

## প্রদানকারীর সাথে শিশুর নিবন্ধনের অনুবোধ (Bengali)

সমস্ত লাইসেন্সবিহীন, বাড়িতে এবং পরিবারে আইনগতভাবে অব্যাহতিপ্রাপ্ত, আইনগতভাবে অব্যাহতিপ্রাপ্ত গোষ্ঠী এবং অনানুষ্ঠানিক প্রদানকারীদের অবশ্যই এই ফর্মটি পূরণ করতে হবে এবং **OCFS-LDSS-4699** অথবা **OCFS-LDSS-4700** ফর্মগুলিও পূরণ করতে হবে।

### মনোযোগ দিন

- লাইসেন্সকৃত/নিবন্ধিত প্রদানকারীদের জন্য **OCFS-LDSS-4699** বা **OCFS-LDSS-4700** সম্পূর্ণ করা আবশ্যিক নয়। তাদের এই ফর্মের 1 থেকে 3 পৃষ্ঠাগুলি পূরণ করা উচিত এবং তারপরে পিতামাতা/আইনগত অভিভাবকের কাছে ফর্মটি ফেরত দেওয়া উচিত। স্বয়ংক্রিয় শিশু পরিচর্যা তথ্য পদ্ধতি (Automated Child Care Information System, ACCIS) নম্বর ছাড়া নিয়ন্ত্রিত প্রদানকারীদের অবশ্যই তাদের লাইসেন্সের একটি কপি জমা দিতে হবে সম্পূর্ণ করা **CS-274W** এর সাথে।
- শিশুদের পরিষেবা প্রশাসন (Administration for Children's Services, ACS) এর থেকে অর্থ প্রাপ্তির জন্য অনানুষ্ঠানিক প্রদানকারীদের অবশ্যই তাদের সনাক্তকরণের নথিপত্র এবং সাইটে বসবাস করলে তাদের বাসস্থানের প্রমাণ প্রদান করতে হবে। অনুগ্রহ করে আপনার JOS/কর্মীর কাছে আপনার শিশু পরিচর্যা প্রদানকারী বা "বেবিসিটার" এর ID এবং বাসস্থানের প্রমাণ (**CS-574FF**) চান, যা অনুমোদিত ID এর তালিকায় আছে। অনানুষ্ঠানিক প্রদানকারীদের অবশ্যই একটি স্বাস্থ্য ও নিরাপত্তার প্রশিক্ষণ সম্পূর্ণ করতে হবে এবং অবশ্যই সমাপ্তির শংসাপত্র ও তার সাথে আইনগতভাবে অব্যাহতিপ্রাপ্ত চাইল্ড কেয়ার ট্রেনিং রেকর্ড (**OCFS-LDSS-4669.3**) ফর্ম জমা দিতে হবে।

পিতামাতা/কেয়ারটেকারের নাম:		CA কেস নম্বর:
ঠিকানা:		
টেলিফোন:	সোশাল সিকিউরিটি নম্বর (বৈকল্পিক, নিচে দেখুন): <sup>1</sup>	ACCIS কেস নম্বর:
একজন পিতামাতা সম্পূর্ণ সময় মার্কিন সামরিক বাহিনীতে পরিষেবা প্রদান করছেন। <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	একজন পিতামাতা ন্যাশনাল গার্ডের সদস্য বা সামরিক রিজার্ভ ইউনিটের সদস্য। <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না	
<p><sup>1</sup> পিতামাতা/তত্ত্বাবধায়ক তাদের সোশালসিকিউরিটি নম্বর তালিকাভুক্ত করতে পারেন, কিন্তু তা করা আবশ্যিক নয়। শিশু পরিচর্যা পরিষেবার জন্য যোগ্যতার শর্ত হিসাবে আপনার সোশাল সিকিউরিটি নম্বর প্রকাশ করা আবশ্যিক করা যাবে না। প্রদান করা হলে, আপনার শিশু পরিচর্যা ফাইল সনাক্ত করতে সহায়তার জন্য আপনার সোশাল সিকিউরিটি নম্বর ব্যবহার করা হবে। এটি ফেডারেল, রাজ্য এবং স্থানীয় সংস্থাগুলি পরিষেবার নকল এবং জালিয়াতি প্রতিরোধ করতে এবং ফেডারেল রিপোর্টিংয়ের জন্য ব্যবহার করতে পারে।</p>		

লাইসেন্স না করা/অনানুষ্ঠানিক প্রদানকারীর নাম: <sup>2</sup> _____	প্রদানকারীর/কর্মসূচীর নাম: _____
ACCIS প্রদানকারীর নম্বর (যদি উপলব্ধ থাকে): _____	লাইসেন্স নম্বর: _____
প্রদানকারীর সোশাল সিকিউরিটি নম্বর/EIN/TIN: _____	লাইসেন্সের ধরন: _____
সার্টিফিকেটের মেয়াদ উত্তীর্ণ হওয়ার তারিখ: _____	মেয়াদ উত্তীর্ণ হওয়ার তারিখ: _____
টেলিফোন: _____	জন্ম তারিখ: _____
প্রদানকারীর/কর্মসূচীর ইমেইল অ্যাড্রেস: _____	
যে ঠিকানায়: পরিচর্যা প্রদান করা হয়: _____	
প্রদানকারীর/কর্মসূচীর ঠিকানা (যদি ভিন্ন হয়): _____	
<p>2 আইনগতভাবে দায়িত্বশীল আত্মীয়স্বজনদের (বাবা-মা, সৎ বাবা-মা এবং আইনী অভিভাবক) তাদের নিজের শিশু (দের) জন্য শিশু পরিচর্যা প্রদানকারী হিসাবে অর্থ প্রদান করা যাবে না।</p>	

**প্রদানকারীর হার** (ACS-চুক্তিকৃত প্রোগ্রাম ব্যতীত সমস্ত প্রদানকারীকে অবশ্যই এই বিভাগটি সম্পূর্ণ করতে হবে।)  
আমার সাপ্তাহিক শিশু পরিচর্যার হার নিম্নরূপ:

প্রদানকারীর হার প্রতিটি বয়স স্তরের জন্য ধার্য করা হার নির্দেশ করুন	শিশু 18 মাসের কম	টডলার 18 মাস – 3 বছরের কম	প্রিঙ্কুল 3 মাস – 6 বছরের কম	স্কুল বয়স 6 মাস – 12 বছরের কম
সম্পূর্ণ সময় (প্রতি সপ্তাহে 30 ঘন্টা বা তার বেশি)				
আংশিক সময় (15 – 29 ঘন্টা প্রতি সপ্তাহে )				
ঘন্টায় (1 – 14 ঘন্টা প্রতি সপ্তাহে কিন্তু প্রতিদিন 3 ঘন্টার কম)				

(পৃষ্ঠা উলটান)

**প্রদানকারীর হার (চলবে)**

বিশেষ প্রয়োজনসমূহ প্রদানকারীর হার প্রতিটি বয়স স্তরের জন্য ধার্য করা হার নির্দেশ করুন	শিশু 18 মাসের কম	টডলার 18 মাস – 3 বছরের কম	প্রিস্কুল 3 মাস – 6 বছরের কম	স্কুল যাওয়ার বয়স 6 মাস – 12 বছরের কম	বিশেষ প্রয়োজনসমূহ 13 – 19 বছর
সম্পূর্ণ সময় (প্রতি সপ্তাহে 30 ঘন্টা বা তার বেশি)					
আংশিক সময় (15 – 29 ঘন্টা প্রতি সপ্তাহে )					
ঘন্টায় (1 – 14 ঘন্টা প্রতি সপ্তাহে কিন্তু প্রতিদিন 3 ঘন্টার কম)					

নীচে তালিকাভুক্ত শিশু(দের) জন্য চাইল্ড কেয়ার পরিষেবাগুলির সাপ্তাহিক সময়সূচী নির্দেশ করুন:

শিশুর নাম	শিশুর নাম			শিশুর নাম		
জন্মের তারিখ	মাস	দিন	বছর	মাস	দিন	বছর
যে তারিখে পরিচর্যা শুরু হয়েছে	মাস	দিন	বছর	মাস	দিন	বছর
সাপ্তাহিক সময়সূচী	কোন সময় থেকে	কোন সময় পর্যন্ত	কোন সময় থেকে	কোন সময় পর্যন্ত	কোন সময় থেকে	কোন সময় পর্যন্ত
সোমবার						
মঙ্গলবার						
বুধবার						
বৃহস্পতিবার						
শুক্রবার						
শনিবার						
রবিবার						
Office Use Only	Total Hours per Week		Total Hours per Week		Total Hours per Week	

(পৃষ্ঠা উল্টান)

আমি স্বীকার করি যে শিশু পরিচর্যা পরিষেবাগুলির জন্য নিউ ইয়র্ক সিটি থেকে অর্থপ্রদান করা আমাকে নিউ ইয়র্ক সিটির একজন কর্মচারী করে না। আমি শিশুর পিতামাতা/আইনগত অভিভাবকের একজন কর্মচারী যার জন্য আমি পরিচর্যা প্রদান করি।

### প্রদানকারীর প্রত্যয়ন

আমি এই শিশুটিকে একটি শিশু পরিচর্যা প্রকল্পে নথিভুক্ত করছি। আমি বুঝি যে ACS শিশুর উপস্থিতির তথ্য পাওয়ার পরেই আমাকে অর্থ প্রদান করা হবে এবং যতক্ষণ পর্যন্ত উপরোক্ত পিতামাতা/অভিভাবক এর নগদ সহায়তা মামলা সক্রিয় থাকবে এবং পিতামাতা FIA-অনুমোদিত কার্যকলাপে জড়িত থাকেন বা কোন কাজে নিযুক্ত থাকেন। যদি পিতা-মাতা/অভিভাবক এই মানদণ্ডগুলি পূরণ করতে ব্যর্থ হন, আমাকে ACS থেকে একটি চিঠি পাঠানো হবে যাতে আমাকে জানানো হবে যে ACS আর শিশু পরিচর্যার জন্য অর্থ প্রদান করবে না। আমি সম্মত যে আমি এই পিতামাতার থেকে যে অর্থ নিচ্ছি তা একই বয়সের অন্যান্য শিশুদের জন্য আমি যে পরিমাণ নিয়ে থাকি তার চেয়ে বেশি নয়। **আমি বুঝি যে আমি আমার সমস্ত হার তালিকাভুক্ত না করলে আমাকে অর্থ প্রদান করা যাবে না।**

আমি এই ফর্মে উল্লিখিত শিশুদের পিতামাতা/অভিভাবককে তাদের শিশুদের এবং প্রাপ্তবয়স্ক সীমাহীন প্রবেশাধিকার প্রদান করবো এবং যখনই শিশুরা আমার পরিচর্যায় থাকবে তখন আমি নিজেকে উপলব্ধ করব। আমি প্রত্যয়ন করছি যে উপরের বিবৃতিগুলো আমার সর্বোত্তম জ্ঞান অনুসারে সঠিক এবং সত্য। আমি বুঝি যে মিথ্যা তথ্য প্রদানের ফলে অর্থপ্রদান স্থগিত বা সমাপ্ত করা হতে পারে এবং যে অর্থ আমার পাওয়ার অধিকার ছিল না তা আমার থেকে পুনরুদ্ধার করা হতে পারে।

---

প্রদানকারীর নাম (স্পষ্টভাবে মুদ্রণ করুন)

---

আনুষ্ঠানিক শিরোনাম (যদি প্রযোজ্য হয়)

---

স্বাক্ষর

---

তারিখ

(পৃষ্ঠা উল্টান)

### পিতামাতা/অভিভাবকের প্রত্যয়ন

আমি প্রত্যয়ন করছি যে আমি শিশু পরিচর্যা তথ্যের জন্য উপরের অনুরোধটি পর্যালোচনা করেছি এবং এটি সঠিক। আমি বুঝি যেকোন পরিবর্তন আমাকে অবিলম্বে HRA-তে রিপোর্ট করতে হবে।

---

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম

---

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর

তারিখ

**আপনার কি চিকিৎসাগত বা মানসিক স্বাস্থ্যের সমস্যা বা অক্ষমতা আছে?** এই অবস্থাটি কি এই বিজ্ঞপ্তিটি বোঝা বা এই বিজ্ঞপ্তিটি যা জিজ্ঞাসা করছে তা করা আপনার পক্ষে কঠিন করে তোলে? এই অবস্থাটি কি আপনার জন্য HRA-তে অন্যান্য পরিষেবা পাওয়া কঠিন করে তোলে? **আমরা আপনাকে সাহায্য করতে পারি।** 212-331-4640-তে আমাদের কল করুন। আপনি যখন কোন HRA অফিসে যান তখন সাহায্য চাইতে পারেন। আইনের অধীনে এই ধরনের সাহায্য চাওয়ার অধিকার আপনার আছে।

#### For Agency Use Only:

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

Agency-approved start date for child care: \_\_\_\_\_