

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
NOTICE OF DENIAL OF EEC FINANCIAL ASSISTANCE FOR CHILD CARE

برنامج برنامج التعليم المبكر والرعاية
رعاية الأطفال المدعمة
إخطار رفض تقديم المساعدات المالية لرعاية الأطفال

لأغراض معلوماتية فقط يُرجى عدم تعبئة النموذج المُترجم

التاريخ	رقم تعريف الأسرة (FID) أو (HHID)
اسم ولي الأمر	
العنوان	الرمز البريدي
رقم الهاتف	عنوان البريد الإلكتروني
اسم الطفل	
اسم الوكالة التابع لها مسئول الدعم الخاص بك	اسم مسئول الدعم الخاص بك
رقم الهاتف	عنوان البريد الإلكتروني

بصفتنا وكالة متعاقدة مع إدارة التعليم المبكر والرعاية (EEC)، يجب علينا اتباع قوانين ولاية ماساتشوستس ولوائحها وسياساتها والقوانين واللوائح والسياسات الفيدرالية الموضوعية لإدارة برامج رعاية الأطفال المدعمة في ولاية ماساتشوستس. يهدف هذا الإخطار إلى إحاطتك بأنه في _____ تم رفض طلبك للحصول على مساعدات مالية للتعليم المبكر والرعاية،

التاريخ:

وذلك للأسباب التالية المقبولة بموجب الفقرة 10.10(1) في المادة 606 من مدونة قوانين ولاية ماساتشوستس (CMR) (يُرجى تحديد كل ما ينطبق):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> انعدام الحاجة إلى الخدمة | <input type="checkbox"/> الاحتمال المثبت |
| <input type="checkbox"/> عدم استيفاء معايير الأهلية المالية | <input type="checkbox"/> الاستبعاد طبقاً للفقرة 10.12 في المادة 606 من مدونة قوانين الولاية (CMR) |
| <input type="checkbox"/> عدم سداد رسوم ولي الأمر المستحقة السداد | <input type="checkbox"/> التخلي عن برنامج الدعم |
| <input type="checkbox"/> عدم تقديم المستندات المطلوبة | <input type="checkbox"/> الإقامة خارج الولاية |

تم رفض طلب حصولك على رعاية الأطفال المدعمة بسبب (أرفق أي صفحات إضافية إذا لزم الأمر):

لديك الحق في طلب إعادة النظر في قرار رفض تقديم رعاية الأطفال المدعمة لك الصادر عن الإدارة. الغرض من عملية إعادة النظر هو تحديد ما إذا كان مسئول الدعم قد تصرف طبقاً لقوانين رعاية الأطفال السارية في الولاية أم لا. وليس الغرض منها منح استثناءات من القوانين واللوائح السارية. يجوز لك أن تمثل نفسك أو أن تختار شخص ليمثلك خلال جميع مراحل عملية إعادة النظر. يجب تلقي جميع طلبات إعادة النظر خلال 30 يوماً من تاريخ هذا الإخطار. يُرجى العلم بأنه لن يتم تقديم خدمة رعاية الأطفال خلال فترة إعادة النظر في قرارات الرفض.

إذا كنت ترغب في تقديم طلب إعادة النظر، يُرجى تعبئة نموذج طلب إعادة النظر وإرساله عبر البريد مع نسخة من هذا الإخطار إلى العنوان التالي:

طلب إعادة النظر -وحدة المساعدات المالية

إدارة التعليم المبكر والرعاية

51 شارع الحليب، الدور الرابع عشر

بوسطن، ماساتشوستس، ص.ب.: 02109

يمكن أيضاً إرسال هذا النموذج بالفاكس على الرقم 988-2451 (617).

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الإجراء، يُرجى التواصل مع مسئول الدعم الواردة بياناته أعلاه. إذا كان لديك أسئلة بشأن هذا الإجراء تود طرحها على الإدارة، يجب عليك تقديم نموذج طلب إعادة النظر.