

## চাইল্ড কেয়ার সহায়তার জন্য আবেদন

অনুগ্রহ করে নির্দেশাবলী পড়ুন (CFWB-012A) এবং ডকুমেন্ট চেকলিস্ট (CFWB-012B) এটি সম্পূর্ণ করার সময় সহায়তার জন্য এবং কী কী নথির প্রয়োজন সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য পর্যালোচনা করুন।

**মনোযোগ:** এই অ্যাপ্লিকেশনটি শুধুমাত্র ক্যাটাগরি 2 বা 3\* চাইল্ড কেয়ার সহায়তার জন্য আবেদন করতে ব্যবহৃত হয় (নগদ সহায়তা প্রাপ্তি নয় এমন পরিবারের জন্য)। ক্যাটাগরি 1 চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্স সহ নগদ সহায়তা বা অন্যান্য সুবিধার জন্য আবেদন করতে (নগদ সহায়তা প্রাপ্তি পরিবারগুলির জন্য), আপনাকে অবশ্যই নিউ ইয়র্ক স্টেট অ্যাপ্লিকেশন ফর সার্ভেন বেনিফিটস অ্যান্ড সার্ভিসেস (LDSS-2921) ব্যবহার করতে হবে।

**দয়া করে নোট করুন:** বিভাগটি ঐচ্ছিক হিসাবে চিহ্নিত না হলে এই ফর্মের সমস্ত বিভাগকে সম্পূর্ণ বলে বিবেচিত হতে অবশ্যই পূরণ করতে হবে। আপনি যদি এই ফর্মের সমস্ত প্রয়োজনীয় বিভাগগুলি পূরণ না করেন তবে আপনাকে শিশু যত্ন সহায়তার জন্য বিবেচনা করা নাও হতে পারে।

নিম্নলিখিত আবেদনকারীরা আয়ের বিবেচনা ছাড়াই শিশু যত্ন সহায়তার জন্য যোগ্য হতে পারে এবং এই আবেদনটি সম্পূর্ণ করার প্রয়োজন নেই: পালক পিতামাতাদের কাজ করার অনুমতি দেওয়ার জন্য শিশু যত্ন সহায়তা প্রয়োজন এবং তারা শুধুমাত্র পালক সন্তানের (বাচ্চাদের) জন্য সহায়তার জন্য আবেদন করছেন। প্রতিরক্ষামূলক বা প্রতিরোধমূলক পরিষেবা প্রাপ্ত পরিবারগুলি।

**বিশদ বিবরণের জন্য আবেদন নির্দেশাবলী (CFWB-012A) পড়ুন**  নতুন  পরিবর্তন/পুনঃপ্রত্যয়ন  আবার খুলুন

## OFFICE USE ONLY

Case #: \_\_\_\_\_

Application Date: \_\_\_\_\_

## বিভাগ 1 - আবেদনকারী

পদবি (অনুগ্রহ করে বন্ধনীতে যেকোনো পদবি বা প্রথম নাম অন্তর্ভুক্ত করুন): \_\_\_\_\_ প্রথম নাম: \_\_\_\_\_ M.I.: \_\_\_\_\_ বৈবাহিক অবস্থা: \_\_\_\_\_

বাসার ঠিকানা: \_\_\_\_\_ অ্যাপ #: \_\_\_\_\_ শহর/বরো: \_\_\_\_\_ স্টেট: \_\_\_\_\_ জিপ কোড: \_\_\_\_\_

এটি একটি অস্থায়ী ঠিকানা?  হ্যাঁ  না যদি হ্যাঁ, তবে কি পরিবার বর্তমানে এখানে থাকে (এক চেক করুন):  গৃহহীন আশ্রয়  আরেকটি পরিবারের সাথে আছেন  হোটেল/মোটেল  গাড়ি, বাস, ট্রেন  পার্ক, ক্যাম্পসাইট  অন্যান্য

টেলিফোন (কাজ): \_\_\_\_\_ টেলিফোন (বাড়ি): \_\_\_\_\_ টেলিফোন (সেল বা অন্যান্য): \_\_\_\_\_ ইমেল: \_\_\_\_\_

আপনি কি নগদ সহায়তা পান?  হ্যাঁ  না CA#: \_\_\_\_\_ আপনার প্রাথমিক ভাষা কি?  ইংরেজি  স্প্যানিশ  অন্যান্য \_\_\_\_\_

আপনার পছন্দের ভাষা কি?  ইংরেজি  স্প্যানিশ  অন্যান্য \_\_\_\_\_

অনুগ্রহ করে আপনার পরিবারের সকল শিশুর তালিকা করুন যাদের শিশু যত্নের প্রয়োজন। (শুধুমাত্র শিশুদের যত্ন প্রয়োজন)

ধারা 2 শিশু(বাচ্চাদের) যত্নের প্রয়োজন	নাম (পদবি, প্রথম নাম)	এম.আই. (M.I.)	সম্পর্ক	D.O.B.	লিঙ্গ	সন্তানের বাবা-মা উভয়েই কি বাড়িতে থাকেন?	জাতি হিস্পানিক বা ল্যাটিনো**	বেস** (নীচে কিং বদলি দেখুন)	সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর (ঐচ্ছিক)	প্রতিবন্ধী শিশু?	শিশু কি মার্কিন নাগরিক/ ইউ.এস.(U.S.) জাতীয়/বা সন্তোষজনক অভিবাসন স্থিতি সহ ব্যক্তি?
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											

\* বিভাগ 1: শিশু যত্নের গ্যারান্টির জন্য যোগ্য পরিবার - নগদ সহায়তা (CA) এর জন্য আবেদন করা বা গ্রহণ করা, বা CA-এর পরিবর্তে Child Care Assistance (চাইল্ড কেয়ার সহায়তা) গ্রহণ করা বা ট্রানজিশনাল চাইল্ড কেয়ার গ্রহণ করা

বিভাগ 2: তহবিল উপলভ্য হলে পরিবারগুলি যোগ্য।

বিভাগ 3: তহবিল উপলভ্য হলে পরিবারগুলি যোগ্য এবং ACS তাদের শিশু ও পরিবার পরিষেবা পরিকল্পনায় অন্তর্ভুক্ত করেছে

\*\* জাতিগত এবং বর্ণের তথ্য প্রদান করা স্বেচ্ছায় এবং শিশু যত্ন সহায়তার জন্য আপনার যোগ্যতা বা এই সংস্থার দ্বারা আপনাকে যে পরিমাণ সহায়তা দেওয়া হবে তা প্রভাবিত করবে না।

জাতিগত সংযুক্তি কোড:

AI নেটিভ আমেরিকান বা আলাস্কা নেটিভ

এএস এশীয়

BL কালো বা আফ্রিকান আমেরিকান

HP নেটিভ হাওয়াইয়ান বা প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপবাসী

WH সাদা

অনুগ্রহ করে আপনার সমগ্র পরিবারের সকল **অন্যান্য** সদস্যদের তালিকা করুন (বিভাগ 2A তে তালিকাভুক্ত নয়) 18 বছরের কম বয়সী শিশু সহ যাদের শিশু যত্নের প্রয়োজন **নয়**।  
প্রথমে নিজেকে তালিকাভুক্ত করুন, তারপরে আপনার সাথে যারা থাকেন তাদের অনুসরণ করুন।

বিভাগ 2B পরিবারের সদস্যরা	নাম (শেষ, প্রথম) (বন্ধনীতে যেকোনো উপনাম বা প্রথম নাম অন্তর্ভুক্ত করুন)	এম.আই. (M.I.)	সম্পর্ক	D.O.B.	লিঙ্গ	জাতি হিস্পানিক বা ল্যাটিনো**	রেস** (ডানদিকে লেজেন্ড দেখুন)	সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর (ঐচ্ছিক)
	1			স্ব				
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

পরিবারের অতিরিক্ত সদস্যদের জন্য, অনুগ্রহ করে একটি পৃথক শীট সংযুক্ত করুন। বাড়িতে বসবাসকারী যত্নের জন্য আবেদনকারী সন্তানদের যে কোনো প্রসঙ্গী, পিতামাতা বা তত্ত্বাবধায়কের তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন।

জাতিগত সংযুক্তি কোড:

- AI** নেটিভ আমেরিকান বা আলাস্কা নেটিভ  
**এএস** এশীয়  
**BL** কালো বা আফ্রিকান আমেরিকান  
**HP** নেটিভ হাওয়াইয়ান বা প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপবাসী  
**WH** সাদা

**OFFICE USE ONLY** Family Size: \_\_\_\_\_

বিভাগ 3 শিশু/পরিবারের প্রয়োজন	চাইল্ড কেয়ার সহায়তার অনুরোধ করার জন্য আপনার কারণ কী? <input type="radio"/> কর্মসংস্থান <input type="radio"/> বৃত্তিমূলক প্রশিক্ষণ/শিক্ষামূলক কার্যক্রম <input type="radio"/> গার্হস্থ্য সহিংসতা পরিষেবা প্রাপ্তি <input type="radio"/> কাজের খোঁজে <input type="radio"/> গৃহহীনতা <input type="radio"/> একটি অনুমোদিত মাদকের নেশা চিকিৎসা প্রোগ্রামে অংশগ্রহণ	একজন অভিভাবক কি বর্তমানে মার্কিন সামরিক বাহিনীতে সক্রিয় ডিউটি (পূর্ণ-সময়) করছেন? <input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না  একজন অভিভাবক কি বর্তমানে ন্যাশনাল গার্ড বা মিলিটারি রিজার্ভ ইউনিটের সদস্য? <input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না  শিশু যত্ন প্রদানের জন্য কি একজন নন-কাস্টোডিয়াল পিতামাতা উপলব্ধ আছে? <input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না	আবেদনকারী কি একটি ভিন্ন আবেদনের মাধ্যমে শিশু যত্নের জন্য গ্রহণ করছেন এবং/অথবা আবেদন করছেন? যদি হ্যাঁ অনুগ্রহ করে সংস্থা নির্দেশ করুন: <input type="radio"/> শিক্ষা বিভাগ (Department of Education, DOE) <input type="radio"/> মানব সম্পদ প্রশাসন (Human Resources Administration, HRA) <input type="radio"/> যুব ও সম্প্রদায় উন্নয়ন বিভাগ (Department of Youth and Community Development, DYCD) <input type="radio"/> গৃহহীন পরিষেবা বিভাগ (Department of Homeless Services, DHS) <input type="radio"/> কনসোর্টিয়াম ফর ওয়ার্কার এডুকেশন (onsortium for Worker Education, CWE) <input type="radio"/> নশশুর্দে পনেরষবা জন্য প্রশাসন, ACS
-----------------------------------	--	--	---

বিভাগ 4 - কর্মসংস্থান (যদি কর্মসংস্থান যত্নের কারণ হয়)	আবেদনকারীর নিয়োগকর্তার নাম: _____	টেল#: _____	ঠিকানা: _____	শহর/বরো: _____	স্টেট: _____	জিপ কোড: _____	
	চাকরি শুরুর তারিখ: _____	চাকরীর কি রোটেশনাল শিফট আছে? <input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না	হয় কাজের ওভারটাইম প্রয়োজন (OT)? <input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না				
	যদি আবেদনকারীর দ্বিতীয় চাকরি থাকে	আবেদনকারীর নিয়োগকর্তার নাম: _____	টেল#: _____	ঠিকানা: _____	শহর/বরো: _____	স্টেট: _____	জিপ কোড: _____
	চাকরি শুরুর তারিখ: _____	চাকরীর কি রোটেশনাল শিফট আছে? <input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না	হয় কাজের ওভারটাইম প্রয়োজন (OT)? <input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না				
	দ্বিতীয় পিতামাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা পরিবারের সৎ পিতামাতা						
	আবেদনকারীর নিয়োগকর্তার নাম: _____	টেল#: _____	ঠিকানা: _____	শহর/বরো: _____	স্টেট: _____	জিপ কোড: _____	
	চাকরি শুরুর তারিখ: _____	চাকরীর কি রোটেশনাল শিফট আছে? <input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না	হয় কাজের ওভারটাইম প্রয়োজন (OT)? <input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না				
	যদি পরিবারের দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সৎ পিতামাতার দ্বিতীয় কাজ থাকে	আবেদনকারীর নিয়োগকর্তার নাম: _____	টেল#: _____	ঠিকানা: _____	শহর/বরো: _____	স্টেট: _____	জিপ কোড: _____
	চাকরি শুরুর তারিখ: _____	চাকরীর কি রোটেশনাল শিফট আছে? <input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না	হয় কাজের ওভারটাইম প্রয়োজন (OT)? <input type="radio"/> হ্যাঁ <input type="radio"/> না				

অধ্যায় 5  
কাজ/ক্রিয়াকলাপ গ্রহণের সময়সূচী

সাধারণ কাজ/ক্রিয়াকলাপের সময়সূচী (যেমন, শিক্ষাগত/বৃত্তিমূলক কার্যকলাপ)

রবিবার		সোমবার		মঙ্গলবার		বুধবার		বৃহস্পতিবার		শুক্রবার		শনিবার	
থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত

পরিবারের দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সং পিতা-মাতার জন্য সাধারণ কাজ/ক্রিয়াকলাপের সময়সূচী

রবিবার		সোমবার		মঙ্গলবার		বুধবার		বৃহস্পতিবার		শুক্রবার		শনিবার	
থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত

ভ্রমণের সময়

ড্রপ অফ: শিশু যত্ন প্রদানকারী থেকে কাজ/ক্রিয়াকলাপ পর্যন্ত ভ্রমণের সময়?

নিম্নলিখিত একটি চেক করুন:  15 মিনিট  30 মিনিট  45 মিনিট  1 ঘন্টা  1 ঘন্টার বেশি। সময়ের পরিমাণ যদি 1 ঘন্টার বেশি হয় \_\_\_\_\_ গণপরিবহন?  হ্যাঁ  না

পিক আপ: কাজ/ক্রিয়াকলাপ থেকে শিশু যত্ন প্রদানকারীতে ভ্রমণের সময়?

নিম্নলিখিত একটি চেক করুন:  15 মিনিট  30 মিনিট  45 মিনিট  1 ঘন্টা  1 ঘন্টার বেশি। সময়ের পরিমাণ যদি 1 ঘন্টার বেশি হয় \_\_\_\_\_ গণপরিবহন?  হ্যাঁ  না

পত্নী/অন্যান্য পিতামাতা: শিশু যত্ন প্রদানকারী থেকে কাজ/ক্রিয়াকলাপ পর্যন্ত ভ্রমণের সময়?

নিম্নলিখিত একটি চেক করুন:  15 মিনিট  30 মিনিট  45 মিনিট  1 ঘন্টা  1 ঘন্টার বেশি। সময়ের পরিমাণ যদি 1 ঘন্টার বেশি হয় \_\_\_\_\_ গণপরিবহন?  হ্যাঁ  না

পিক আপ: কাজ/ক্রিয়াকলাপ থেকে শিশু যত্ন প্রদানকারীতে ভ্রমণের সময়?

নিম্নলিখিত একটি চেক করুন:  15 মিনিট  30 মিনিট  45 মিনিট  1 ঘন্টা  1 ঘন্টার বেশি। সময়ের পরিমাণ যদি 1 ঘন্টার বেশি হয় \_\_\_\_\_ গণপরিবহন?  হ্যাঁ  না

অনুগ্রহ করে নীচের সময়সূচীটি সম্পূর্ণ করুন শুধুমাত্র যদি পিতামাতার দ্বিতীয় শিফট, চাকরি বা কার্যকলাপ থাকে

রবিবার		সোমবার		মঙ্গলবার		বুধবার		বৃহস্পতিবার		শুক্রবার		শনিবার	
থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত

পরিবারে দ্বিতীয় অভিভাবক, তত্ত্বাবধায়ক বা সং পিতা-মাতার দ্বিতীয় শিফট, চাকরি থাকলেই অনুগ্রহ করে নীচের সময়সূচীটি সম্পূর্ণ করুন বা কার্যকলাপ

রবিবার		সোমবার		মঙ্গলবার		বুধবার		বৃহস্পতিবার		শুক্রবার		শনিবার	
থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত

আপনি বা আপনার সাথে আবেদনকারী কেউ নিম্নলিখিত উৎস থেকে অর্থ গ্রহণ করেন কিনা তা নির্দেশ করুন। ডকুমেন্টেশনের প্রয়োজনীয়তার জন্য চেকলিস্ট (CFWB-012B) দেখুন। অনুগ্রহ করে প্রিন্ট করুন

OFFICE USE ONLY

ধারা 6 আয় তথ্য	সূত্র	হ্যাঁ/না	মোট পরিমাণ	কত ঘনঘন? (সাপ্তাহিক, পাক্ষিক, মাসিক, ইত্যাদি?)	প্রাপক কে?	Type of Documentation	Monthly Calculations
		আবেদনকারীর মজুরি/বেতন, ওভারটাইম, কমিশন, প্রশিক্ষণ প্রোগ্রাম, টিপস সহ		\$		স্ব	
	দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সং পিতা-মাতা পরিবারের মজুরি/বেতন, সহ। ওভারটাইম, কমিশন, প্রশিক্ষণ প্রোগ্রাম, টিপস		\$				
	নেট স্ব-কর্মসংস্থান আয়		\$				
	চাইল্ড সাপোর্ট পেমেন্ট (গ্রাণ্ড)		\$				
	ভরণপোষণ/স্বামী সহায়তা (গ্রাণ্ড)		\$				
	বেকার্স বীমা বেনিফিট, ওয়ার্কার্স কম		\$				
	সামাজিক নিরাপত্তা সুবিধা (এসএসআই সহ)		\$				
	অক্ষমতা বেনিফিটারোপিটস (NYS, VA, প্রাইভেট)		\$				
	ভাড়া/বোর্ডার/লজার আয় (গ্রাণ্ড)		\$				
	লভ্যাংশ/সুদ - স্টক, বন্ড, সঞ্চয়		\$				
	অবসর, পেনশন/বার্ষিকী		\$				
	নগদ সহায়তা (Cash Assistance, CA) অনুদান, নিরাপত্তা নেট সুবিধা		\$				
	অন্যান্য (উল্লেখ করুন)		\$				
	মোট আয়		\$				

**ধারা 7**  
**প্রদানকারী**

আপনি যদি নিউ ইয়র্ক স্টেট চাইল্ড কেয়ার ব্লক গ্রান্ট দ্বারা অর্থায়ন করা চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য যোগ্য হন, তাহলে আপনার কাছে বেছে নেওয়ার বিকল্প রয়েছে: কেন্দ্র-ভিত্তিক বা বাড়িতে-ভিত্তিক শিশু যত্ন। আপনি যদি এমন একটি প্রদানকারীকে বেছে নেন যেটি লাইসেন্সপ্রাপ্ত বা নিবন্ধিত নয়, তাহলে প্রদানকারীকে অবশ্যই আইনগতভাবে অব্যাহতি প্রদানকারী হিসেবে নথিভুক্ত হতে হবে। আপনার পছন্দের প্রদানকারীর নাম(গুলি) এবং ঠিকানা(গুলি) নীচে প্রদান করুন। আপনি একটি সংযুক্ত শীটে অতিরিক্ত পছন্দ তালিকাভুক্ত করতে পারেন।

নাম: \_\_\_\_\_ প্রোগ্রাম # (যদি প্রযোজ্য হয়): \_\_\_\_\_ নাম: \_\_\_\_\_ প্রোগ্রাম # (যদি প্রযোজ্য হয়): \_\_\_\_\_ নাম: \_\_\_\_\_ প্রোগ্রাম # (যদি প্রযোজ্য হয়): \_\_\_\_\_  
ঠিকানা: \_\_\_\_\_ ঠিকানা: \_\_\_\_\_ ঠিকানা: \_\_\_\_\_

**বিভাগ 8**  
**প্রত্যয়নপত্র**

- আমি বুঝি যে এই ফর্মে থাকা তথ্যগুলি আমার বা আমার পরিবারের পরিষেবা/ভর্তুকি পাওয়ার যোগ্যতা নির্ধারণ করতে ব্যবহার করা হবে। আমি বুঝি যে এই আবেদনপত্রে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি শিশু যত্ন সহায়তার জন্য আমার অনুরোধের বিষয়ে আমার দেওয়া তথ্য বা অন্য কোনো তদন্ত যাচাই বা নিশ্চিত করার জন্য যেকোনো তদন্তে সম্পূর্ণ সহযোগিতা করতে সম্মত। অনুরোধ করা হলে আমি অতিরিক্ত তথ্য প্রদান করব।
- সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর, প্রদান করা হলে, ফেডারেল, রাজ্য এবং স্থানীয় সংস্থাগুলি পরিষেবার নকল, জালিয়াতি এবং ফেডারেল রিপোর্টিংয়ের জন্য ব্যবহার করতে পারে।
- আমি আমার চাহিদা, আয়, ঠিকানা, বসবাসের ব্যবস্থা, পরিবারের গঠন বা ঠিকানা যেখানে যত্ন প্রদান করা হয়, যেখানে চাইল্ড কেয়ার, প্রদানকারীর ফি এবং/অথবা ঘন্টার জন্য শিশু যত্নের প্রয়োজনে কোন পরিবর্তনের বিষয়ে অবিলম্বে এজেন্সিকে জানাতে সম্মত।
- আমি শংসাপত্র দিচ্ছি যে শিশু যত্নের প্রয়োজন হিসাবে নির্দেশিত শিশুরা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের (ইউ.এস.) নাগরিক, মার্কিন নাগরিক বা সন্তোষজনক অভিবাসন স্থিতি সহ ব্যক্তি। আমি বুঝি যে এই শিশুদের সম্পর্কে এই তথ্য প্রযোজ্য হলে অভিবাসন অবস্থা যাচাইয়ের জন্য ইমিগ্রেশন অ্যান্ড ন্যাচারলাইজেশন সার্ভিসেস (INS) জমা দেওয়া হতে পারে। আমি আরও বুঝতে পারি যে এই শিশুদের সম্পর্কে এই তথ্যের ব্যবহার বা প্রকাশ শুধুমাত্র অভিবাসন স্থিতি যাচাইকরণ এবং প্রশাসন বা চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রামের বিধানগুলির প্রয়োগের সাথে সরাসরি যুক্ত ব্যক্তি এবং সংস্থাগুলির মধ্যে সীমাবদ্ধ।
- আমি বুঝি যে এই অ্যাপ্লিকেশনটি শুধুমাত্র শিশু যত্ন সহায়তার জন্য ব্যবহৃত হয়। SNAP, Medicaid, নগদ সহায়তা, বা অন্যান্য পরিষেবার মতো অন্যান্য সহায়তা পেতে, অতিরিক্ত অ্যাপ্লিকেশনের প্রয়োজন হবে। যাইহোক, এই আবেদন এবং এই আবেদনের তদন্তের অংশ হিসাবে প্রাপ্ত যেকোন তথ্য যেকোন সিটি, স্টেট বা ফেডারেল এজেন্সির সাথে শেয়ার করা যেতে পারে যেখানে আপনি আবেদন করেছেন বা অন্য কোন সহায়তা বা সুবিধার জন্য আবেদন করেছেন।
- ফেডারেল এবং রাষ্ট্রীয় আইনগুলি জরিমানা, কারাদণ্ড বা উভয় দণ্ডের বিধান রাখে যদি আপনি চাইল্ড কেয়ার সহায়তার জন্য আবেদন করার সময় সত্য না বলেন, বা যখন আপনার যোগ্যতা সম্পর্কে আপনাকে প্রলভ করা হয়, অথবা আপনি যদি অন্য কাউকে আপনার সম্পর্কে সত্য না বলার কারণ করেন আবেদন বা অব্যাহতি যোগ্যতা। শিশু পরিচর্যা সহায়তার জন্য আপনার প্রারম্ভিক অথবা ধারাবাহিক যোগ্যতা সম্পর্কে তথ্য গোপন করলে অথবা প্রকাশ করতে ব্যর্থ হলে; অথবা আপনি অন্য কারোর অধিকার প্রভাবিত করতে পারে এমন তথ্য গোপন করলে অথবা প্রকাশ করতে ব্যর্থ হলে, যার জন্য আপনি আবেদন করেছেন, শিশু পরিচর্যা সহায়তা সংগ্রহ করার জন্য অথবা অব্যাহতিভাবে সংগ্রহ করার জন্য- এই সমস্ত ক্ষেত্রেও জরিমানা প্রযোজ্য। যদি আপনি অন্য কোনও ব্যক্তির পক্ষ থেকে আবেদনকারীর অনুমোদিত প্রতিনিধি হন তাহলে সেই ব্যক্তির জন্য শিশু পরিচর্যা সহায়তা ব্যবহার করতে হবে, আপনার জন্য নয়। তথ্য গোপন রেখে অথবা মিথ্যা তথ্য প্রদান করে শিশু পরিচর্যা সহায়তা সংগ্রহ করা বেআইনী।
- আমি প্রত্যয়িত করছি যে আমার পারিবারিক সম্পদ \$1,000,000.00 এর বেশি নয়।

এটি শিশুদের পরিষেবার জন্য নিউ ইয়র্ক সিটি অ্যাডমিনিস্ট্রেশনের নীতি এবং প্রতিশ্রুতি যে এটি জাতি, ধর্ম, বয়স, বর্ণ, লিঙ্গ, ধর্ম, জাতীয় উৎস, এলিয়েন-বয়স বা নাগরিকত্বের অবস্থা, শারীরিক বা মানসিক অক্ষমতার ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। লিঙ্গ, লিঙ্গ পরিচয়, যৌন অভিযোজন, গর্ভাবস্থা, বৈবাহিক বা অংশীদারিত্বের অবস্থা।

আপনি আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব সম্পর্কে তথ্য পেতে পারেন <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148A.pdf>  
**যদি আপনার ইন্টারনেট অ্যাক্সেস না থাকে, তাহলে নিচের পুস্তিকাগুলির ফিজিক্যাল কপি জন্য অনুরোধ করতে আপনি NYC ACS-কে (212) 835-7610 নম্বরে কল করতে পারেন।**  
**LDSS-4148A:** আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব সম্পর্কে আপনার যা জানা উচিত; **LDSS-4148B:** সোশ্যাল সার্ভিস প্রোগ্রাম সম্পর্কে আপনার যা জানা উচিত; **LDSS-4148C:** আপনার যদি জরুরি পরিস্থিতি থাকে তাহলে আপনার কী জানা উচিত

**সার্টিফিকেশন:** আমি শপথ করছি এবং/অথবা মিথ্যা প্রমাণের শাস্তির অধীনে নিশ্চিত করছি যে আমি NYC ACS কে চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্স সংক্রান্ত যে তথ্য দিয়েছি বা দেবো তার সবই সঠিক। আমি উপরের এবং সংযুক্ত উভয় নোটিশ পড়েছি এবং বুঝেছি। আমি বুঝতে পারি এবং উপরে তালিকাভুক্ত সার্টিফিকেশনের সাথে সম্মত।

অনুগ্রহ করে পিতা-মাতা/তত্ত্বাবধায়ক উভয়ের স্বাক্ষর প্রদান করুন যদি দুইজন অভিভাবক/তত্ত্বাবধায়ক পরিবার থাকে।

স্বাক্ষর অভিভাবক/তত্ত্বাবধায়ক: \_\_\_\_\_ স্বাক্ষর অভিভাবক/তত্ত্বাবধায়ক: \_\_\_\_\_ স্বাক্ষর অভিভাবক/তত্ত্বাবধায়ক: \_\_\_\_\_  
প্রিন্ট নাম: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_ \_\_\_\_\_ প্রিন্ট নাম: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_ \_\_\_\_\_ প্রিন্ট নাম: \_\_\_\_\_ তারিখ: \_\_\_\_\_

**Section 9**  
**Office Only**

Authorized Days and Hours of Care:

Sunday	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday
from to	from to	from to	from to	from to	from to	from to

Authorized Days and Hours of Care for Second Shift/Work/Activity Schedule (Complete only if parent provides second shift/work/activity schedule in Section 5)

Sunday	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday
from to	from to	from to	from to	from to	from to	from to

Eligibility determined and approved by (print and initial): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Length of Eligibility from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ Codes: RFC: \_\_\_\_\_ PR: \_\_\_\_\_ FS: \_\_\_\_\_

## অতিরিক্ত শিশু (যদি প্রযোজ্য হয়)

অনুগ্রহ করে আপনার পরিবারের সকল শিশুর তালিকা করুন যাদের শিশু যত্নের প্রয়োজন। (শুধুমাত্র শিশুদের মত্ন প্রয়োজন)

ধারা 2 শিশু(বাচ্চাদের) যত্নের প্রয়োজন	নাম (পদবি, প্রথম নাম)	এম.আই. (M.I.)	সম্পর্ক	D.O.B.	লিঙ্গ	মন্তানের বাবা-মা উভয়েই কি বাড়িতে থাকেন?	জাতি হিস্পানিক বা ল্যাটিনো**	রেস** (নীচে কিং বদন্তি দেখুন)	সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর (ট্রাঙ্কিক)	প্রতিবন্ধী শিশু?	শিশু কি মার্কিন নাগরিক/ ইউ.এস.(U.S.) জাতীয়/বা মন্তোমজনক অভিবাসন স্থিতি সহ ব্যক্তি?
	9										
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											

\* বিভাগ 1: শিশু যত্নের গ্যারান্টির জন্য যোগ্য পরিবার - নগদ সহায়তা (CA) এর জন্য আবেদন করা বা গ্রহণ করা, বা CA-এর পরিবর্তে Child Care Assistance (চাইল্ড কেয়ার সহায়তা) গ্রহণ করা বা ট্রানজিশনাল চাইল্ড কেয়ার গ্রহণ করা  
 বিভাগ 2: তহবিল উপলভ্য হলে পরিবারগুলি যোগ্য।  
 বিভাগ 3: তহবিল উপলভ্য হলে পরিবারগুলি যোগ্য এবং ACS তাদের শিশু ও পরিবার পরিষেবা পরিকল্পনায় অন্তর্ভুক্ত করেছে

\*\* জাতিগত এবং বর্ণের তথ্য প্রদান করা স্বেচ্ছায় এবং শিশু মত্ন সহায়তার জন্য আপনার যোগ্যতা বা এই সংস্থার দ্বারা আপনাকে যে পরিমাণ সহায়তা দেওয়া হবে তা প্রভাবিত করবে না।

জাতিগত সংযুক্তি কোড:

**AI** নেটিভ আমেরিকান বা আলাস্কা নেটিভ  
**এএস** এশীয়  
**BL** কালো বা আফ্রিকান আমেরিকান  
**HP** নেটিভ হাওয়াইয়ান বা প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপবাসী  
**WH** সাদা

## পরিবারের অতিরিক্ত সদস্য (যদি প্রযোজ্য হয়)

অনুগ্রহ করে আপনার সমগ্র পরিবারের সকল **অন্যান্য** সদস্যদের তালিকা করুন (বিভাগ 2A তে তালিকাভুক্ত নয়) 18 বছরের কম বয়সী শিশু সহ যাদের শিশু যত্নের প্রয়োজন নয়। প্রথমে নিজেকে তালিকাভুক্ত করুন, তারপরে আপনার সাথে যারা থাকেন তাদের অনুসরণ করুন।

বিভাগ 2B পরিবারের সদস্যরা	নাম ( শেষ, প্রথম) (বন্ধনীতে যেকোনো উপনাম বা প্রথম নাম অন্তর্ভুক্ত করুন)	এম.আই. (M.I.)	সম্পর্ক	D.O.B.	লিঙ্গ	জাতি হিস্পানিক বা ল্যাটিনো**	ব্রেস** (ডানদিকে লেজেন্ড দেখুন)	সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর (ঐচ্ছিক)
	9							
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

পরিবারের অতিরিক্ত সদস্যদের জন্য, অনুগ্রহ করে একটি পৃথক শীট সংযুক্ত করুন। বাড়িতে বসবাসকারী যত্নের জন্য আবেদনকারী সন্তানদের যে কোনো পল্লী, পিতামাতা বা তত্ত্বাবধায়কের তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন।

জাতিগত সংযুক্তি কোড:

AI নেটিভ আমেরিকান বা আলাস্কা নেটিভ  
এএস এশীয়  
BL কালো বা আফ্রিকান আমেরিকান  
HP নেটিভ হাওয়াইয়ান বা প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপবাসী  
WH সাদা

OFFICE USE ONLY Family Size: \_\_\_\_\_

## অতিরিক্ত প্রদানকারী (যদি প্রযোজ্য হয়)

ধারা 7  
প্রদানকারী

আপনি যদি নিউ ইয়র্ক স্টেট চাইল্ড কেয়ার ব্লক গ্রান্ট দ্বারা অর্থায়ন করা চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য যোগ্য হন, তাহলে আপনার কাছে বেছে নেওয়ার বিকল্প রয়েছে: কেন্দ্র-ভিত্তিক বা বাড়িতে-ভিত্তিক শিশু যত্ন। আপনি যদি এমন একটি প্রদানকারীকে বেছে নেন যেটি লাইসেন্সপ্রাপ্ত বা নিবন্ধিত নয়, তাহলে প্রদানকারীকে অবশ্যই আইনগতভাবে অব্যাহতি প্রদানকারী হিসেবে নথিভুক্ত হতে হবে। আপনার পছন্দের প্রদানকারীর নাম(গুলি) এবং ঠিকানা(গুলি) নীচে প্রদান করুন। আপনি একটি সংযুক্ত শীটে অতিরিক্ত পছন্দ তালিকাভুক্ত করতে পারেন।

নাম: \_\_\_\_\_ প্রোগ্রাম # (যদি প্রযোজ্য হয়): \_\_\_\_\_ নাম: \_\_\_\_\_ প্রোগ্রাম # (যদি প্রযোজ্য হয়): \_\_\_\_\_ নাম: \_\_\_\_\_ প্রোগ্রাম # (যদি প্রযোজ্য হয়): \_\_\_\_\_  
ঠিকানা: \_\_\_\_\_ ঠিকানা: \_\_\_\_\_ ঠিকানা: \_\_\_\_\_

ধারা 7  
প্রদানকারী

আপনি যদি নিউ ইয়র্ক স্টেট চাইল্ড কেয়ার ব্লক গ্রান্ট দ্বারা অর্থায়ন করা চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য যোগ্য হন, তাহলে আপনার কাছে বেছে নেওয়ার বিকল্প রয়েছে: কেন্দ্র-ভিত্তিক বা বাড়িতে-ভিত্তিক শিশু যত্ন। আপনি যদি এমন একটি প্রদানকারীকে বেছে নেন যেটি লাইসেন্সপ্রাপ্ত বা নিবন্ধিত নয়, তাহলে প্রদানকারীকে অবশ্যই আইনগতভাবে অব্যাহতি প্রদানকারী হিসেবে নথিভুক্ত হতে হবে। আপনার পছন্দের প্রদানকারীর নাম(গুলি) এবং ঠিকানা(গুলি) নীচে প্রদান করুন। আপনি একটি সংযুক্ত শীটে অতিরিক্ত পছন্দ তালিকাভুক্ত করতে পারেন।

নাম: \_\_\_\_\_ প্রোগ্রাম # (যদি প্রযোজ্য হয়): \_\_\_\_\_ নাম: \_\_\_\_\_ প্রোগ্রাম # (যদি প্রযোজ্য হয়): \_\_\_\_\_ নাম: \_\_\_\_\_ প্রোগ্রাম # (যদি প্রযোজ্য হয়): \_\_\_\_\_  
ঠিকানা: \_\_\_\_\_ ঠিকানা: \_\_\_\_\_ ঠিকানা: \_\_\_\_\_

ধারা 7  
প্রদানকারী

আপনি যদি নিউ ইয়র্ক স্টেট চাইল্ড কেয়ার ব্লক গ্রান্ট দ্বারা অর্থায়ন করা চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য যোগ্য হন, তাহলে আপনার কাছে বেছে নেওয়ার বিকল্প রয়েছে: কেন্দ্র-ভিত্তিক বা বাড়িতে-ভিত্তিক শিশু যত্ন। আপনি যদি এমন একটি প্রদানকারীকে বেছে নেন যেটি লাইসেন্সপ্রাপ্ত বা নিবন্ধিত নয়, তাহলে প্রদানকারীকে অবশ্যই আইনগতভাবে অব্যাহতি প্রদানকারী হিসেবে নথিভুক্ত হতে হবে। আপনার পছন্দের প্রদানকারীর নাম(গুলি) এবং ঠিকানা(গুলি) নীচে প্রদান করুন। আপনি একটি সংযুক্ত শীটে অতিরিক্ত পছন্দ তালিকাভুক্ত করতে পারেন।

নাম: \_\_\_\_\_ প্রোগ্রাম # (যদি প্রযোজ্য হয়): \_\_\_\_\_ নাম: \_\_\_\_\_ প্রোগ্রাম # (যদি প্রযোজ্য হয়): \_\_\_\_\_ নাম: \_\_\_\_\_ প্রোগ্রাম # (যদি প্রযোজ্য হয়): \_\_\_\_\_  
ঠিকানা: \_\_\_\_\_ ঠিকানা: \_\_\_\_\_ ঠিকানা: \_\_\_\_\_

## আয়ের নোট

## শিশু ও পারিবারিক কল্যাণ বিভাগ বিভাগ 2 বা 3 শিশু যত্ন সহায়তার জন্য আপনার আবেদন সম্পূর্ণ করার জন্য নির্দেশাবলী\*

Child Care Assistance (চাইল্ড কেয়ার সহায়তা)-র প্রাপ্যতা Child Care Block Grant  
(চাইল্ড কেয়ার ব্লক) অনুদান থেকে অর্থায়নের উপর নির্ভরশীল।

যদি কোন তহবিল উপলভ্য না হয়, তাহলে আপনার সন্তানকে (বাচ্চাদের) অপেক্ষা তালিকায় রাখা হতে পারে।

প্রিয় অভিভাবক/তত্ত্বাবধায়ক,

**এই আবেদনটি একটি বিভাগ 2 বা 3 পরিবার হিসাবে শুধুমাত্র শিশু যত্ন সহায়তার জন্য আবেদন করতে ব্যবহৃত হয়**

আপনি যদি শুধুমাত্র ক্যাটাগরি 2 বা 3 চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য আবেদন করেন (নগদ সহায়তার প্রাপ্তি নেই এমন পরিবারের জন্য), তাহলে আপনি এই ছোট অ্যাপ্লিকেশনটি ব্যবহার করতে পারেন। আপনি যদি নগদ সহায়তা, সম্পূর্ণ পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম (ফুড স্ট্যাম্প), হোম এনার্জি সহায়তা, Medicaid বা ক্যাটাগরি 1 Child Care Assistance (চাইল্ড কেয়ার সহায়তা) (নগদ সহায়তা প্রাপ্তির জন্য পরিবারগুলির জন্য) সহ অন্যান্য পরিষেবার মতো অন্যান্য সুবিধাগুলির জন্য আবেদন করতে চান তবে দয়া করে নিউ ইয়র্ক স্টেট অ্যাপ্লিকেশন ফর সার্ভিস বেনিফিটস অ্যান্ড সার্ভিসেস (LDSS-2921)-এ জিজ্ঞাসা করুন। New York State Application for Certain Benefits and Services (নিউ ইয়র্ক স্টেট অ্যাপ্লিকেশন ফর সার্ভিস বেনিফিটস অ্যান্ড সার্ভিসেস) (LDSS-2921) এর পরিবর্তে চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য আবেদন জমা দেওয়ার মাধ্যমে, আপনি (চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্স)-এর জন্য শুধুমাত্র 2 এবং 3 বিভাগে আবেদন করছেন, অর্থাৎ যখন তহবিল পাওয়া যায়। আপনি ক্যাটাগরি 1, নিশ্চিত শিশু যত্ন-তে এ আবেদন করছেন না।

আপনার আবেদন সম্পূর্ণ করতে আপনাকে সহায়তা করার জন্য নিম্নলিখিত নির্দেশাবলী প্রদান করা হয়েছে। আপনার আবেদনটি সম্পূর্ণ করার সময়, নীল বা কালো কালি ব্যবহার করে ব্লক ক্যাপিটাল অক্ষরে (A, B, C) স্পষ্টভাবে প্রিন্ট করতে ভুলবেন না। বিকল্পভাবে, আপনি বৈদ্যুতিনভাবে ফর্মটি পূরণ করতে, এটি সংরক্ষণ করতে এবং এটি মুদ্রণ করতে পারেন।

এই অ্যাপ্লিকেশনটিতে অবশ্যই আয়ের প্রমাণ, ঠিকানার প্রমাণ এবং কর্মসংস্থানের প্রমাণের মতো সহায়ক ডকুমেন্টেশন অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে।

**সমস্ত প্রয়োজনীয় নথির জন্য সংযুক্ত জমা চেকলিস্ট (CFWB-012B) দেখুন।**

### আবেদন সম্পূর্ণ করার আগে পড়ুন

- ▶ যদি আপনি প্রতিবেদক বা প্রতিরক্ষামূলক শিশু কল্যাণ পরিষেবা পান বা আপনি একজন নিযুক্ত পালক পিতামাতা হন তাহলে আপনি ইতিমধ্যেই শিশু যত্ন সহায়তার জন্য যোগ্য হতে পারেন এবং এই আবেদনটি সম্পূর্ণ করার প্রয়োজন নাও হতে পারে। আপনার কেস প্ল্যানারকে চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্টের জন্য রেফারেল করতে বলুন।
- ▶ যদি আপনি নগদ সহায়তা (cash assistance, CA) পান, তাহলে শিশু যত্ন সহায়তার জন্য আপনার মানবসম্পদ প্রশাসন (Human Resources Administration, HRA) জব সেন্টারের সাথে যোগাযোগ করা উচিত।

**দয়া করে নোট করুন: যদি কোনো প্রয়োজনীয় ক্ষেত্রের উত্তর না দেওয়া থাকে, তাহলে সম্পূর্ণ আবেদনটি অসম্পূর্ণ বলে বিবেচিত হবে।**

অফিস শুধুমাত্র ব্যবহার

ধূসর ছায়ামুক্ত বাস্তুগুলি শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য। দয়া করে এই বিভাগে কিছু লিখবেন না।

\*বিভাগ 1: শিশু যত্নের গ্যারান্টির জন্য যোগ্য পরিবার - নগদ সহায়তা (CA) এর জন্য আবেদন করা বা গ্রহণ করা, বা CA-এর পরিবর্তে Child Care Assistance (চাইল্ড কেয়ার সহায়তা) গ্রহণ করা বা ট্রানজিশনাল চাইল্ড কেয়ার গ্রহণ করা

বিভাগ 2: তহবিল উপলভ্য হলে পরিবারগুলি যোগ্য।

বিভাগ 3: তহবিল উপলভ্য হলে পরিবারগুলি যোগ্য এবং ACS তাদের শিশু ও পরিবার পরিষেবা পরিকল্পনায় অন্তর্ভুক্ত করেছে



আপনি একটি নতুন আবেদন জমা দিচ্ছেন, স্ট্যাটাস/পুনরায় শংসাপত্র পরিবর্তনের অনুরোধ করছেন, বা আপনার কেস পুনরায় খোলার অনুরোধ করছেন কিনা দয়া করে উপরের ডানদিকে নির্দেশ করুন।

## বিভাগ 1

## আবেদনকারী

আবেদনকারী হলেন প্রাপ্তবয়স্ক পিতামাতা বা তত্ত্বাবধায়ক যিনি যন্ত্রের অনুরোধ করছেন। অন্যথায় উল্লেখ না থাকলে, এই বিভাগে শুধুমাত্র আবেদনকারী সম্পর্কে নিম্নলিখিত তথ্য থাকতে হবে:

1. আপনার শেষ এবং প্রথম নাম এবং মধ্যম আদ্যক্ষর প্রিন্ট করুন। অনুগ্রহ করে বন্ধনীতে কোনো উপনাম বা প্রথম নাম রাখুন।
  2. আপনার বৈবাহিক অবস্থা নির্দেশ করুন (একক, বিবাহিত, বিবাহবিচ্ছিন্ন বা বিধবা)।
  3. আপনার বাড়ির ঠিকানা প্রিন্ট করুন।
  4. ঠিকানাটি অস্থায়ী হলে নির্দেশ করুন। হ্যাঁ চেক করুন যদি পরিবারটি বর্তমানে একটি গৃহহীন আশ্রয়ে বসবাস করছে, অন্য পরিবারের সাথে দ্বিগুণ হয়ে গেছে, একটি হোটেল/মোটলে, একটি গাড়ী/বাস/ট্রেনে, পার্ক/ক্যাম্পসাইট বা অন্য কোন স্থানে।
  5. এলাকা কোড সহ আপনার টেলিফোন নম্বর প্রিন্ট করুন - কাজ, বাড়ি এবং সেলুলার/অন্যান্য (যদি প্রযোজ্য হয়)।
  6. আপনার ই-মেল ঠিকানা প্রিন্ট করুন (ঐচ্ছিক)।
  7. নগদ সহায়তা স্থিতির জন্য "হ্যাঁ" বা "না" চেক করুন। (যদি আপনি একজন CA প্রাপক হন, তাহলে আপনার হিউম্যান রিসোর্সেস (HRA) জব সেন্টার কর্মীর মাধ্যমে চাইল্ড কেয়ারের জন্য আবেদন করা উচিত)।
  8. আপনার পরিবারে প্রায়শই যে ভাষায় কথা বলা হয় তার জন্য বাত্মাটি চেক করুন। অন্যান্য হলে, ভাষার নাম প্রিন্ট করুন।
  9. আপনি যে ভাষায় যোগাযোগ করতে চান তার জন্য বাত্মাটি চেক করুন। অন্যান্য হলে, ভাষার নাম প্রিন্ট করুন।
- ডকুমেন্টেশন: নিউ ইয়র্ক সিটি রেসিডেন্সের জন্য প্রয়োজনীয় ডকুমেন্টেশনের জন্য চেকলিস্ট (CFWB-012B) দেখুন।

## বিভাগ 2A

## শিশুদের নিডিং কেয়ার

1. যে পরিবারের জন্য আপনি Child Care Assistance (চাইল্ড কেয়ার সহায়তা)র জন্য আবেদন করছেন সেই পরিবারের প্রতিটি শিশুর শেষ এবং প্রথম নাম এবং মধ্যম আদ্যক্ষর প্রিন্ট করুন।
2. পরিবারের প্রতিটি সন্তানের জন্য, আপনার সাথে তাদের সম্পর্ক প্রিন্ট করুন (যেমন শিশু)।
3. জন্ম তারিখ প্রিন্ট করুন এবং তালিকাভুক্ত প্রতিটি শিশুর লিঙ্গ নির্দেশ করে বাত্মা টিক চিহ্ন দিন।
4. সন্তানের বাবা-মা দুজনেই বাড়িতে থাকেন কিনা তা নির্দেশ করুন।
5. আবেদন করা প্রতিটি শিশু হিস্পানিক বা ল্যাটিনো কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" চেক করুন। জাতিগত তথ্য প্রদান করা স্বেচ্ছায় এবং শিশু যত্ন সহায়তার জন্য আপনার যোগ্যতা বা এই সংস্থার দ্বারা আপনাকে যে পরিমাণ সহায়তা দেওয়া হবে তা প্রভাবিত করবে না।
6. শিশু যন্ত্রের প্রয়োজনে প্রতিটি শিশুর জন্য রেস কলামটি পূরণ করুন। আপনি একটি একক শিশুর জন্য একাধিক জাতি বিভাগ বেছে নিতে পারেন। রেসের তথ্য প্রদান করা স্বেচ্ছায় এবং শিশু যত্ন সহায়তার জন্য আপনার যোগ্যতা বা এই সংস্থার দ্বারা আপনাকে যে পরিমাণ সহায়তা দেওয়া হবে তা প্রভাবিত করবে না। অনুগ্রহ করে নীচের কোডগুলি ব্যবহার করুন।

**এআই - নেটিভ আমেরিকান বা আলাস্কা নেটিভ এএস - এশিয়ান বিএল - কালো বা আফ্রিকান আমেরিকান**

**HP - নেটিভ হাওয়াইয়ান বা প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপবাসী WH - সাদা**

7. প্রতিটি শিশুর সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর (Social Security Number, SSN) প্রদান করুন। আপনাকে SSN প্রদান করতে হবে না। সেগুলি ফেডারেল, রাজ্য এবং স্থানীয় সংস্থাগুলি পরিষেবার নকল এবং জালিয়াতি প্রতিরোধ করতে এবং ফেডারেল রিপোর্টিংয়ের জন্য ব্যবহার করতে পারে।
  8. হ্যাঁ বা "না" চেক করুন যে শিশুর যত্ন নেওয়া প্রয়োজন তার প্রতিবন্ধীতা আছে কিনা তা বোঝাতে। আপনার সন্তান যদি Child Care Assistance (চাইল্ড কেয়ার সহায়তা)র জন্য যোগ্য বলে বিবেচিত হয়, অনুগ্রহ করে একটি বিশেষ প্রয়োজনের আবেদন পেতে <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> এ যান।
  9. শিশু যন্ত্রের প্রয়োজন হওয়া শিশুটি মার্কিন নাগরিক, মার্কিন নাগরিক বা সন্তোষজনক অভিবাসন স্থিতি সহ ব্যক্তি কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" চেক করুন।
  10. অতিরিক্ত শিশুদের জন্য একটি পৃথক শীট যুক্ত করুন (যদি আপনি আট (8) এর বেশি শিশুদের যত্ন নেওয়ার অনুরোধ করেন)।
- ডকুমেন্টেশন: শুধুমাত্র শিশুর (বাচ্চাদের) শিশুর যত্ন নেওয়ার জন্য নাগরিকত্ব/অভিবাসন অবস্থার জন্য প্রয়োজনীয় ডকুমেন্টেশনের জন্য চেকলিস্ট (CFWB-012B) দেখুন।

<sup>1</sup> একটি প্রতিবন্ধী বা বিশেষ চাহিদাসম্পন্ন শিশু হল এমন একটি শিশু যেটি নিজের বা নিজের যত্ন নিতে অক্ষম এবং যার নিম্নলিখিত এক বা একাধিক শর্ত এমনভাবে ধরা পড়েছে যে এটি শিশুর স্বাভাবিকভাবে কাজ করার ক্ষমতাকে প্রতিকূলভাবে প্রভাবিত করে: দৃষ্টি প্রতিবন্ধকতা, বধিরতা বা অন্যান্য শ্রবণ প্রতিবন্ধকতা, অর্থোপেডিক বেকলা, মানসিক অস্থিরতা, মানসিক প্রতিবন্ধকতা, শেখার অক্ষমতা, বাক প্রতিবন্ধকতা, স্বাস্থ্যের প্রতিবন্ধকতা, অটিজম বা একাধিক প্রতিবন্ধকতা। এই জাতীয় নির্ণয়ের জন্য অবশ্যই একজন চিকিত্সক, লাইসেন্সপ্রাপ্ত বা প্রত্যয়িত মনোবিজ্ঞানী বা উপযুক্ত প্রমাণপত্র সহ অন্যান্য পেশাদার দ্বারা নির্ণয় করা উচিত।

## বিভাগ 2B

## পরিবারের সদস্যরা

1. একজন পরিবারের সদস্য হল আপনার পুরো পরিবারের অন্য যেকোন সদস্য, এমন শিশু সহ যাদের শিশু যত্নের প্রয়োজন নেই। প্রথমে নিজেকে তালিকাভুক্ত করুন, তারপরে প্রযোজ্য হলে সন্তানের দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক এবং সং পিতা-মাতা সহ আপনার সাথে বসবাসকারী সকলকে অনুরণন করুন। তত্ত্বাবধায়কের মধ্যে আইনগত অভিভাবক, তত্ত্বাবধায়ক আত্মীয় বা শিশুর স্থানীয় পিতামাতার অন্য কোনো ব্যক্তি অন্তর্ভুক্ত। শেষ এবং প্রথম নাম এবং প্রযোজ্য হলে মধ্যম আদ্যক্ষর প্রিন্ট করুন।
  2. আপনার সাথে প্রতিটি ব্যক্তির সম্পর্ক প্রিন্ট করুন (যেমন পত্নী, সঙ্গী, দাদু-ঠাকুমা, পিতামাতা ইত্যাদি)।
  3. জন্ম তারিখ প্রিন্ট করুন এবং পরিবারের প্রতিটি ব্যক্তির লিঙ্গ নির্দেশ করে বাস্কাটি চেক করুন।
  4. পরিবারের প্রতিটি সদস্য হিস্পানিক বা ল্যাটিনো কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" চেক করুন। জাতিগত তথ্য প্রদান করা স্বেচ্ছায় এবং শিশু যত্ন সহায়তার জন্য আপনার যোগ্যতা বা এই সংস্থার দ্বারা আপনাকে যে পরিমাণ সহায়তা দেওয়া হবে তা প্রভাবিত করবে না।
  5. আপনার সাথে বসবাসকারী প্রত্যেকের জন্য জাতি কলামটি পূরণ করুন। আপনি একক ব্যক্তির জন্য একাধিক জাতি বিভাগ বেছে নিতে পারেন। রেসের তথ্য প্রদান করা স্বেচ্ছায় এবং শিশু যত্ন সহায়তার জন্য আপনার যোগ্যতা বা এই সংস্থার দ্বারা আপনাকে যে পরিমাণ সহায়তা দেওয়া হবে তা প্রভাবিত করবে না। নিচের কোড ব্যবহার করুন。  
**AI - নেটিভ আমেরিকান বা আলাস্কান নেটিভ**      **AS - এশিয়ান**      **BL - কালো বা আফ্রিকান আমেরিকান**  
**HP - নেটিভ হাওয়াইয়ান বা প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপবাসী**      **WH - সাদা**
  6. আপনার পরিবারের সদস্যদের জন্য সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর (SSN) পূরণ করুন। SSN ঐচ্ছিক। SSN ফেডারেল, রাজ্য, এবং স্থানীয় সংস্থাগুলি পরিষেবাগুলির নকল এবং জালিয়াতি প্রতিরোধ করতে এবং ফেডারেল রিপোর্টিংয়ের জন্য ব্যবহার করতে পারে।
  7. যদি পরিবারের আট (8) জনের বেশি সদস্য থাকে, তাদের সমস্ত তথ্য তালিকাভুক্ত করার জন্য একটি পৃথক শীট যুক্ত করুন।
- ডকুমেন্টেশন: 18 বছরের কম বয়সী পরিবারের সকল শিশুর জন্য প্রয়োজনীয় ডকুমেন্টেশনের জন্য চেকলিস্ট (CFWB-012B) দেখুন, শিশুর যত্নের প্রয়োজন হলে, পিতামাতা/আবেদনকারীর সাথে সন্তানের সম্পর্ক যাচাই করতে এবং সন্তানের বয়স যাচাই করতে।

## বিভাগ 3

## শিশু/পরিবারের প্রয়োজন

1. Child Care Assistance (চাইল্ড কেয়ার সহায়তা)র অনুরণন পাওয়ার জন্য আনপার কারণে (ুলি নরি দাঁ করতর নতু র হ করর উপযুক্ত বাস্কা (ুলি চেক করুন।
  - কর্মসংস তান
  - বৃত্তি তত্ত্বাবধায়ক শিষ্ণ, বা শিষ্ণামূলক কার্যকর ম
  - গার্স ত্যসহিংসতা সেবা র হণ
  - কাজ থোা জা
  - গৃহহীনতা
  - একটি অনুমোদিত মাদেকর নেশা ঠিকৎসা প্রোগ্রামে অংশগ্রহণ
2. শিশু যত পির দার নরনজ্য একনজন নন-কাস ট র ডিয়ালপিতামাতা উপলক্ আছর নিকা তা নরি দাঁ করতর "হ্যাঁ " বা "না" চেক করুন।
3. একনজ অভিভাবক বর্তমার নমার্কিন সামরিক বাসিনহীতর পূর্ণ-সময় সক্রিয় নিকা তা নরি দাঁ করর নজ্য উপযুক্ত বাস্কা নট চেক করুন।  
আবর নদনটসম্প্পূর্ণ হওয়ার নজ্য আনপাকর অবশ্যই "হ্যাঁ " বা "না" চেক করতর হবর ।
4. পিতামাতা বর্তমার নন্যানশাল গার্ডবা মিলিটারি রিজার্ভ ইউনটির র সদস্য নিকা তা নরি দাঁ করর নজ্য উপযুক্ত বাক র চেক করুন। আবর নদনটসম্প্পূর্ণ হওয়ার নজ্য আনপাকর অবশ্যই "হ্যাঁ " বা "না" চেক করতর হবর ।
5. আবর নদকারী একনট ভিন্ন এজর স্মির মাধ্যমর শিশু যত ি র হণ করনছর এবং/অথবা আবর নদকরনছর নিকা তা নরি দাঁ করন এবং এজর স্মি নবানচ করুন।  
ডকুমর টির নশযত ি র পর তিনট কারণর পর র য়মজীয় ডকুমর টির শর নরনজ্য চেকলিস্ট (CFWB-012B) দেখুন। সামরিক অবস তারডকুমর টির নশপর র য়মজ হয় না। একনজ আবর নদকারীকর অবশ্যই তাদের র সামরিক দায়িতব থেকর পর ষ্ট আর িরডকুমর টির নশপর দান করতর হবর ।

## বিভাগ 4

## নিযুক্তি

(পরিবারের প্রতিটি চাকুরীজীবী পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সং পিতা-মাতার জন্য সম্পূর্ণ করুন যদি আপনার শিশু যত্ন সহায়তার অনুরোধ করার কারণ হয় কর্মসংস্থান বা আপনি কর্মসংস্থান থেকে আয়ের প্রতিবেদন করছেন)

1. আবেদনকারীর নিয়োগকর্তার নাম, ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর প্রিন্ট করুন।
  2. কর্মসংস্থান শুরুর তারিখ প্রিন্ট করুন।
  3. আপনার কাজের একটি ঘূর্ণায়মান শিফট আছে এবং/অথবা ওভারটাইম প্রয়োজন কিনা তা নির্দেশ করার জন্য উপযুক্ত বাস্তুটি চেক করুন।
  4. প্রযোজ্য হলে, পরিবারের দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সং পিতা-মাতার জন্য নিয়োগকর্তার নাম, ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর প্রিন্ট করুন।
  5. প্রযোজ্য হলে, পরিবারের দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সং পিতা-মাতার নিয়োগের তারিখ প্রিন্ট করুন।
  6. প্রযোজ্য হলে, পরিবারের দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সং পিতা-মাতার একটি ঘূর্ণায়মান শিফট আছে এবং/অথবা ওভারটাইম প্রয়োজন কিনা তা নির্দেশ করার জন্য উপযুক্ত বাস্তুটি চেক করুন।
- ডকুমেন্টেশন: চাকরির জন্য প্রয়োজনীয় ডকুমেন্টেশনের জন্য চেকলিস্ট (CFWB-012B) দেখুন।

## বিভাগ 5

## কাজ/ক্রিয়াকলাপ/ভ্রমণের সময়সূচী

(পরিবারের প্রতিটি পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সং পিতামাতার জন্য সম্পূর্ণ, যারা কর্মরত বা শিক্ষাগত/বৃত্তিমূলক কার্যকলাপ রয়েছে)

1. সপ্তাহের প্রতিটি দিনের জন্য সাধারণ নির্ধারিত কাজ বা কার্যকলাপের ঘন্টা প্রিন্ট করুন। ঘন্টা AM বা PM হলে নির্দেশ করুন।
2. যদি দ্বিতীয় শিফট, চাকরি বা কার্যকলাপ থাকে, সেই কার্যকলাপের জন্য সময়সূচী প্রিন্ট করুন।
3. প্রযোজ্য হলে, পরিবারের দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সং বাবা-মায়ের জন্য সপ্তাহের প্রতিটি দিনের জন্য সাধারণ নির্ধারিত কাজের সময় মুদ্রণ করুন।
4. যদি পরিবারের দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সং পিতা-মাতার দ্বিতীয় শিফট, চাকরি বা কার্যকলাপ থাকে, তাহলে সেই কার্যকলাপের সময়সূচী প্রিন্ট করুন।
5. আবেদনকারীর কাজ/ক্রিয়াকলাপ থেকে প্রদানকারীর কাছে যাতায়াত করতে এবং যাতায়াত করতে কত সময় লাগে তা পরীক্ষা করুন।
6. আবেদনকারী কর্ম/ক্রিয়াকলাপ থেকে প্রদানকারীর কাছে যাতায়াত করতে পাবলিক ট্রান্সপোর্ট ব্যবহার করেন কিনা তা নির্দেশ করুন।
7. প্রযোজ্য হলে, পরিবারের দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক, বা সং বাবা-মায়ের কাজ/ক্রিয়াকলাপ থেকে প্রদানকারীর কাছে যাতায়াতের জন্য কতটা সময় লাগে তা পরীক্ষা করুন।
8. ইঙ্গিত করুন যে পরিবারের দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সং পিতা-মাতা কর্মক্ষেত্র/ক্রিয়াকলাপ থেকে প্রদানকারীর কাছে যাতায়াতের জন্য সর্বজনীন পরিবহন ব্যবহার করেন।

## বিভাগ 6

## আয় তথ্য

এই বিভাগের জন্য, শুধুমাত্র সেই আইটেমগুলির উত্তর দিন যার জন্য আপনি বা পরিবারের একজন সদস্য আয় করেছেন। অনুগ্রহ করে নিজের জন্য আয়/সুবিধা তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন এবং আপনার সাথে বসবাসকারী আপনার পল্লী সহ পরিবারের অন্য কোনো প্রাপ্তবয়স্ক সদস্য, অথবা একজন প্রাপ্তবয়স্ক যিনি আপনার সাথে থাকেন এবং যার সাথে আপনার অন্তত একটি শিশু আছে। এছাড়াও 18 বছরের কম বয়সী যে কোনও ব্যক্তিকে অন্তর্ভুক্ত করুন যিনি আইনত শিশু বা শিশুদের জন্য দায়ী যার জন্য শিশু যত্ন সহায়তা চাওয়া হয়েছে।

1. আপনার (✓) নিজের এবং আপনার সাথে বসবাসকারী যে কেউ প্রতিটি ধরনের আয়ের জন্য হ্যাঁ বা না চেক করুন।
  2. প্রতিটি "হ্যাঁ" উত্তরের জন্য, ডলার (\$) পরিমাণ বা মূল্য, এটি কত ঘন ঘন গৃহীত হয়েছে এবং যে ব্যক্তি আয় পেয়েছেন তার নাম প্রিন্ট করুন।
  3. সমস্ত আয় আবেদনে রিপোর্ট করতে হবে।
  4. আপনি যদি নগদ সহায়তার প্রাপ্তি নির্দেশ করেন, তাহলে আপনার HRA জব সেন্টারের কর্মীর মাধ্যমে শিশু যত্নের জন্য আবেদন করা উচিত।
  5. আপনি যদি অনিশ্চিত হন যে কোথায় আয়ের প্রকারের তালিকা করতে হবে, আপনি এটিকে "অন্য" এর অধীনে অন্তর্ভুক্ত করতে পারেন। ডকুমেন্টেশন: আয়ের জন্য
- প্রয়োজনীয় ডকুমেন্টেশনের জন্য চেকলিস্ট (CFWB-12B) দেখুন।



## স্মারকলিপি

**প্রতি:** যে সকল পিতা-মাতা/অভিভাবক শিশু যত্নে সহায়তার জন্য আবেদন করছেন

**প্রসঙ্গ:** অভিবাসন স্থিতি

66 John Street/8<sup>th</sup> Floor  
New York, New York 10038

[Child.FamilyWellBeing@acs.nyc.gov](mailto:Child.FamilyWellBeing@acs.nyc.gov)  
[www.nyc.gov/acs](http://www.nyc.gov/acs)

---

কিছু প্রোগ্রামের জন্য প্রমাণের প্রয়োজন যে আপনার যে শিশুর শিশু যত্নের প্রয়োজন সে একজন মার্কিন নাগরিক, মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের জাতীয়তা সহ বা মন্তোষজনক অভিবাসন স্থিতি সহ ব্যক্তি।

শিশু যত্নের প্রয়োজনে শিশু (দের) ব্যতীত আপনার নিজের বা পরিবারের অন্য কারোর জন্য আপনাকে অভিবাসন স্থিতির জন্য জিজ্ঞাসা করা হবে না।

আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে বা ভর্তুকিয়ুক্ত প্রাথমিক যত্ন এবং শিক্ষা কার্যক্রমের একটি তালিকা পেতে হলে যার জন্য শিশুর নাগরিকত্ব বা অভিবাসন অবস্থার প্রমাণের প্রয়োজন হয় না, অনুগ্রহ করে ACS চাইল্ড অ্যান্ড ফ্যামিলি ওয়েল-বিয়িং হটলাইনে কল করুন (212) 835-7610 বা আমাদের ওয়েবসাইট <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/eligibility.page> এ যান।

## ধারা 7

## প্রদানকারী

- আপনি যদি New York State Child Care Block Grant (নিউ ইয়র্ক স্টেট চাইল্ড কেয়ার ব্লক গ্রান্ট), দ্বারা অর্থায়িত শিশু যত্ন সহায়তার জন্য যোগ্য হন, তাহলে আপনার কাছে কেন্দ্র-ভিত্তিক বা গৃহ-ভিত্তিক শিশু যত্ন বেছে নেওয়ার বিকল্প রয়েছে।
- আপনি যদি প্রদানকারী/প্রোগ্রাম জানেন যেখানে আপনি আপনার সন্তানকে নথিভুক্ত করতে চান অনুগ্রহ করে নাম, ঠিকানা এবং ACS প্রোগ্রাম নম্বর নির্দেশ করুন (যদি প্রযোজ্য হয়)।

## বিভাগ 8

## প্রত্যয়নপত্র

অনুগ্রহ করে সার্টিফিকেশন বিভাগটি মনোযোগ সহকারে পড়ুন এবং স্বাক্ষর করুন। যদি আবেদনকারী অন্য কারো জন্য আবেদনটি পূরণ করে থাকেন, তবে তাদের অবশ্যই নিজের নামে স্বাক্ষর করতে হবে। দুই পিতা-মাতার পরিবার হলে, উভয় পিতামাতাকেই আবেদনপত্রে স্বাক্ষর করতে হবে। স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আপনি প্রত্যয়ন করেন যে আপনার সম্মিলিত পারিবারিক সম্পদ \$1,000,000 এর বেশি নয়। পারিবারিক সম্পদের উদাহরণ হল: নগদ, সঞ্চয় এবং চেকিং অ্যাকাউন্ট, আপনার বাড়ি, রিয়েল এস্টেট, গাড়ি, স্টক, বন্ড, মিউচুয়াল ফান্ড, IRAs, 401(k), অ্যানুইটি, ট্রাস্ট ফান্ড, জীবন বীমা, নিরাপদ আমানত বাস্তব সামগ্রী ইত্যাদি।

## বিভাগ 9

## শুধুমাত্র অফিস ব্যবহারের জন্য

এই বিভাগটি সম্পূর্ণ করবেন না। যে কর্মীরা যত্নের জন্য আপনার পরিবারের যোগ্যতা নির্ধারণ করছেন তারা এটি ব্যবহার করবেন।

## ভোটার নিবন্ধন তথ্য

Child Care Subsidy (চাইল্ড কেয়ার ভর্তুকি)-র জন্য আবেদনের শেষ পৃষ্ঠাটি ভোট দেওয়ার নিবন্ধন করার একটি আবেদন। আপনি যদি ভোটার নিবন্ধন আবেদন ফর্ম পূরণ করতে সাহায্য করতে চান, 311 এ কল করুন। নিবন্ধনের জন্য আবেদন করা বা ভোটে নিবন্ধন করতে অস্বীকার করা শিশু যত্ন সহায়তার জন্য আপনার যোগ্যতা বা এই সংস্কার দ্বারা আপনাকে যে পরিমাণ সহায়তা দেওয়া হবে তা প্রভাবিত করবে না।

## অধিকার এবং দায়িত্বের তথ্য

আপনি এখানে আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব সম্পর্কে তথ্য পেতে পারেন: <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148a.pdf>

আপনার যদি ইন্টারনেটে অ্যাক্সেস না থাকে, তাহলে আপনি NYC ACS-কে (212) 835-7610 নম্বরে কল করতে পারেন যাতে আপনার অধিকার এবং দায়িত্বগুলি হাইলাইট করা পুস্তিকাগুলির ফিজিক্যাল কপিগুলি আপনাকে মেল করা হয়।

- LDSS-4148A: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব সম্পর্কে আপনার যা জানা উচিত
- LDSS-4148B: সামাজিক পরিষেবা প্রোগ্রাম সম্পর্কে আপনার যা জানা উচিত
- LDSS-4148C: আপনার যদি জরুরি পরিস্থিতি থাকে তাহলে আপনার কী জানা উচিত

## চাইল্ড কেয়ার সহায়তা নতুন আবেদন জমা দেওয়ার চেকলিস্ট

চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিসট্যান্সের আবেদন (CFWB-012)-এ অবশ্যই সহায়ক ডকুমেন্টেশন অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে।  
ভুক্তি যোগ্যতার প্রতিটি প্রয়োজনীয়তার জন্য ডকুমেন্টেশন সরবরাহ করা হয়েছে তা নিশ্চিত করতে পরীক্ষা করুন।

### 1. আবেদন (CFWB-012)

সমস্ত বিভাগ সম্পূর্ণ হয়েছে তা নিশ্চিত করুন, সহ:

- যদি দুই পিতা-মাতার পরিবার, পিতা-মাতা উভয়েই স্বাক্ষর করুন  সামরিক অবস্থা (ধারা 3)  ভ্রমণের সময় (বিভাগ 5)

### 2. নিউইয়র্ক সিটি রেসিডেন্সি

নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে একটি কপি:

- IDNYC  ইউটিলিটি বিল  বিভাগ 8 পুরস্কার পত্র  
 চালকের লাইসেন্স  ভাড়ার রসিদ  NYCHA সার্টিফিকেট  
 CFWB-067 রেসিডেন্সি প্রত্যয়ন  অন্যান্য \_\_\_\_\_

দয়া করে নোট করুন: যদি "অন্য" ডকুমেন্টেশন সন্তোষজনক না হয়, ACS আবেদনকারীকে অবহিত করবে।

### 3. শুধুমাত্র শিশু(দের) জন্য যাদের শিশু যত্ন প্রয়োজন: নাগরিকত্ব/অভিবাসন স্থিতি

নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে একটি কপি:

- মার্কিন জন্ম শংসাপত্র  স্থায়ী বাসিন্দা বা গ্রিন কার্ড সহ এলিয়েন রেজিস্ট্রেশন কার্ড  
 ইউএস পাসপোর্ট ফর্ম  FS-240 (মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিকের বিদেশে জন্মের রিপোর্ট)  
 ন্যাচারলাইজেশন সার্টিফিকেট  অন্যান্য \_\_\_\_\_

দয়া করে নোট করুন: যদি "অন্য" ডকুমেন্টেশন সন্তোষজনক না হয়, তাহলে ACS আবেদনকারীকে অবহিত করবে।

### 4. পিতামাতা/আবেদনকারীর সাথে সন্তানের সম্পর্ক

18 বছরের কম বয়সী পরিবারের সকল শিশুর জন্য নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে একটি অনুলিপি, সন্তানের জন্য শিশু যত্নের প্রয়োজন থাকলেও:

- জন্ম শংসাপত্র  দত্তক নেওয়ার রেকর্ড  
 ব্যাপটিসমাল রেকর্ড  আর্থিক দায়িত্ব সহ আইনি অভিভাবকের জন্য আদালতের আদেশ  
 পিতামাতার স্বাক্ষর সহ পাসপোর্ট

### 5. বয়স

18 বছরের কম বয়সী পরিবারের সকল শিশুর জন্য নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে একটি অনুলিপি, সন্তানের জন্য শিশু যত্নের প্রয়োজন থাকলেও:

- জন্ম শংসাপত্র  দত্তক নেওয়ার রেকর্ড  
 ব্যাপটিসমাল রেকর্ড  এলিয়েন রেজিস্ট্রেশন কার্ড  
 পাসপোর্ট

### 6. আয়

CFWB-012 জমা দেওয়া সমস্ত আবেদনকারীকে অবশ্যই যত্নের কারণ নির্বিশেষে আয়ের ডকুমেন্টেশন প্রদান করতে হবে।

নিযুক্ত থাকলে:

- CFWB-015 - কর্মচারী আয়ের তথ্যের জন্য নিয়োগকর্তার কাছে রেফারেল

অথবা

- পে স্টাব (দ্বি-সাপ্তাহিক = প্রতি 2 সপ্তাহে; আধা-মাসিক = মাসে দুবার)  
 সাপ্তাহিক - 4টি বর্তমান, ক্রমাগত বেতন স্টাব যদি মোট পরিমাণ একই হয়  
 সাপ্তাহিক - 12টি বর্তমান, ক্রমাগত বেতন স্টাব যদি মোট পরিবর্তিত হয়  
 দ্বি-সাপ্তাহিক/আধা-মাসিক - 2টি বর্তমান, ক্রমাগত বেতন স্টাব যদি মোট পরিমাণ একই হয়  
 দ্বি-সাপ্তাহিক/আধা-মাসিক - 6টি বর্তমান, ক্রমাগত বেতন স্টাব যদি মোট পরিবর্তিত হয়

ফর্ম এবং আবেদন নির্দেশাবলীর জন্য অনুগ্রহ করে <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> পৃষ্ঠাতে যান।  
আরও তথ্যের জন্য 311 বা 212-835-7610 নম্বরে কল করুন।

**যদি স্ব-নিযুক্ত হন:**

- যদি স্ব-নিযুক্ত হন 1 বছর বা তার বেশি: বর্তমান, সম্পূর্ণ এবং স্বাক্ষরিত আয়কর প্যাকেজ (উদাঃ 1040, 1065, অংশীদারিত্বের জন্য শিডিউল C, SE, K-1, ইত্যাদি)
- যদি স্ব-নিযুক্ত হন 1 বছরের কম, তাহলে CFWB-031 স্ব-কর্মসংস্থান আয়ের তথ্য প্রত্যয়ন সম্পূর্ণ করুন এবং জমা দিন

**অন্যান্য আয়:**

- CFWB-012-এ আবেদনকারীর দ্বারা চিহ্নিত অন্যান্য আয়ের জন্য প্রয়োজনীয় সাম্প্রতিক চেক, পে স্টাব বা বর্তমান পুরস্কার পত্র এসএসআই(SSI), এসএসডি(SSD), বেকারত্বের সুবিধা, ভাড়ার আয়, পেনশন, বার্ষিকী, শ্রমিকের ক্ষতিপূরণ, ভরণপোষণ এবং শিশু সহায়তা সহ।

**7. যন্ত্র তন্য কারণ**

আবেদনকারীকে অবশ্যই যন্ত্রের জন্য নিম্নলিখিত কারণগুলির মধ্যে একটি নথিভুক্ত করতে হবে:

**a. প্রতি সপ্তাহে ন্যূনতম 10 ঘন্টা কাজ করে কমপক্ষে ন্যূনতম মজুরি উপার্জন:**

- কর্মসংস্থান এবং/অথবা স্ব-কর্মসংস্থান সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় নথিগুলির জন্য আয়ের অধীনে উপরে দেখুন।

**b. শিক্ষাগত/বৃত্তিমূলক কার্যকলাপ:**

ভোকেশনাল স্কুল, 2 বছরের কলেজ, বা 4 বছরের কলেজ (নিম্নলিখিত একটি)

- স্কুলের স্ট্যাম্প সহ CFWB-005
- অফিসিয়াল লেটারহেডে প্রশিক্ষণ বা শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের একটি চিঠিও গ্রহণযোগ্য, তবে সমস্ত প্রয়োজনীয় তথ্য CFWB-005-এ প্রতিফলিত থাকতে হবে।

**c. কাজের সন্ধান করা হচ্ছে (নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে একটি):**

- CFWB-026 - কাজের অনুসন্ধান রেকর্ড
- NYS শ্রম বিভাগ থেকে অনুমোদিত কাজের অনুসন্ধান পরিকল্পনা
- বেকারত্ব বীমা প্রাপ্তির প্রমাণ

**d. গৃহহীন (নিম্নলিখিত একটি):**

- হোটেল/শেল্টার থেকে লিখিত রেফারেল
- CFWB-027 হাউজিং প্রদানকারী/প্রত্যয়ন

**e. ডোমেস্টিক ভায়োলেন্স রেফারেল (ডোমেস্টিক ভায়োলেন্স সার্ভিস প্রোভাইডার থেকে):**

- গার্ডিয়ান হিংসার প্রতিক্রিয়া হিসাবে পরিষেবাগুলির জন্য রেফারেল।

**f. পদার্থ অপব্যবহার চিকিত্সা প্রোগ্রাম রেফারেল (পদার্থ অপব্যবহার চিকিত্সা পরিষেবা প্রদানকারী থেকে):**

- পদার্থের অপব্যবহারের চিকিত্সার জন্য পরিষেবাগুলির জন্য রেফারেল।

ফর্ম এবং আবেদন নির্দেশাবলীর জন্য অনুগ্রহ করে <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> পৃষ্ঠাতে যান।  
আরও তথ্যের জন্য 311 বা 212-835-7610 নম্বরে কল করুন।

The City of New York  
Administration for Children's Services  
Division of Child and Family Well-Being  
66 John Street, 7<sup>th</sup> Floor  
New York, New York 10038



### কিভাবে আপনার আবেদন জমা দিতে হয়

অনুগ্রহ করে চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিসট্যান্টের জন্য আবেদনটি সম্পূর্ণ করুন (CFWB-012) পরিবারের আকার, বসবাস, আয় এবং যত্নের কারণ যাচাই করার জন্য প্রয়োজনীয় সমস্ত ডকুমেন্টেশন সংগ্রহ করুন। জমা দেওয়ার আগে আপনার আবেদন সম্পূর্ণ হয়েছে কিনা তা নিশ্চিত করতে অ্যাপ্লিকেশন চেকলিস্ট ব্যবহার করতে ভুলবেন না।

একবার সম্পূর্ণ হলে, প্রক্রিয়াকরণের জন্য নিচের ঠিকানায় আপনার আবেদন এবং ডকুমেন্টেশন পাঠান:

NYC Children – EDU  
PO Box 40  
Maplewood, NJ 07040

সমস্ত নথি মার্কিন ডাক পরিষেবা দ্বারা পাঠানো উচিত। ডকুমেন্ট ফেডেক্স বা UPS দ্বারা PO বক্সে পাঠানো যাবে না।

আবেদন সম্পর্কে আপনার কোন প্রশ্ন থাকলে, অনুগ্রহ করে 212-835-7610 নম্বরে ACS চাইল্ড কেয়ার কল সেন্টারে কল করুন।





## স্মারকলিপি

**প্রতি:** যে সকল পিতা-মাতা/অভিভাবক শিশু যত্নে সহায়তার জন্য আবেদন করছেন

**প্রসঙ্গ:** অভিবাসন স্থিতি

66 John Street/8<sup>th</sup> Floor  
New York, New York 10038

[Child.FamilyWellBeing@acs.nyc.gov](mailto:Child.FamilyWellBeing@acs.nyc.gov)  
[www.nyc.gov/acs](http://www.nyc.gov/acs)

---

কিছু প্রোগ্রামের জন্য প্রমাণের প্রয়োজন যে আপনার যে শিশুর শিশু যত্নের প্রয়োজন সে একজন মার্কিন নাগরিক, মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের জাতীয়তা সহ বা মন্তোষজনক অভিবাসন স্থিতি সহ ব্যক্তি।

শিশু যত্নের প্রয়োজনে শিশু (দের) ব্যতীত আপনার নিজের বা পরিবারের অন্য কারোর জন্য আপনাকে অভিবাসন স্থিতির জন্য জিজ্ঞাসা করা হবে না।

আপনার যদি কোনো প্রশ্ন থাকে বা ভর্তুকিয়ুক্ত প্রাথমিক যত্ন এবং শিক্ষা কার্যক্রমের একটি তালিকা পেতে হলে যার জন্য শিশুর নাগরিকত্ব বা অভিবাসন অবস্থার প্রমাণের প্রয়োজন হয় না, অনুগ্রহ করে ACS চাইল্ড অ্যান্ড ফ্যামিলি ওয়েল-বিয়িং হটলাইনে কল করুন (212) 835-7610 বা আমাদের ওয়েবসাইট <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/eligibility.page> এ যান।



# NYS সংস্থা ভিত্তিক ভোটার নিবন্ধন ফর্ম

"আপনি বর্তমানে যেখানে বসবাস করেন সেখানে ভোটদানের জন্য আপনি নাম নথিভুক্ত করে না থাকলে, আপনি কি আজ এখানে নাম নথিভুক্ত করানোর জন্য আবেদন করতে চান?"

- হ্যাঁ** আপনি **হ্যাঁ** বললে, অনুগ্রহ করে নীচের **ভোটার নিবন্ধন আবেদন** সম্পূর্ণ করুন
- না** কারণ আমি নিবন্ধন না করা বেছে নিয়েছি **অথবা**
- আমি আমার বর্তমান ঠিকানা ইতিমধ্যেই নিবন্ধন করিয়েছি **অথবা**
- আমি একটি মেল নিবন্ধন পত্র চেয়েছিলাম এবং তা পেয়েছি

আপনি কোনো বস্ত্র টিক চিহ্ন না দিয়ে থাকলে, ধরে নেওয়া হবে যে আপনি এই বারে ভোটদানের জন্য নাম নিবন্ধন করবেন না বলে স্থির করেছেন।

## গ্রন্থপূর্ণ!

ভোটদানের জন্য নিবন্ধন আবেদন করা বা নিবন্ধন করতে না চাওয়া এই এজেন্সি কর্তৃক আপনাকে দেওয়া সহায়তার পরিমাণের উপর কোনো প্রভাব ফেলবে না।

ভোটার নিবন্ধনের আবেদনপত্র পূরণ করতে আপনার কোনো সহায়তার প্রয়োজন হলে, আমরা আপনাকে সাহায্য করব। সহায়তা আপনি চাইবেন কিনা বা নেবেন কিনা তা আপনার নিজস্ব ব্যাপার। আপনি ব্যক্তিগতভাবেও পত্রটি পূরণ করতে পারেন।

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি বাংলা ভাষায় চান, তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

সংস্করণ: ফর্ম 05/04/2021

স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ / /  
তারিখ

অনুগ্রহ করে নাম প্রিন্ট করুন

## ভোটার নিবন্ধন আবেদন (পিছনের দিকে নির্দেশাবলী দেওয়া আছে)

হ্যাঁ, আমার অনুপস্থিতি ব্যালটের জন্য আবেদন প্রয়োজন **অনুগ্রহ করে নীল অথবা কালো কালিতে লিখুন অথবা টাইপ করুন**  হ্যাঁ, আমি নির্বাচন দিনের কর্মী হতে ইচ্ছুক

1	আপনি কি একজন মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না আপনার উত্তর না হলে, এই ফর্মটি পূরণ করবেন না		2	A) নির্বাচনের দিনের মধ্যে বা তার আগে আপনি কি 18 বছর পূর্ণ করবেন? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না B) আপনি কি অন্তত 16 বছর বয়সী এবং বোঝেন যে ভোট দেওয়ার জন্য নির্বাচনের দিনে বা তার আগে আপনাকে অবশ্যই 18 বছর বয়সী হতে হবে এবং এরকম নির্বাচনের সময় আপনার বয়স আঠারো না হওয়া পর্যন্ত আপনার রেজিস্ট্রেশন "অসীমায়িত" থাকবে এবং আপনি কোনও নির্বাচনে ভোট দিতে পারবেন না? <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না যদি অসের দুটি প্রশ্নের আপনার উত্তর না হয়, আপনি ভোট দেওয়ার জন্য নিবন্ধন করতে পারবেন না।		For Board Use Only
	3	পদবি		নাম	মাঝের নামের নাম	
4	আপনার বসবাসের ঠিকানা (পোস্ট বক্স নম্বর দেবেন না)		অ্যাপার্টমেন্ট নং	নগর/শহর/গ্রাম	জিপি কোড	দেশ
5	আপনার মেল পাওয়ার ঠিকানা (উপরের ঠিকানার থেকে আলাদা হলে) কোড		পোস্ট বক্স, স্টার রুট, ইত্যাদি		পোস্ট অফিস	জিপি
6	জন্ম তারিখ	7	লিঙ্গ (ঐচ্ছিক)	8	টেলিফোন (ঐচ্ছিক)	ইমেল (ঐচ্ছিক)
10	আপনার ভোট দেওয়া শেষ বছর	আপনার ঠিকানা ছিল (হাউস নম্বর, স্ট্রীট এবং শহর উল্লেখ করুন)		9	আইডি নম্বর (প্রযোজ্য বস্ত্র টিক দিন এবং আপনার নম্বর প্রদান করুন) <input type="checkbox"/> নিউ ইয়র্ক স্টেট DMV নম্বর _____ <input type="checkbox"/> আপনার সামাজিক নিরাপত্তা নম্বরের শেষ চারটি সংখ্যা _____ <input type="checkbox"/> আমার কোনো নিউ ইয়র্ক স্টেট DMV বা সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর নেই	
	কান্ট্রি/রাজ্য	নামের নীচে (আপনার এখনকার নামের থেকে আলাদা হলে)				
11	রাজনৈতিক দল আমি একটি রাজনৈতিক দলে নাম লেখাতে চাই <input type="checkbox"/> ডেমোক্র্যাটিক পার্টি <input type="checkbox"/> রিপাবলিকান পার্টি <input type="checkbox"/> কনজারভেটিভ পার্টি <input type="checkbox"/> ওয়ার্কিং ফ্যামিলি পার্টি <input type="checkbox"/> অন্যান্য _____ আমি কোনও রাজনৈতিক পার্টির সঙ্গে নিবন্ধিত হতে চাই না এবং এরজন্য স্বাধীন ভোটার হতে ইচ্ছুক <input type="checkbox"/> কোনো পার্টি নয়		12		হলফনামা: আমি শপথ করছি বা দৃঢ়ভাবে বলছি • আমি একজন মার্কিন নাগরিক। • আমি নির্বাচনের পূর্বে কমপক্ষে 30 দিন কান্ট্রি, শহর বা গ্রামে বসবাস করব। নিউ ইয়র্ক স্টেটে ভোটদানে নিবন্ধীকৃত হতে আমি সকল প্রয়োজনীয়তা পূরণ করব। • এই লাইনের নীচে এটি আমার স্বাক্ষর অথবা চিহ্ন। • উপরের তথ্যগুলি সত্য, আমি অবগত আছি এই যে এটি যদি সত্য না হয়, আমি দেশী সাব্যস্ত হতে পারি এবং আমার \$5,000 পর্যন্ত জরিমানা এবং/অথবা চার বছর পর্যন্ত জেল হতে পারে। _____ স্বাক্ষর বা কালি দিয়ে চিহ্ন	
					তারিখ	

## (ঐচ্ছিক) আপনার অঙ্গ এবং কোষ দান করতে নিবন্ধন করুন

পদবি		
নাম	মাঝের আদ্যক্ষর	সম্বোধন
ঠিকানা		
অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর	নগর/শহর/গ্রাম	জিপি কোড
জন্ম তারিখ	লিঙ্গ <input type="checkbox"/> মা <input type="checkbox"/> না	
চোখের রঙ	উচ্চতা ফুট ইঞ্চি	
ইমেল	DMV বা আইডি NYC নম্বর	

নিচে স্বাক্ষর করে, আপনি প্রত্যায়িত করছেন যে আপনি:

- আপনার বয়স 16 বছর বা তার বেশি
- আপনার সকল অঙ্গ এবং কোষ প্রতিস্থাপন, গবেষণা অথবা উভয়ের জন্য দান করায় আপনি সম্মত আছেন;
- NYS ডোনেট লাইফ রেজিস্ট্রি (Donate Life Registry) তে নথিভুক্তকরণের জন্য নির্বাচন বোর্ডকে আপনার নাম ও শনাক্তকরণ তথ্য প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছেন;
- এবং আপনার মৃত্যুর পর রেজিস্ট্রিকে যুক্তরাষ্ট্রের নিয়ন্ত্রিত অঙ্গ প্রতিস্থাপনকারী সংস্থা এবং NYS এর লাইসেন্স প্রাপ্ত টিস্যু এবং আই ব্যাঙ্ক এবং NYS কমিশনার অফ হেলথ (NYS Commissioner of Health) দ্বারা অনুমোদিত অন্যান্যদের এই তথ্য অ্যাক্সেস করার অনুমতি দিচ্ছেন।



স্বাক্ষর

তারিখ

এই পত্রটি আপনি ব্যবহার করতে পারেন:

- নিউ ইয়র্ক স্টেটে ভোটদানে নিবন্ধীকৃত করণে;
- আপনার নাম এবং/বা ঠিকানা পরিবর্তনে, আপনার শেষ ভোটার পরে যদি কোনো পরিবর্তন হয়ে থাকে;
- রাজনৈতিক দলের সদস্য হওয়া অথবা তালিকাভুক্তকরণে পরিবর্তন;
- আপনি 16 বা 17 বছর বয়সী হন তাহলে আপনি প্রি-রেজিস্টার করতে পারেন।

নিবন্ধীকৃত হতে আপনাকে অবশ্যই হতে হবে:

- নম্বা কি ন যুক্তি নরা নরেশর একনজ ননা গরিক;
- 18 বছর বয়সী (আপনি 16 এবং 17 বছর বয়সে পূর্ নিবন্ধে করতে নপা নের নপা নের কিন্দ 18 বছর হওনয়া র আগে ভেনা ট দিতে নপা রনব ননা );
- একটি নিব চেনরে অন্দ ত 30 নিদ আগে নকা উন্টি অখনবা নিউ ইয়ক সিটির নবা সিন্দনা হতে হবে;
- কোনো গুরুতর অপরাধের জন্য কারণারে যাতে না থাকেন;
- নঅ্য নেকা নখা য় ভেনা টনদা নরে অম্বিকা র নদা বী কনরা চলবে ননা ;
- নেকা ননো আনদা লত দ্ব না নরা অনেযা গমথ বিবেচিত ননা হলে।

যদি আপনি বিশ্বাস করেন কেউ আপনার ভোটে নিবন্ধন করার বা নিবন্ধন অস্বীকার করার অধিকারে, আপনার ভোটারের জন্য রেজিস্টার বা রেজিস্টারের আবেদন করার সিদ্ধান্তে আপনার গোপনীয়তার অধিকার বা আপনার নিজস্ব রাজনৈতিক দল বা অন্য রাজনৈতিক দল পছন্দ করার অধিকারে হস্তক্ষেপ করছে তাহলে আপনি নির্বাচন বোর্ডে অভিযোগ জানাতে পারেন:

NYS Board of Elections

40 North Pearl St, Suite 5

Albany, NY 12207-2729

টেলিফোন: 1-800-469-6872;

TDD/TTY ব্যবহারকারীরা নিউ ইয়র্ক স্টেট রিলে 711 তে যোগাযোগ করুন;

অথবা আমাদের ওয়েবসাইট - [www.elections.ny.gov](http://www.elections.ny.gov) দেখুন

আপনার নিবন্ধীকরণের সিদ্ধান্তের গোপনীয়তা বজায় থাকবে এবং শুধুমাত্র ভোটদাতার নিবন্ধীকরণের জন্যই ব্যবহার করা হবে। কেউ ভোট দেওয়ার জন্য নিবন্ধন না করা বেছে নিলে এবং/বা যে অফিসে আবেদন জমা করা হয়েছে সেই অফিস সম্পর্কিত তথ্য গোপন রাখা হবে, শুধুমাত্র ভোটদাতার নিবন্ধীকরণের উদ্দেশ্যে ব্যবহার হবে।

## আপনার পরিচয় যাচাই

নির্বাচনের দিনের আগে DMV নম্বর (ড্রাইভারস লাইসেন্স নম্বর অথবা নন-ড্রাইভারস আইডি নম্বর), অথবা সামাজিক নিরাপত্তা নম্বরের শেষ চারটি সংখ্যা, যা আপনি বক্স 9 এ পূরণ করবেন, সেটির মাধ্যমে আপনার পরিচয় যাচাই করার চেষ্টা করুন।

আপনার যদি DMV অথবা সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর না থাকে, তাহলে আপনি একটি বৈধ ফটো আইডি, একটি সাম্প্রতিক ইউটিলিটি বিল, ব্যাঙ্ক স্টেটমেন্ট, পেচেক, সরকারী চেক বা আপনার নাম ঠিকানা প্রদর্শনকারী অন্য কোনো সরকারি নথি ব্যবহার করতে পারেন। আপনি এই ফর্মটির সঙ্গে এই প্রকার আইডি-র একটি প্রতিলিপি যুক্ত করতে পারেন।

নির্বাচনের দিনের আগে আমরা যদি আপনার পরিচয় যাচাই করতে অসমর্থ হই তবে যখন আপনি প্রথমবার ভোটদান করবেন তখন আপনাকে আইডি বিষয়ে জিজ্ঞাসা করা হবে।

## এই ফর্মটি পূরণ করতে:

মিথ্যা নিবন্ধীকরণ সংগ্রহ করা অথবা নির্বাচনের বোর্ডে ভুল তথ্য দেওয়া একটি অপরাধ।

বক্স 9: আপনাকে অবশ্যই একটি বেছে নিতে হবে। কোনো প্রশ্ন থাকলে, উপরে উল্লিখিত আপনার পরিচয় যাচাই করা অংশ দেখুন।

বক্স 10: আপনি যদি এর আগে ভোট না দিয়ে থাকেন তাহলে “কোনটিই নয়” লিখুন। আপনার যদি মনে না থাকে শেষবার কখন আপনি ভোটদান করেছেন তাহলে একটি প্রশ্ন চিহ্ন (?) দিন। যদি আপনি এর আগে অন্য নামে ভোট দিয়ে থাকেন তবে সেই নামটি লিখুন। যদি তা না হয়, তবে “একই” লিখুন।

বক্স 11: শুধুমাত্র একটি বক্সে টিক চিহ্ন দিন। রাজনৈতিক দলে নাম লেখানো ঐচ্ছিক, তবে কোনো রাজনৈতিক দলের প্রাথমিক নির্বাচনে ভোটদান করতে, ভোটদাতাকে অবশ্যই সেই রাজনৈতিক দলে নাম লেখাতে হবে, তবে রাজ্য দলের নিয়মে অন্য কিছু থাকলে অন্য কথা।