

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
HOUSEHOLD INCOME STATEMENT

برنامج رعاية الأطفال المدعمة
بيان دخل الأسرة

لأغراض معلوماتية فقط - يُرجى عدم تعبئة النموذج المُترجم

يُرجى قراءة هذا المستند بعناية ووضع علامة "X" على كل العبارات التي تنطبق عليك. ربما يُطلب منك تقديم مستندات داعمة تثبت ذلك.

أقر بأن المعلومات والبيانات الواردة هنا صحيحة وكاملة إلى حد علمي، وأن عدم صحتها يعرضني لعقوبات الحنث باليمين. سوف يفهم تقديم بيانات غير دقيقة عن دخل أسرتي على أنني قدمت معلومات زائفة أو مضللة. وأفهم أن تقديم معلومات زائفة أو مضللة لمسئول الدعم الخاص بي وإدارة التعليم المبكر والرعاية (EEC) في ولاية ماساتشوستس قد يؤدي إلى إنهاء خدمة رعاية الأطفال المقدمة لي إنهاءً فورياً. وأفهم أيضاً أن الإدارة قد تطلب مني سداد أي مدفوعات تم تخصيصها لي من المساعدات المالية لرعاية الأطفال تلقيتها بعد أن قدمت معلومات زائفة أو مضللة.

أنا أتلقى حالياً الدخل التالي (يُرجى تعبئة كل ما ينطبق - لا تترك أي مربع فارغاً، ضع الرقم صفر إذا كان البند لا ينطبق عليك):

معدل تلقي ولي الأمر الثاني دخله (شهرياً، أسبوعياً، إلخ)	دخل ولي الأمر الثاني	معدل تلقي ولي الأمر الأول دخله (شهرياً، أسبوعياً، إلخ)	دخل ولي الأمر الأول	نوع الدخل
_____	دولارا أمريكياً _____	_____	دولارا أمريكياً _____	الأرباح من العمل
_____	دولارا أمريكياً _____	_____	دولارا أمريكياً _____	الإكراميات
_____	دولارا أمريكياً _____	_____	دولارا أمريكياً _____	الدخل من مزاوله الأعمال
_____	دولارا أمريكياً _____	_____	دولارا أمريكياً _____	العمولات
_____	دولارا أمريكياً _____	_____	دولارا أمريكياً _____	إعالة الأطفال
_____	دولارا أمريكياً _____	_____	دولارا أمريكياً _____	النفقة
_____	دولارا أمريكياً _____	_____	دولارا أمريكياً _____	الإعانات الانتقالية للأسر ذات الأطفال المعالين (TAFDC) (ليست إعانات برنامج SNAP)
_____	دولارا أمريكياً _____	_____	دولارا أمريكياً _____	النفقات الانتقالية المقدمة من إدارة المساعدة الانتقالية (DTA)
_____	دولارا أمريكياً _____	_____	دولارا أمريكياً _____	الدخل من الإيجارات
_____	دولارا أمريكياً _____	_____	دولارا أمريكياً _____	دخل إعاقة الضمان الاجتماعي (SSDI) ودخل الضمان الإضافي (SSI)
_____	دولارا أمريكياً _____	_____	دولارا أمريكياً _____	إعانات البطالة
_____	دولارا أمريكياً _____	_____	دولارا أمريكياً _____	مكافآت العمل
_____	دولارا أمريكياً _____	_____	دولارا أمريكياً _____	معونات المحاربين القدامى (مثل المعاشات، بدلات الإعاقة، إلخ)
_____	دولارا أمريكياً _____	_____	دولارا أمريكياً _____	الأرباح أو الدخل من العقارات/ صناديق الائتمان
_____	دولارا أمريكياً _____	_____	دولارا أمريكياً _____	أخرى _____

أنا أتلقى دعماً عينيياً يشمل الدعم العيني تلقي نقوداً من الوالد غير الحاضن لسداد كلفة مستلزمات مثل الحفاضات أو الغذاء أو الغاز أو سداد فاتورة أو رهن عقاري أو نفقة غير رسمية أو أي شكل آخر من أشكال الدعم. ولكن لا يشمل الدعم العيني تلقي مدفوعات من خلال إدارة الدخل (DOR) أو المحاكم.

القيمة التقديرية لهذا الدعم: _____ دولارا أمريكياً

أنا أتلقى هذا الدعم (ضع دائرة على خيار واحد): سنوياً..... شهرياً..... أسبوعياً..... بصورة غير منتظمة

إذا كنت لا تتلقى أي دعم:

أملك قراراً من المحكمة لإعالة الأطفال، ولكنني لا أتلقى دعماً في الوقت الحالي.

أملك قراراً من المحكمة للحصول على نفقة، ولكنني لا أتلقى دعماً في الوقت الحالي.

أنا لا أتلقى أي نفقة أو دعم من الزوج أو إعالة أطفال أو أي تعويض آخر من أي

أمر محكمة أو اتفاق آخر. أنا لا أتلقى دعم من أي مصدر في الوقت الحالي، بما يشمل الدعم العيني.

_____ (التوقيع بالأحرف الأولى) أقر أنا أن إجمالي قيمة الأصول التي تملكها أسرتي لا يتجاوز مليون دولار أمريكي. الأصول هي الأشياء الثمينة وتشمل، على سبيل المثال لا الحصر، جميع المنازل أو المباني الأخرى أو الممتلكات العقارية أو المركبات أو النقود أو الحسابات المصرفية أو القيم النقدية لوثائق التأمين على الحياة أو صناديق الائتمان أو الأسهم أو السندات أو إجمالي قيمة الأعمال بما يشمل المعدات أو المجوهرات أو الماشية أو غيرها من السلع.

رقم الضمان الاجتماعي

اسم ولي الأمر مطبوعاً

التاريخ

التوقيع