

CS-925 (FACE) REV 1/06

ПОЖАЛУЙСТА, PLEASE ПИШИТЕ ЗАГЛАВНЫМИ БУКВАМИ  
ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ СУБСИДИИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ

- НОВАЯ
- ПОВТОРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

нyc ACS

АДМИНИСТРАЦИЯ ДЕТСКИХ УСЛУГ Г.НЬЮ ЙОРКА  
OFFICE USE ONLY

Дело #:

Дата заявления: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Раздел 1 ЗАЯВИТЕЛЬ

ФАМИЛИЯ (Пожалуйста, укажите любые псевдонимы или девичье имя в скобках):

ИМЯ:

ОТЧЕСТВО:

Адрес проживания:

КВ #:

ГОРОД/РАЙОН:

ШТАТ:

ИНДЕКС:

Адрес почтовый:( если отличается от адреса проживания):

КВ #:

ГОРОД/РАЙОН:

ШТАТ:

ИНДЕКС:

Номера телефона(рабочий): ( ) \_\_\_\_\_ Номера телефона (Домашний): ( )  
Номера телефона (Сотовый или другой): ( )

Вы являетесь получателем услуг общественного обслуживания? • ДА • НЕТ

РА #: \_\_\_\_\_

Вы являетесь получателем услуг Medicaid? • ДА • НЕТ

МА #: \_\_\_\_\_

Какой Ваш основной язык?

Пожалуйста, ниже заполните информацию для всего Вашего дома. Впишите себя первым, затем всех, кто живет вместе с Вами.

## Раздел 2 ЧЛЕНЫ СЕМЬИ

ФАМИЛИЯ

(Пожалуйста, укажите любые псевдонимы или девичье имя в скобках)  
ИМЯ ОТЧЕСТВО ТИП РОДСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ

ЭТОТ ЧЛЕН СЕМЬИ НУЖДАЕТСЯ В УХОДЕ ЗА РЕБЕНКОМ?

ДА/НЕТ ОБА РОДИТЕЛЯ РЕБЕНКА ПРОЖИВАЮТ В ДОМЕ?

ДА/НЕТ ДАТА РОЖДЕНИЯ

ММ/ДД/ГГ ПОЛ

М/Ж ИСПАНОГОВОРЯЩИЙ ИЛИ ЛАТИНОАМЕРИКАНЕЦ?

ДА/НЕТ РАСА

(СМ. ИНФОРМАЦИЮ НИЖЕ)

НОМЕР СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

(ФАКУЛЬТАТИВНО)

### 1) Приложите отдельный лист бумаги для перечисления дополнительных членов семьи.

Включите информацию о супруге/втором родителе детей, подающем на уход и проживающем в Вашем доме.

НОМЕР

ДА/НЕТ ДА/НЕТ

1

2

3

4

5

6

РАСА: 1

Индейей или житель Аляски 2

Азиат 3

Африканец/Негр 4

житель Гавайских островов/ житель тихоокеанских островов 5

Белый

ИМЯ РАБОТОДАТЕЛЯ ЗАЯВИТЕЛЯ: Часов в неделю: Тел #:

( ) \_\_\_\_\_

Адрес:

ГОРОД/РАЙОН: ШТАТ: ИНДЕКС:

**Дни и часы занятости, согласно расписанию. (например, понедельник – пятница, с 9 утра до 5 вечера).**

Есть ли на Вашей работе меняющееся расписание? "ДА" "НЕТ"

Требуется ли сверхурочная работа? ДА "НЕТ"

Номер телефона работодателя супруга/второго родителя:

Часов в неделю: Тел #:

( ) \_\_\_\_\_

Адрес:

ГОРОД/РАЙОН: ШТАТ: ИНДЕКС:

**Дни и часы занятости супруга/второго родителя, согласно расписанию. (например, понедельник – пятница, с 9 утра до 5 вечера).**

Есть ли на Вашей работе меняющееся расписание? "ДА" "НЕТ"

Требуется ли сверхурочная работа? ДА "НЕТ"

ТОЛЬКО ДЛЯ СОТРУДНИКОВ

Размер семьи: \_\_\_\_\_

Раздел 3 Занятость

просите ли Вы о выдаче субсидии для ухода за ребенком, чтобы Вы могли работать?  
" ДА "НЕТ

Если нет, то прочитайте, пожалуйста, указания раздела под заголовком "Нужды ребенка/семьи» и укажите свою причину для просьбы об уходе:

---

Проживает ли ребенок, для которого Вы подаете заявление, с кем-либо кроме его/ее матери или отца? " ДА "НЕТ

Есть ли у ребенка, для которого Вы подаете заявление, специальные нужды? " ДА "НЕТ

Есть ли у ребенка, для которого Вы подаете заявление, медицинская страховка? " ДА "НЕТ

Раздел 4 ДА "НЕТ

CS-925 (REVERSE) ACnyc

REV

1/06 S

АДМИНИСТРАЦИЯ ДЕТСКИХ УСЛУГ Г.НЬЮ ЙОРКА

Пожалуйста, заполните информацию о доходе для Вас И любого, подающего заявку вместе с Вами. Прочитайте инструкции по требованиям к документации отдела Детских услуг

(Сюда относятся дети, нуждающиеся в уходе, их родители, приемные родители и любые другие дети младше 18 лет в Вашем доме) Пожалуйста, пишите печатными буквами.

Раздел 5 ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ДОХОДА ВИД ОБЩИЙ РАЗМЕР ДОХОД

ТИП

ДОКУМЕНТАЦИЯ

ДЛЯ ЕЖЕМЕСЯЧНОГО ЗАПОЛНЕНИЯ СОТРУДНИКАМИ

ВЫЧИСЛЕНИЯ

ЗАЯВИТЕЛЬ: Доход до сбора налогов

•

еженедельный

•

двухнедельный

- 

Два раза в месяц

- 

другое \$

СУПРУГ/ВТОРОЙ РОДИТЕЛЬ: Доход до сбора налогов

- 

еженедельный

- 

двухнедельный

- 

Два раза в месяц

- 

другое

Пожалуйста, перечислите ниже все другие виды дохода  
Включите размер для себя И Вашего супруга, И детей, которые живут вместе с Вами

ДОХОД

ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ СОТРУДНИКАМИ

ДОКУМЕНТАЦИЯ

ВЫЧИСЛЕНИЯ

Алименты и/или детское пособие (Полученные)

- 

еженедельный

- 

двухнедельный

- 

Два раза в месяц

- 

другое

Пособие по безработице и/или рабочие выплаты

- 

еженедельный

- 

двухнедельный

- 

Два раза в месяц

- 

другое

Доход от личного бизнеса и/или от сдачи внаем

- 

еженедельный

- 

двухнедельный

- 

Два раза в месяц

- 

другое

Социальная помощь, SSI, пособие по инвалидности, пенсия и/или ежегодное пособие

- 

женедельный

- 

двухнедельный

- 

Два раза в месяц

- 

другое

Другие виды дохода (Отметьте все, что к Вам относится):

- 

Денежная помощь по программе Временной помощи нуждающимся семьям (ВПНС)  
Общественной помощи (ОП)

- 

Ваучер на жилье или денежная помощь

- 

Талоны на еду

- 

Другие федеральные программы (такие, как SSI)

ОБЩИЙ ДОХОД: \$

#### Раздел 6 ПРОВАЙДЕР

Если Ваше ребенок уже в учреждении по уходу или если Вы знаете, куда бы Вы хотели записать своего ребенка для ухода, пожалуйста, предоставьте название и адрес провайдера. Вы можете также указать альтернативный вариант.

Название:

—

Название:

—

Название:

—

Адрес:

—

Адрес:

—

Адрес:

—

Пожалуйста, укажите типы ухода, которые Вас интересуют в случае, если нет мест ни у одного из провайдеров, которых Вы перечислили:

- 

Уход при центре

- 

Хорошее начало

- 

Неофициальный уход

-

Семейный дневной центр ухода

ПРОГРАММА # ПРОГРАММА # ПРОГРАММА #

Ребенок, для которого Вы подаете заявку, гражданин США?

•

ДА

•

НЕТ

Если да, родитель/попечитель должен подписаться, чтобы заверить, что ребенок/дети, получающие помощь, являются гражданами США

--

/

--

/

--

ГРАЖДАНИН США РОДИТЕЛЬ/ПОПЕЧИТЕЛЬ/ЖЕНА/МУЖ ДАТА

Если нет, право на уход за ребенком должно быть определено лично в ресурсном центре. Пожалуйста, свяжитесь с Вашим ресурсным центром, чтобы записаться на прием и принести доказательство законного проживания

Раздел 8 СЕРТИФИКАЦИЯ

1

Я понимаю, что информация, содержащаяся в этой анкете, будет использована для определения моего права и права моей семьи на услуги/субсидии и что информация будет использована только в целях определения права на услуги ухода за ребенком

2

Номера социальной защиты (если есть) не будут разглашаться, так как они являются конфиденциальными в соответствии с федеральным законом, и могут быть выданы/использованы только в целях, указанных в федеральном законодательстве.

3

Я согласен информировать агентство немедленно в случае каких-либо изменений в доходе, условиях проживания, составе семьи или адреса, в том, где предоставляется уход, кем он предоставляется, стоимости услуг провайдера, часов, в течение которых необходим уход, и с тем, что по закону Штата Нью Йорк и федеральному закону любой заявитель может подвергнуться расследованию для приговора к штрафу, тюрьме или тому и другому, если его признают виновным в получении помощи на уход за ребенком путем сокрытия информации или предоставления ложной информации.

4

Я понимаю, что данная заявка используется с определенной целью выдачи субсидии на уход за ребенком. Для получения других видов помощи, например, талонов на еду, Medicaid, Временной помощи и других услуг, необходимо заполнить другие заявления.

5

Я подтверждаю под страхом наказания, что вся информация, которую я предоставил (-а) в этой анкете является правдивой и точной.

Пожалуйста, поставьте подпись родителя/попечителя, который подает заявку на помощь по уходу за ребенком, или подпись законного представителя.

X

--

/

--

/

--

X

--

/

--

/

--

ПОДПИСЬ

РОДИТЕЛЬ/ПОПЕЧИТЕЛЬ/ЖЕНА/ МУЖ ДАТА

ПОДПИСЬ

ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ДАТА \_

\_\_\_\_\_

--

---

--

ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ИМЯ

ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ИМЯ

Раздел 9 ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ СОТРУДНИКАМИ  
Заявка по включению в список составлена:

— — —

/

—

/

—

ИНИЦИАЛЫ И ДАТА СОСТАВЛЕНИЯ

ACS - Право подтверждено:

— — —

/

—

/

—

ИНИЦИАЛЫ И ДАТА СОСТАВЛЕНИЯ

Сбор с родителей:

— —

/

—

/

—

INITIAL DATE

Length of Eligibility: from: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

to:

-  
/

-  
/

-  
I  
S

- Verified by:

--  
/

-  
/

-

ИНИЦИАЛЫ И ДАТА СОСТАВЛЕНИЯ

Коды: wRFC: \_\_\_\_\_ wPR: \_\_\_\_\_ wFS: \_\_\_\_\_