

THE DEPARTMENT OF EARLY
EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM

دائرة التعليم والرعاية المبكرين
برنامج رعاية الأطفال المدعومة
نموذج التحقق من العمل

تقدم دائرة التعليم والرعاية المبكرين (EEC) مساعدات مالية للتعليم والرعاية المبكرين للأسر المؤهلة في ولاية ماساتشوستس. وحتى تكون الأسر مؤهلة، يجب عليها استيفاء اشتراطات ومعايير الدخل التي وضعتها الدائرة (EEC)، كما يجب عليها إثبات حاجتها إلى الخدمة. ويُقصد بالحاجة إلى الخدمة المدة الزمنية التي تكون فيها رعاية الأطفال ضرورية بالنسبة لأولياء الأمور (وكذلك الأوصياء) من أجل المشاركة في نشاط معتمد. ويُعد العمل والتعليم والتدريب من الأنشطة المعتمدة التي تكون الحاجة إلى الخدمة معها ضرورية.

يجب على الفئات التالية من مقدمي الطلبات تعبئة هذا النموذج:

- مقدم طلب حصل مؤخرًا على وظيفة ولا يستطيع بعد تقديم كعوب شيكات الرواتب التي توثق دخله في شهر واحد (4 أسابيع خلال آخر 6 أسابيع).
- مُقَدِّم طلب يتلقى أجره نقدًا أو بشيك شخصي أو بأمر دفع، سواء كان موظفًا أو يعمل كمتعاقد مستقل/ عامل بعقد لدى فرد أو شركة وفقًا للمنصوص عليه في الفصل "4.2(C)(1)(a)(iii)" في دليل سياسة المساعدات المالية تحت عنوان المتعاقدين المستقلين.

يهدف هذا النموذج إلى التحقق مما يلي:

- الحالة الوظيفية لمقدم الطلب.
- عدد ساعات العمل التي يقضيها مقدم الطلب في الأسبوع.
- ومقدار الدخل الذي يتلقاه مقدم الطلب عن ساعات عمله.
- تحديد أهلية ولي الأمر في الحصول على المساعدات المالية التي تقدمها الدائرة (EEC)، والمدة الزمنية لخدمة رعاية الأطفال التي قد يتلقاها إذا كان مؤهلاً.

تعليمات تعبئة هذا النموذج

للإحاطة: لن يمكن تحديد أهلية الشخص في الحصول على المساعدات المالية المقدمة من الدائرة (EEC) إلا بعد تعبئة كل الأقسام الواردة في هذا النموذج تعبئة كاملة وإعادتها إلى مسؤول الدعم. من المهم للغاية تعبئة النموذج تعبئة كاملة وإعادته في الوقت المناسب.

تعليمات لمقدم طلب الحصول على مساعدات مالية من الدائرة (EEC) (ولي الأمر):

- 1- يُرجى تعبئة القسم الأول والثاني والثالث من هذا النموذج.
- 2- بعد تعبئة هذه الأقسام، ينبغي عليك الاحتفاظ بنسخ من هذا النموذج في سجلاتك قبل تقديمه للشخص المثبت لصحة بيانات عملك.
- 3- إذا كنت موظفًا جديدًا أو قديمًا لدى شركة ما وتحصل على راتبك نقدًا، يجب عليك إعطاء هذا النموذج لصاحب العمل الخاص بك لتعبئة القسم الرابع من هذا النموذج، ثم إرسال النموذج إلى مسؤول الدعم.
- 4- إذا كنت متعاقد مستقل/ عامل بعقد، يجب عليك إعطاء هذا النموذج للشركة/ الفرد الذي تعاقدت معه لتعبئة القسم الرابع من هذا النموذج، ثم إرسال النموذج إلى مسؤول الدعم.

تعليمات للموظف المسؤول عن التحقق من العمل:

يُرجى تعبئة القسم الرابع من هذا النموذج. يُرجى الاحتفاظ بنسخة من النموذج للاحتفاظ بها في سجلاتك وإرسال النموذج الأصلي مع أي مستندات داعمة إلى مسؤول الدعم.

THE DEPARTMENT OF EARLY
EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM

دائرة التعليم والرعاية المبكرين
برنامج رعاية الأطفال المدعومة
نموذج التحقق من العمل

القسم الأول: بيانات العمل

يُعبأ هذا القسم من طرف مقدم طلب الحصول على مساعدات مالية من الدائرة (EEC).

1- اسم مقدم الطلب (ولي الأمر):

2- نوع العمل

أ- يُرجى تحديد العبارة التي تصف على النحو الأفضل طبيعة عملك.

أنا موظف جديد لدى الشركة المذكورة أدناه. يُرجى تعبئة الفقرتين (ب) و(هـ) أدناه وترك الفقرتين (ج) و(د) فارغتين.

أنا موظف قديم لدى الشركة المذكورة أدناه. يُرجى تعبئة الفقرتين (ب) و(هـ) أدناه وترك الفقرتين (ج) و(د) فارغتين.

أنا أعمل كمتعاقد مستقل/ عامل بعقد لدى الشركة المذكورة أدناه. يُرجى تعبئة الفقرات (ب) و(ج) و(د) و(هـ) الواردة أدناه.

ب- اسم الشركة:

العنوان:

رقم الهاتف:

ج- إذا كنت متعاقدًا مستقلًا/ عاملاً بعقد، يُرجى وصف نوع العمل الذي تزاوله أو طبيعة شركتك (على سبيل المثال: أنا أقود سيارة أجرة).

د- إذا كنت متعاقدًا مستقلًا/ عاملاً بعقد، هل تعمل لصالح عدة عملاء أو تقدم خدمات لعدة عملاء؟

نعم لا

هـ- إذا كنت موظفًا أو متعاقدًا مستقلًا/ عاملاً بعقد، هل تتلقى مقابل عملك نقدًا أو بشيك شخصي أو بأمر دفع من الشركة التي ذكرتها أنفًا في الفقرة (ب)؟

نعم لا

إذا كنت تتلقى أجرًا نقدًا، يجب عليك تقديم نسخة من أحدث إقراراتك الضريبية الفيدرالية على الدخل بكل ما تحتويه من نماذج وجداول سارية، وكذلك نسخة من سجل ضرائب الحساب.

إذا كنت تتلقى أجرًا من خلال شيك شخصي أو أمر دفع، يجب عليك تقديم نسخ من الشيكات الشخصية اللاغية أو أوامر الدفع اللاغية التي تثبت دخلك في 4 أسابيع خلال آخر 6 أسابيع؛ مع تقديم نسخة من أحدث إقراراتك الضريبية الفيدرالية على الدخل بكل ما تحتويه من نماذج وجداول سارية، وكذلك نسخة من سجل ضرائب الحساب.

THE DEPARTMENT OF EARLY
EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM

دائرة التعليم والرعاية المبكرين
برنامج رعاية الأطفال المدعّمة
نموذج التحقق من العمل

3- يُرجى تحديد التاريخ الذي بدأت فيه العمل كموظف أو التاريخ الذي بدأت فيه العمل كمتعاقد مستقل/ عامل بعقد. _____

على سبيل المثال: 15 يناير 2007

4- كم عدد ساعات العمل التي تقضيها في الأسبوع؟ _____ ساعة.

إذا كانت ساعات عملك متغيرة، يُرجى تحديد أقل وأكبر عدد ساعات من المحتمل أن تقضيها في عملك (على سبيل المثال: ما بين 20 إلى 25 ساعة في الأسبوع).

5- ما هو مبلغ الدخل، بما يشمل الإكراميات، الذي تتلقاه في الأسبوع عن ساعات عملك؟ _____

إذا كان مقدار الدخل الذي تحصل عليه متغير، يُرجى ذكر متوسط الدخل الذي تتلقاه في الأسبوع.

6- يُرجى ذكر مواعيد العمل الخاصة بك على مدار الأسبوع (على سبيل المثال: من الساعة 08:00 صباحًا إلى الساعة 04:00 مساءً. أيام الاثنين والأربعاء والجمعة).

القسم الثاني: تفويض الإفصاح عن المعلومات

يُعبأ هذا القسم من طرف مقدم طلب الحصول على مساعدات مالية من الدائرة (EEC).

فوضت، أنا الموقع أدناه، الراغب في الحصول على مساعدات مالية لرعاية الأطفال من دائرة التعليم والرعاية المبكرين، الأفراد التاليين:

- الشخص الوارد اسمه في القسم الرابع بالإفصاح عن المعلومات الخاصة بي المطلوبة في هذا النموذج.
- الفرد الوارد اسمه في القسم الرابع بمشاركة المعلومات الخاصة بحالتي الوظيفية ومواعيد عملي والدخل الذي أحصل عليه مع مسئول رعاية الأطفال ومسئول الدعم لدى وكالة الإحالة والدائرة (EEC) أو أي مما سبق، وذلك من أجل تحديد أهليتي في الحصول على المساعدات المالية.
- مسئول الدعم و/ أو الدائرة (EEC) بالتواصل مع الفرد المذكور اسمه في القسم الرابع من أجل التحقق من البيانات التي ذكرتها في هذا النموذج.

أعلم أن قراري بتفويض الفرد المذكور اسمه في القسم الرابع بمشاركة المعلومات الخاصة بحالتي الوظيفية ومواعيد عملي والدخل الذي أحصل عليه مع مسئول الدعم و/ أو الدائرة (EEC) قرارًا طوعيًا. وأعلم أنني في حالة رفضي تفويض الفرد المذكور اسمه في القسم الرابع بمشاركة هذه المعلومات، لن يستطيع مسئول الدعم و/ أو الدائرة (EEC) اتخاذ قرار بشأن أهليتي في الحصول على المساعدات المالية الخاصة برعاية الأطفال.

اسم ولي الأمر مطبوعًا: _____ التاريخ: _____

توقيع ولي الأمر: _____

الغنوان اسم المدينة الولاية الرمز البريدي

رقم الهاتف عنوان البريد الإلكتروني

THE DEPARTMENT OF EARLY
EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM

دائرة التعليم والرعاية المبكرين

برنامج رعاية الأطفال المدعّم

نموذج التحقق من العمل

القسم الثالث: إقرار صحة المعلومات والبيانات:

يُعبأ هذا القسم من طرف مقدم طلب الحصول على مساعدات مالية من الدائرة (EEC).

أقر بأن المعلومات والبيانات الواردة في القسمين الأول والثاني من هذا النموذج صحيحة ودقيقة إلى حد علمي. وأعلم أنه إذا كنت أتلقى أجري نقدًا، فأنا مسئول عن تقديم نسخة من أحدث إقراري الضريبية الفيدرالية على الدخل بكل ما تحتويه من نماذج وجداول سارية، وكذلك نسخة من سجل ضرائب الحساب. وأعلم أيضًا أنه إذا كنت أتلقى أجري من خلال شيك شخصي أو أمر دفع، يجب عليّ تقديم نسخ من الشيكات الشخصية اللاغية أو أوامر الدفع اللاغية التي تثبت دخلي في 4 أسابيع خلال آخر 6 أسابيع؛ إلى جانب تقديم نسخة من أحدث إقراري الضريبية الفيدرالية على الدخل بكل ما تحتويه من نماذج وجداول سارية، وكذلك نسخة من سجل ضرائب الحساب.

أقر بأن المعلومات والبيانات الواردة في هذا النموذج صحيحة ودقيقة إلى حد علمي. وأعلم أن تقديم معلومات زائفة أو مضللة في طلبي للحصول على مساعدات مالية من الدائرة (EEC)، أو تلقي مساعدات مالية من الدائرة (EEC) بناءً على معلومات زائفة أو مضللة، أو إخفاء أو حجب معلومات بغرض إثبات الأهلية أو الحفاظ عليها أو زيادة قيمة معونات رعاية الأطفال قد يؤدي إلى إنهاء فوري لدعم رعاية الأطفال الذي أحصل عليه. وأعلم أيضًا أنه يجب عليّ الإبلاغ عن أي تغييرات مؤقتة أو غير مؤقتة خلال ثلاثين (30) يومًا. تشمل التغييرات المؤقتة ما يلي: أي غياب محدد بوقت عن مزاولته نشاط معتمد لولي الأمر بسبب المرض أو الحاجة إلى رعاية أحد أفراد الأسرة، وأي انقطاع عن العمل للعامل الموسمي الذي لا يعمل خلال مواسم العمل المعتادة لمهنته، وأي إجازة أو عطلة دراسية لولي الأمر المشارك في برنامج تعليمي أو تدريبي، وأي تخفيض في ساعات العمل أو التدريب أو التعلم طالما ظل ولي الأمر يعمل أو يحضر البرنامج التدريبي أو التعليمي، وأي توقف عن مزاولته نشاط معتمد لولي الأمر بسبب انتشار جائحة موفيد-19، وأي توقف آخر عن مزاولته نشاط معتمد لولي الأمر لا يتجاوز 12 أسبوعًا، وأي تغيير في محل الإقامة داخل الولاية. وتشمل التغييرات غير المؤقتة ما يلي: تجاوز إجمالي دخل الأسرة 85% من متوسط الدخل في الولاية، والتغييرات في بيانات الاتصال الخاصة بالأسرة، والتغييرات في تركيبة الأسرة التي تستمر لأكثر من 30 يوم خلال 12 شهرًا، والتغييرات في ترتيبات حضانة الطفل، وأي تغيير في العنوان إلى خارج الولاية، وأي تغيير أو توقف يزيد عن 12 أسبوعًا في العمل الذي يزاوله ولي الأمر أو البرنامج التدريبي أو التعليمي الذي يشارك فيه. وأعلم أن عدم الإبلاغ عن أي تغيير غير مؤقت قد يعني انتهاكًا متعمدًا لبرنامج الدعم، مما قد يؤدي إلى نزع الأهلية.

توقيع ولي الأمر: _____ التاريخ: _____

القسم الرابع: التحقق من العمل لدى طرف ثالث

يُعبأ هذا القسم من طرف الموظف المسئول عن التحقق من بيانات عمل مقدم طلب الحصول على مساعدات مالية من الدائرة (EEC).

يُرجى تحديد المربع المقابل للعبارة التي تصف على النحو الأفضل علاقة العمل التي تجمعك بمقدم الطلب.

- أنا صاحب العمل الذي يعمل لديه مقدم الطلب. إذا حددت هذا المربع، يُرجى تعبئة الجزأين (أ) و(ج) الواردين أدناه وترك الجزء (ب) فارغًا.
- مقدم الطالب متعاقد مستقل/ عامل بعقد، وقد تعاقدت معه للقيام بعمل لصالحي. إذا حددت هذا المربع، يُرجى تعبئة الجزأين (أ) و(ج) الواردين أدناه وترك الجزء (ب) فارغًا.
- أنا عميل/ زبون لدى مقدم الطلب. إذا حددت هذا المربع، يُرجى ترك الجزء (أ) الوارد أدناه فارغًا وتعبئة الجزأين (ب) و(ج) فقط.
- أنا أورد بضائع أو خدمات إلى مقدم الطلب كجزء من عمله. إذا حددت هذا المربع، يُرجى ترك الجزء (أ) الوارد أدناه فارغًا وتعبئة الجزأين (ب) و(ج) فقط.

يُرجى في الجزء الوارد أدناه تحديد تاريخ بدء عمل مقدم العمل لديك، أو تاريخ بدء العمل معك إذا كان مقدم العمل متعاقدًا مستقلًا/ عاملًا بعقد وتعاقدت معه لإنجاز عمل لصالحك.

تاريخ بدء العمل: _____

THE DEPARTMENT OF EARLY
EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM

دائرة التعليم والرعاية المبكرين
برنامج رعاية الأطفال المدعومة
نموذج التحقق من العمل

الجزء (أ): يُعبأ هذا الجزء بواسطة صاحب العمل الذي يعمل المقدم لديه، أو الشركة/ الشخص الذي تعاقد مع مقدم الطلب إذا كان الأخير متعاقدًا مستقلًا/ عاملاً بعقد.

1- يُرجى وصف نوع العمل الذي يؤديه مقدم الطلب، وعدد ساعات التي يقضيها في العمل في الأسبوع مع ذكر مواعيد العمل الأسبوعية، ومقدار الدخل الذي يتلقاه عن ساعات عمله. على سبيل المثال: تعمل جاين دوي لدي كموظفة متعاقدة من أجل قيادة سيارة أجرة أيام الاثنين والثلاثاء والجمعة، من الساعة 08:00 صباحًا إلى الساعة 06:00 مساءً. تقضي جاين دوي 30 ساعة في العمل أسبوعيًا، وتتلقى 300 دولارًا أمريكيًا إضافة إلى الإكراميات في الأسبوع.

يُرجى تزويدنا بالمعلومات التالية المتعلقة بشركتك.

2- اسم الشركة: _____

3- عنوان الشركة: _____

4- رقم هاتف الشركة: _____

5- طبيعة عمل الشركة: _____

6- رقم الضمان الاجتماعي: _____ أو رقم تعريف صاحب العمل (EIN):¹ _____

7- الوضع القانوني للشركة: (يُرجى تحديد أحد الخيارات التالية)

____ Sole Proprietorship ____ Partnership ____ Corporation ____ S-Corporation

8- رقم شهادة مزاولة الأعمال (DBA): _____ (إذا انطبق ذلك)

9- المدينة/ البلدة التي تم فيها تسجيل رقم شهادة (DBA): _____ (إذا انطبق ذلك)

الجزء (ب): يُعبأ هذا القسم من طرف العميل/ الزبون أو المورد المثبت لصحة بيانات عمل مقدم طلب الحصول على مساعدات مالية من الدائرة (EEC).

1- يُرجى تحديد المربع المقابل للعبارة التي تصف على النحو الأفضل علاقة العمل التي تجمعك بمقدم الطلب.

أنا عميل/ زبون لدى مقدم الطلب.

أنا أورد بضائع أو خدمات إلى مقدم الطلب كجزء من عمله.

1 المعروف أيضًا باسم رقم التعريف الفيدرالي

THE DEPARTMENT OF EARLY
EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM

دائرة التعليم والرعاية المبكرين

برنامج رعاية الأطفال المدعّمة

نموذج التحقق من العمل

2- منذ متى وأنت عميل/ زبون/ مورد لمقدم الطلب؟

3- يُرجى وصف نوع العمل الذي يؤديه مقدم الطلب لك، بما يشمل طبيعة البضائع/ الخدمات المقدمة. على سبيل المثال: تملك جاين دوي شركتها في مجال تنسيق وتصميم الحدائق، وتقوم بأعمال تنسيق وتصميم الحدائق والعمل البستاني.

4- إذا كنت عميلًا/ زبونًا لدى مقدم الطلب، كم عدد المرات التي تشتري فيها بضائع/ خدمات من هذا الشخص؟ على سبيل المثال: تعتنى جاين دوي بأرضي وحدقتي مرتين شهريًا في الفترة من شهر أبريل إلى شهر نوفمبر.

5- إذا كنت تورد بضاعة أو خدمة لمقدم الطلب، كم عدد مرات توريد البضائع/ الخدمات إلى هذا الشخص؟ على سبيل المثال: أورد مستلزمات مكتبية إلى جاين دوي مرة واحدة شهريًا.

6- هل تعلم كم عدد ساعات عمل و/ أو مواعيد عمل مقدم الطلب في الأسبوع؟

نعم لا

7- إذا اجبت بنعم على السؤال رقم (6)، يُجرى كتابة عدد ساعات عمل و/ أو مواعيد عمل مقدم الطلب في الأسبوع.

الجزء (ج): يُعبأ هذا الجزء بواسطة كل الأشخاص الذين يثبتون صحة بيانات العمل

أقر بأن المعلومات والبيانات الواردة في القسم الرابع من هذا النموذج صحيحة ودقيقة إلى حد علمي.

يُرجى طباعة اسم الشخص المثبت لصحة البيانات: _____ التاريخ: _____

توقيع الشخص المثبت لصحة بيانات العمل: _____

المُسَمَّى الوظيفي للشخص المثبت لصحة بيانات العمل _____ رقم الهاتف: _____

العنوان: _____

تعليمات للشخص المثبت لصحة بيانات العمل الخاصة بمقدم طلب الحصول على مساعدات مالية من الدائرة (EEC): يُرجى الاحتفاظ بنسخة من هذا النموذج للاحتفاظ بها في سجلاتك وإرسال النموذج الأصلي وأي مستندات داعمة إلى:

مسئول الدعم اكتب العنوان أو ضع بطاقة عنوان المراسلات:
