري
					دوام كامل (30 ساعة أو أكثر في الأسبوع)
					دوام جزئي (15 – 29 ساعة في الأسبوع)
					بالساعة (1 – 14 ساعة في الأسبوع ولكن أقل من 3 ساعات في اليوم)

حدد الجدول (الجدول) الأسبوعي لخدمات رعاية الأطفال التي يتم طلبها للطفل (الأطفال) المدرج أدناه:

اسم الطفل			اسم الطفل			اسم الطفل			اسم الطفل		
الشهر	اليوم	العام	الشهر	اليوم	العام	الشهر	اليوم	العام	الشهر	اليوم	العام
تاريخ الميلاد			تاريخ الميلاد			تاريخ الميلاد			تاريخ الميلاد		
تاريخ بداية الرعاية			تاريخ بداية الرعاية			تاريخ بداية الرعاية			تاريخ بداية الرعاية		
إلى		من	إلى		من	إلى		من	إلى		من
الاثنين			الاثنين			الاثنين			الاثنين		
الثلاثاء			الثلاثاء			الثلاثاء			الثلاثاء		
الأربعاء			الأربعاء			الأربعاء			الأربعاء		
الخميس			الخميس			الخميس			الخميس		
الجمعة			الجمعة			الجمعة			الجمعة		
السبت			السبت			السبت			السبت		
الأحد			الأحد			الأحد			الأحد		
Total Hours per Week			Total Hours per Week			Total Hours per Week			Office Use Only		

أقر بأن تلقي مدفوعات من مدينة نيويورك مقابل خدمات رعاية الأطفال المقدمة لا يجعلني موظفًا في مدينة نيويورك. أنا موظف لدى أحد أولياء الأمور/الوصي القانوني للطفل الذي أقدم الرعاية له.

شهادة مقدم الرعاية

أنا أسجل هذا الطفل في برنامج رعاية الأطفال. أدرك أنه لن يتم الدفع لي إلا بعد استلام بيانات حضور الطفل من إدارة خدمات الأطفال وطالما ظلت حالة المساعدة النقدية لولي الأمر/الوصي المذكور أعلاه نشطة وأن ولي الأمر مشارك في نشاط معتمد من إدارة استقلال الأسرة أو موظف. إذا لم يستوف ولي الأمر/الوصي هذه المعايير، فسيتم إرسال خطاب من إدارة خدمات الأطفال (ACS) ليبلغني أن إدارة خدمات الأطفال لن تدفع مقابل رعاية الطفل بعد الآن. أوافق على أن المبلغ الذي أتقاضاه من ولي الأمر هذا لا يزيد عن المبلغ الذي أتقاضاه نظير رعاية الأطفال الآخرين من نفس العمر. أدرك أنه لا يمكنني تلقي الأتعاب نظير رعاية الأطفال إذا لم أدرج كافة الأسعار الخاصة بي.

سأسمح للوالد/الوصي على الأطفال المذكورين في هذا النموذج بالدخول غير المحدود إلى أطفالهم والمباني وسأكون متاحًا متى كانت الأطفال في رعايتي. أشهد أن الإفادات المذكورة أعلاه دقيقة وحقيقية على حد علمي. أدرك أن تقديم معلومات خاطئة قد يؤدي إلى تعليق المدفوعات أو إنهاؤها واسترداد أي مدفوعات لم أكن مستحقًا لها.

اللقب الرسمي (إن وجد)

اسم مقدم الخدمة (مكتوب بوضوح)

التاريخ

التوقيع

شهادة ولي الأمر/الوصي:

أقر بأنني راجعت الطلب أعلاه للحصول على معلومات رعاية الطفل وأن الطلب صحيح. أدرك أنه يجب علي إبلاغ HRA بأي تغييرات تطرأ على الفور.

اسم الوالد/الوصي

التاريخ

توقيع الوالد/الوصي

هل تعاني حالة صحية أو إعاقة طبية أو عقلية؟ هل تجعل هذه الحالة فهم هذا الإخطار أو تنفيذ ما يطلبه منك أمرًا صعبًا عليك؟
هل هذه الحالة تجعل من الصعب عليك الحصول على خدمات أخرى من إدارة HRA؟ يمكننا مساعدتك. اتصل بنا على الرقم
212-331-4640. يمكنك طلب المساعدة أيضًا عند زيارتك لأحد مكاتب HRA. يحق لك طلب الحصول على هذا النوع من المساعدة
بموجب القانون.

For Agency Use Only

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

Agency-approved start date for child care: _____