**Federal ID #:**

**Департамент дошкольного образования и воспитания**

**Child Care Subsidy Application and Fee Agreement**

**Заявление на помощь по уходу за детьми и договор о взносах**

**Первый родитель (имя, фамилия)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата рождения** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Второй родитель (имя, фамилия)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата рождения** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SSN первого родителя**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **SSN второго родителя**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E-mail первого родителя** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **E-mail первого родителя** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес (дом и улица)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Город и индекс**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Домашний телефон**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **рабочий телефон**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Тип права на получение помощи:**  **□** Первичное рассмотрение **□** Повторное рассмотрение

**Первый родитель:**

* Биологический
* Приемный
* Отчим/мачеха
* Дедушка/бабущка
* Временный приемный
* Опекун
* Воспитатель

**Первый родитель:**

* Биологический
* Приемный
* Отчим/мачеха
* Дедушка/бабущка
* Временный приемный
* Опекун
* Воспитатель

**Необходимость в получении помощи: Первый родитель**

* Работа
* Поиск работы
* Подготовка
* Старшие классы школы
* GED
* Обучение в колледже
* Декретный отпуск
* Ограничение дееспособности
* Пенсионный возраст (старше 65)

Всего часов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Необходимость в получении помощи: Второй родитель**

* Работа
* Поиск работы
* Подготовка
* Старшие классы школы
* GED
* Обучение в колледже
* Декретный отпуск
* Ограничение дееспособности
* Пенсионный возраст (старше 65)

Всего часов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Доходы (отметьте все, что имеет отношение):**

* Работа – зарплата, в том числе чаевые и комиссия
* Индивидуальная трудовая деятельность
* Доход от ведения бизнеса
* Алименты
* Алименты на ребенка
* Выигрыши лотереи
* Пенсионные выплаты
* Выплаты социального обеспечения (например, SSI, SSDI и т.д.):
* Пособие по безработице
* Компенсация трудящимся
* Льготы TAFDC – только для ребенка
* Чистый доход от аренды
* Дивиденды/доходы от доверительного управления
* Другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Всего скорректированный месячный доход на семью (расчет месячного дохода на стр. 3) $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Уровень взноса:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Состав семьи:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата начала разрешения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата окончания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата пересмотра\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дети, получающие субсидированный уход**

Имя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Последовательность регистрации: \_\_\_\_\_\_Пол: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нарушение развития/инвалидность (да/нет): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер рекомендации (если имеется): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рекомендовавшее учреждение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ежедневный взнос: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО воспитателя/Название программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Расположение детского учреждения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Расовая/этническая принадлежность (отметьте все, что имеет отношение)**:

* Американские индейцы
* Уроженцы Аляски
* Латиноамериканская
* Негроидная/афроамериканская
* Азиатская
* Уроженцы Гавайских островов/ Островов Тихого океана
* Европеоидная
* Другое

Имя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Порядок регистрации: \_\_\_\_\_\_Пол: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нарушение развития/инвалидность (да/нет): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер рекомендации (если имеется): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рекомендовавшее учреждение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ежедневный взнос: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО воспитателя/Название программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Расположение детского учреждения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Расовая/этническая принадлежность (отметьте все, что имеет отношение)**:

* Американские индейцы
* Уроженцы Аляски
* Латиноамериканская
* Негроидная/афроамериканская
* Азиатская
* Уроженцы Гавайских островов/ Островов Тихого океана
* Европеоидная
* Другое

Имя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Порядок регистрации: \_\_\_\_\_\_Пол: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нарушение развития/инвалидность (да/нет): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер рекомендации (если имеется): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рекомендовавшее учреждение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ежедневный взнос: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО воспитателя/Название программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Расположение детского учреждения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Расовая/этническая принадлежность: Отметьте все, что имеет отношение**:

* Американские индейцы
* Уроженцы Аляски
* Латиноамериканская
* Негроидная/афроамериканская
* Азиатская
* Уроженцы Гавайских островов/ Островов Тихого океана
* Европеоидная
* Другое

Имя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Порядок регистрации: \_\_\_\_\_\_Пол: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ особенность развития/инвалидность (да/нет): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер рекомендации (если имеется): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рекомендовавшее учреждение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ежедневный взнос: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО воспитателя/Название программы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Расположение детского учреждения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Расовая/этническая принадлежность: Отметьте все, что имеет отношение**:

* Американские индейцы
* Уроженцы Аляски
* Латиноамериканская
* Негроидная/афроамериканская
* Азиатская
* Уроженцы Гавайских островов/ Островов Тихого океана
* Европеоидная
* Другое

**Дети в семье, не получающие субсидий**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ФИО | Инвалидность  Да/нет | Дата рождения | Документация, подтверждающая родство |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Подсчет доходов за месяц**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Первый родитель** | **Второй родитель** |
| Зарплата в месяц до уплаты налогов, включая индивидуальную трудовую деятельность: | $ | $ |
| Доход от ведения бизнеса: | $ | $ |
| Алименты: | $ | $ |
| Алименты на ребенка: | $ | $ |
| Выигрыши лотереи: | $ | $ |
| Пенсионные выплаты: | $ | $ |
| Социальное обеспечение (например, SSI, SSDI и т.д.): | $ | $ |
| Выплаты по безработице: | $ | $ |
| Компенсация трудящихся (Worker’s Comp): | $ | $ |
| Льготы TAFDC – только для ребенка: | $ | $ |
| Чистые доходы от аренды: | $ | $ |
| Дивиденды/доходы от доверительного управления: | $ | $ |
| Другое (просьба уточнить): | $ | $ |
| **Всего доходов до уплаты налогов и сборов за месяц:** | $ | $ |
|  |  |  |
| Алименты - выплаченные: | $ | $ |
| Алименты на ребенка - выплаченные: | $ | $ |
| Льготы работодателя $$$ - если имеет отношение: | $ | $ |
| Аренда через TAFDC - если имеет отношение: | $ | $ |
| Другая федеральная/от штата помощь с жильем: | $ | $ |
| **Всего скорректированных доходов в месяц:** | $ | $ |

**Пересчет заработной платы**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

До уплаты налогов в неделю x 4.33 =До уплаты налогов в месяц До уплаты налогов каждые две недели x 2.17 =До уплаты налогов в месяц

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

До уплаты налогов два раза в месяц x2 =До уплаты налогов в месяц До уплаты налогов ежеквартально, разделенная на 3 =До уплаты налогов в месяц

**Расчет взносов за неделю**

Подача заявления или пересмотр (обвести один вариант)

взнос на ребенка в день x кол-во дней = недельный взнос

1-ый \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2-ой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3-ий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4-ый \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полный взнос за неделю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

x 2 = 1-ый взнос \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что все сведения, указанные мною в данном заявлении, исходя из моих убеждений, являются верными и полными. Я проинформирую данное агентство по любым изменениям в доходах, количестве человек в семье или занятости в течение четырнадцати (14) дней. Я даю согласие выплачивать все недельные взносы получившему разрешение детскому учреждению. Я также выплачу одновременный депозит, равный сумме еженедельных взносов. Единовременные депозиты будут пересматриваться в соответствии с изменениями в еженедельном взносе. Я согласен выплачивать рассмотренные взносы дошкольному учреждению, оказывающему уход за моими детьми, во время согласованных с EEC дней, когда учреждение закрыто, а также пропуски и каникулы своего (-их) ребенка (детей.) Я ознакомился с графиком праздничных дней/дней закрытия детского учреждения и нормами закрытия учреждения из-за снегопада. Я понимаю, что я не обязан платить взносы за несанкционированные закрытия детского учреждения. Я понимаю, что у меня есть право потребовать Review (Рассмотрение) EEC в случае если в моем заявлении на услуги по уходу за детьми будет отказано, если помощь будет сокращена или прекращена. Я согласен (-на) продолжать вносить взносы без их оспаривания в период проведения рассмотрения EEC и ожидания решения, и я согласен (-на) выплатить все родительские взносы, которые должен (-на) по результатам рассмотрения EEC. Я заявляю, что я не получаю более 50 часов субсидированной помощи по уходу за ребенком в неделю из какого-либо источника. **Я понимаю, что предоставление ложной или вводящей в заблуждение информации в связи с данным заявлением и/или непредоставление сведений о любых изменениях в течение четырнадцати (14) дней, которые могут изменить мой статус или размер взноса, может привести к прекращению получения субсидий EEC по уходу за детьми, обязательству выплатить стоимость ухода за детьми и/или штрафу.**

Информация в данном заявлении и сопроводительной документации будет использоваться для установления моего права на получение финансовой помощи по уходу за ребенком. Эта информация может быть предоставлена нанятому EEC учреждению или персоналу иного уполномоченного учреждения на предмет установления права получения помощи, выставления счетов и/или в других административных целях. Информация, предоставленная в целях установления права на оказание помощи, может быть сравнена с другими правительственными учреждениями. Вся информация будет использоваться конфиденциально в соответствии с требованиями законодательных актов и норм шт. Массачусетс.

**Уведомление.** EEC может использовать ваши имена, фамилию, дату рождения, адрес, номер социального обеспечения или другую устанавливающую личность информацию в целях, разрешаемых федеральным законодательством и законодательством штата, в том числе для проверки подлинности информации, которую вы предоставили в данном заявлении, например, любой информации о вашей заработной плате, доходах, активах и получении социальных пособий или услуг. EEC может использовать устанавливающую личность информацию в проведении сравнений, чтобы подтвердить ваше право на получение помощь и выявить факты мошенничества. EEC также может провести соответствие устанавливающей вашу личность информации, предоставленной вами в данном заявлении, касающейся членов вашей семьи, например, вашего супруга, отсутствующего родителя или ваших иждивенцев. Имена, фамилии, даты рождения, адреса, номера социального обеспечения или любая другая устанавливающая личность информация может быть сравнена с компьютерными данными или другими документами, к которым могут относиться, но не ограничиваться этим, файлы следующих учреждений, хранящих данные (Data Holders): Internal Revenue Service (Налоговая служба); Social Security Administration (Управление социальным обеспечением); Alien Verification Information System (Проверка подлинности информации по мигрантам); Center for Medicare and Medicaid (Центр соцпомощи); MassHealth (Департамент здравоохранения); Registry of Motor Vehicles (Реестр транспортных средств); Department of Revenue (Департамент по налогам и сборам); Department of Revenue Child Support Enforcement Division (налоговый отдел Департамента по взысканию алиментов); Department of Transitional Assistance (Департамент переходной помощи); Division of Unemployment Assistance (Отдел по вопросам безработицы); Department of Veterans’ Services (Департамент служб ветеранов); Bureau of Special Investigations (Бюро специальных расследований); Bureau of Vital Statistics (Бюро статистики естественного движения населения); Department of Criminal Justice Information Services (информационная служба Департамента уголовного правосудия); работодатели; арендодатели; Local Housing Authorities (местные жилищные власти), школы, страховые компании, банки и финансовые институты.

**Декларация:** Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что все сведения, указанные мною в данном заявлении, исходя из моих убеждений, являются верными и полными.

**Согласие:** В установленных случаях, когда требуется мое согласие, я разрешаю Департаменту дошкольного образования и воспитания использовать устанавливающую личность информацию в данном заявлении, чтобы сверить данные с базами данных Data Holders для подтверждения информации в данном заявлении, т.к. это имеет отношение к моему праву получить помощи и выявить факты мошенничества. Я также разрешить Data Holders раскрыть информацию о моих заработной плате, налогах, алиментах на ребенка, пособии, доходах и другую информацию для ЕЕС в целях проверки подлинности информации в данном заявлении и для выявления фактов мошенничества.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подпись родителя или опекуна / дата**  **Подпись сотрудника учреждения / дата**