Demande d'inscription d'un(·) enfant auprès d'un prestataire (French)

Tous les prestataires non agréés, bénéficiant d'une exemption légale à domicile et en famille, bénéficiant d'une exemption légale en groupe et les prestataires informels doivent remplir ce formulaire ainsi que le formulaire OCFS-LDSS-4699 ou OCFS-LDSS-4700.

ATTENTION

Les prestataires agréés/immatriculés ne sont pas tenus de remplir le formulaire
 OCFS-LDSS-4699 ou OCFS-LDSS-4700. Ils doivent remplir les pages 1 à 3 de ce
 formulaire, puis le renvoyer au parent/tuteur (à la tutrice) légal(·). Les prestataires
 réglementés qui n'ont pas de numéro du Système d'information automatisé du service de
 garderie (Automated Child Care Information System, ACCIS) doivent également joindre une
 copie de leur licence avec le formulaire CS-274W dûment rempli.

Nom du parent/aidant(·)	:		Numéro de dossier CA :		
Adresse :					
Téléphone :	Numéro de Sécurité so (facultatif, voir ci-dessous): 1	ciale	Numéro de dossier ACCIS :		
Un parent sert à plein ter armées des États-Unis.		Un parent est membre d'une unité de la garde nationale ou de l'armée de réserve. □ OUI □ NON			
ne peut vous demand d'admissibilité aux ser Sécurité sociale servir également être utilisé	er de divulguer votre nui vices de garde d'enfants a à faciliter l'identificatio	méro de Sécurité soc s. Si vous le fourniss n de votre dossier de es, étatiques et local			

Nom du prestataire non agréé/no	on immatriculé : 2	Nom du	prestataire/programme :	
Numéro ACCIS du prestataire (s	si connu) :	Numéro	de licence :	
Numéro de Sécurité sociale/EIN/TIN du prestataire :		Type de licence :		
Date d'expiration du certificat :		Date d'expiration :		
Téléphone :			Date de naissance :	
Adresse électronique du prestataire/programme :				
Lieu de garde :				
Adresse du prestataire/ programme (si différente) :				
			parents et tuteurs légaux) ne peuvent s de garde d'enfants pour leurs propres	

Tarif du prestataire (Tous les prestataires, à l'exception des programmes sous contrat avec l'ACS, doivent remplir cette section.) Mes tarifs hebdomadaires de garde d'enfants sont les suivants :

Tarif du prestataire Indiquez le tarif appliqué pour chaque tranche d'âge	NOURRISSONS Moins de 18 mois	ENFANTS EN BAS ÂGE 18 mois – moins de 3 ans	PRÉSCOLAIRE 3 ans – moins de 6 ans	ÂGE SCOLAIRE 6 – 12 ans
Temps plein (30 heures ou plus par semaine)				
Temps partiel (15 – 29 heures par semaine)				
Horaire (1 – 14 heures par semaine, mais moins de 3 heures par jour)				

Tarif du prestataire (suite)

Tarif du prestataire pour les besoins spéciaux Indiquez le tarif appliqué	NOURRIS SONS Moins de 18 mois	ENFANTS EN BAS ÂGE 18 mois – moins de	PRÉSCOLAIRE 3 ans – moins de 6 ans	ÂGE SCOLAIRE 6 – 12 ans	BESOINS SPÉCIAUX 13 – 19 ans
Temps plein (30 heures ou plus par semaine)					
Temps partiel (15 – 29 heures par semaine)					
Horaire (1 – 14 heures par semaine, mais moins de 3 heures par jour)					

Indiquez les horaires hebdomadaires des services de garde d'enfants demandés pour le ou les enfants indiqués ci-dessous :

Nom de l'enfant	Nom de	e l'enfan	t	Nom de	l'enfa	ant		Nom de l	'enfa	ant	
Date de naissance	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JO	UR	ANNÉE	MOIS	JC	OUR	ANNÉE
Date de début de la garde	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JO	UR	ANNÉE	MOIS	JC	DUR	ANNÉE
Horaires hebdomadaires	Du		Au	Du			Au	Du			Au
Lundi											
Mardi											
Mercredi											
Jeudi											
Vendredi											
Samedi											
Dimanche											
Réservé à l'administration	Nombre d'heure sema	s par		Nombre d'heures semain	par			Nombre to d'heures semain	par		

(Tourner la page)

	Je reconnais que le fait de recevoir un paiement garde d'enfants fournis ne fait pas de moi un(·) e employé(·) par le parent/tuteur (tutrice) légal(·) d	employé(·) de la ville de New York. Je suis
Cer	tification du prestataire	
pay et ta rest le p que ne s	scris cet(·) enfant dans un programme de garde dé(·) qu'une fois que les données relatives à la pré ant que le dossier d'aide financière en espèces de tera actif et que le parent participera à une activité arent/tuteur (tutrice) ne répond pas à ces critères e l'ACS ne paiera plus la garde d'enfants. J'accep soit pas supérieur à celui que je facture pour d'au e je ne peux pas être payé(·) si je n'indique pas	ésence de l'enfant auront été reçues par l'ACS u parent/tuteur (tutrice) susmentionné(·) é approuvée par l'ACS ou aura un emploi. Si s, je recevrai une lettre de l'ACS m'informant te que le montant que je facture à ce parent tres enfants du même âge. Je comprends
illim Je o véri	permettrai au parent/tuteur (tutrice) des enfants naité à leurs enfants et aux locaux et je resterai dis certifie que les réponses que j'ai communiquées d diques. Je comprends que fournir de fausses info liation de mes paiements, ainsi que le recouvrem it.	ponible chaque fois que je garderai les enfants. ci-dessus sont à ma connaissance exactes et ormations peut entraîner la suspension ou la
	m du prestataire (écrire lisiblement en actères d'imprimerie)	Titre officiel (le cas échéant)
Sig	nature	Date

Certification du parent/tuteur (tutrice)

Agency-approved start date for child care: _

Je certifie avoir pris connaissance de la demande d'information sur les servic ci-dessus et que celle-ci est correcte. Je comprends que je dois signaler imn	nédiatement tout
changement à l'Administration des ressources humaines (Human Resources	s Administration, HRA).
Nom du parent/tuteur (tutrice)	
Signature du parent/tuteur (tutrice)	Date
Souffrez-vous d'un handicap, d'un problème de santé ou de santé me	-
de santé vous empêche-t-il de comprendre le présent avis ou de faire ce que	u'il demande ? Ce
	u'il demande ? Ce HRA ? Nous sommes
de santé vous empêche-t-il de comprendre le présent avis ou de faire ce que problème de santé vous empêche-t-il de bénéficier d'autres services de la là pour vous aider. Appelez-nous au 718 557 1399. Vous pouvez également vous rendant dans un bureau de la HRA. Vous avez le droit de demand	u'il demande ? Ce HRA ? Nous sommes ent demander de l'aide
de santé vous empêche-t-il de comprendre le présent avis ou de faire ce que problème de santé vous empêche-t-il de bénéficier d'autres services de la là pour vous aider. Appelez-nous au 718 557 1399. Vous pouvez égaleme	u'il demande ? Ce HRA ? Nous sommes ent demander de l'aide
de santé vous empêche-t-il de comprendre le présent avis ou de faire ce que problème de santé vous empêche-t-il de bénéficier d'autres services de la là pour vous aider. Appelez-nous au 718 557 1399. Vous pouvez également vous rendant dans un bureau de la HRA. Vous avez le droit de demand	u'il demande ? Ce HRA ? Nous sommes ent demander de l'aide
de santé vous empêche-t-il de comprendre le présent avis ou de faire ce que problème de santé vous empêche-t-il de bénéficier d'autres services de la là pour vous aider. Appelez-nous au 718 557 1399. Vous pouvez également vous rendant dans un bureau de la HRA. Vous avez le droit de demand	u'il demande ? Ce HRA ? Nous sommes ent demander de l'aide
de santé vous empêche-t-il de comprendre le présent avis ou de faire ce que problème de santé vous empêche-t-il de bénéficier d'autres services de la là pour vous aider. Appelez-nous au 718 557 1399. Vous pouvez également vous rendant dans un bureau de la HRA. Vous avez le droit de demand	u'il demande ? Ce HRA ? Nous sommes ent demander de l'aide