

## Wniosek o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem

Należy zapoznać się z instrukcjami (CFWB-012A) i z listą kontrolną dokumentu (CFWB-012B) w celu uzyskania pomocy podczas wypełniania oraz w celu uzyskania informacji na temat wymaganych dokumentów.

**UWAGA:** Ten wniosek służy jedynie do ubiegania się o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem kategorii 2 lub 3\* (w przypadku rodzin, które nie otrzymują pomocy pieniężnej). Aby złożyć wniosek o pomoc pieniężną (Cash Assistance, CA) lub inne świadczenia, w tym o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem kategorii 1 (dla rodzin otrzymujących pomoc pieniężną), należy skorzystać z New York State Application for Certain Benefits and Services (LDSS-2921).

**Uwaga:** Aby wniosek został uznany za kompletny, należy wypełnić wszystkie sekcje, chyba że sekcja jest określona jako opcjonalna. Jeśli nie wszystkie wymagane sekcje tego formularza zostaną wypełnione, pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem może nie zostać przyznana.

Następujący wnioskodawcy mogą kwalifikować się do pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem bez względu na dochody i nie muszą wypełniać tego wniosku: Rodzice zastępczy, którzy potrzebują pomocy w opiece nad dzieckiem, aby móc pracować i ubiegają się tylko o pomoc dla przybranego dziecka (dzieci). Rodziny korzystające z usług ochronnych lub prewencyjnych.

**Szczegółowe informacje zamieszczono w instrukcji aplikacji (CFWB-012A)**  Nowy  Zmiana/ponowna certyfikacja  Otwórz ponownie

**OFFICE USE ONLY** Case #: \_\_\_\_\_ Application Date: \_\_\_\_\_

**Sekcja 1 - Wnioskodawca**

Nazwisko (w nawiasach należy podać wszystkie aliasy lub nazwiska panięskie): \_\_\_\_\_ Imię: \_\_\_\_\_ M.I. (inicjał drugiego imienia): \_\_\_\_\_ Stan cywilny: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_ Numer mieszkania: \_\_\_\_\_ Miejscowość/Okręg: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Czy jest to adres tymczasowy?  Tak  Nie *Jeśli tak, to czy rodzina mieszka obecnie w (proszę zaznaczyć jedną pozycję):*  Schronisku dla bezdomnych  Wraz z inną rodziną  W hotelu/motelu  W samochodzie/autobusie/pociągu

W parku/na kempingu  Inne

Nr telefonu (służbowy): \_\_\_\_\_ Telefon (domowy): \_\_\_\_\_ Telefon (komórkowy lub inny): \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Czy otrzymuje Pan/i pomoc pieniężną (CA)?  Tak  Nie Numer pomocy pieniężnej: \_\_\_\_\_ Jaki jest Pana/Pani główny język?  Angielski  Hiszpański  Inny \_\_\_\_\_

Jaki jest Pana/Pani preferowany język?  Angielski  Hiszpański  Inny \_\_\_\_\_

Proszę wymienić wszystkie dzieci w gospodarstwie domowym wymagające opieki. **(Tylko dzieci wymagające opieki)**

Sekcja 2 Dziecko (dzieci) wymagające opieki	Nazwisko, imię	M.I. (inicjał drugiego imienia)	Pokrewieństwo/ relacja	Data urodzenia	Płeć	Czy oboje rodzice dziecka mieszkają w domu?	Pochodzenie etniczne hiszpańskie lub latynoskie**	Rasa** (patrz legenda poniżej)	Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie)	Czy dziecko jest niepełnosprawne?	Czy dziecko jest obywatelem Stanów Zjednoczonych/narodowości amerykańskiej lub osobą o odpowiednim statusie imigracyjnym?

\* Kategoria 1: Rodziny kwalifikujące się do uzyskania gwarancji na opiekę nad dzieckiem – ubiegające się o lub otrzymujące pomoc pieniężną (CA) lub otrzymujące pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem (Child Care Assistance, CCA) zamiast pomocy pieniężnej (CA) lub otrzymujące przejściową opiekę nad dzieckiem

Kategoria 2: Rodziny kwalifikujące się, gdy dostępne są fundusze

Kategoria 3: Rodziny kwalifikujące się, gdy dostępne są fundusze, a ACS uwzględnił je w swoim planie usług dla dzieci i rodzin (Child and Family Services Plan)

\*\* Podanie informacji o pochodzeniu etnicznym i rasie jest dobrowolne i nie wpływa na prawo do korzystania z pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem ani na wysokość pomocy od tej agencji.

Kody przynależności rasowej:

- AI** Rdzenny Amerykanin / rdzenna Amerykanka lub rdzenny mieszkaniec / rdzenna mieszkanka Alaski
- AS** Azjat(k)a
- BL** Rasa czarna/afroamerykańska
- HP** Rdzenny mieszkaniec Hawajów lub wysp Pacyfiku
- WH** Rasa biała

Należy wymienić wszystkich **innych** członków w całym gospodarstwie domowym (niewymienionych w sekcji 2A), w tym dzieci poniżej 18 roku życia, które **nie** wymagają opieki. Proszę najpierw wymienić siebie, a następnie wszystkie osoby, które z Panem/Panią mieszkają.

Sekcja 2B Członkowie rodziny	Nazwisko, imię <i>(w nawiasach należy podać wszystkie aliasy lub nazwiska panieńskie)</i>	M.I. (inicjał drugiego imienia)	Pokrewieństwo/ relacja	Data urodzenia	Płeć	Pochodzenie etniczne hiszpańskie lub latynoskie**	Rasa** <i>(patrz legenda z prawej)</i>	Numer ubezpieczenia społecznego <i>(opcjonalnie)</i>
	1.		Wnioskodawca					
	2.							
	3.							
	4.							
	5.							
	6.							
	7.							
	8.							

W przypadku dodatkowych członków rodziny proszę załączyć osobny arkusz. Należy załączyć informacje dotyczące każdego współmałżonka, rodzica lub opiekuna dzieci ubiegających się o opiekę, który mieszka w domu.

Kody przynależności rasowej:

- AI** Rdzenny Amerykanin / rdzenna Amerykanka lub rdzenny mieszkaniec / rdzenna mieszkanka Alaski
- AS** Azjat(k)a
- BL** Rasa czarna/afroamerykańska
- HP** Rdzenny mieszkaniec Hawajów lub wysp Pacyfiku
- WH** Rasa biała

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

Sekcja 3 Potrzeby dzieci/rodziny	Jaki jest powód złożenia wniosku o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem?	Czy rodzic aktualnie pełni służbę (w pełnym wymiarze godzin) w wojsku USA?	Czy wnioskodawca otrzymuje i/lub składa wniosek o opiekę nad dzieckiem za pośrednictwem innego wniosku?
	<input type="radio"/> Zatrudnienie <input type="radio"/> Szkolenie zawodowe/działalność edukacyjna <input type="radio"/> Otrzymywanie pomocy dla ofiar przemocy domowej (Domestic Violence Services) <input type="radio"/> Poszukiwanie pracy <input type="radio"/> Bezdomność <input type="radio"/> Udział w zatwierdzonym programie leczenia nadużywania środków odurzających	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie  Czy rodzic jest obecnie członkiem Gwardii Narodowej lub Jednostki Rezerwy Wojskowej? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie  Czy istnieje rodzic, który nie sprawuje opieki nad dzieckiem? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	Jeśli tak, proszę wskazać agencję: <input type="radio"/> Wydział Edukacji (Department of Education, DOE) <input type="radio"/> Administracja Wydziału Zasobów Ludzkich (Human Resources Administration, HRA) <input type="radio"/> Wydział ds. Młodzieży i Rozwoju Społeczności (Department of Youth and Community Development, DYCD) <input type="radio"/> Wydział Usług dla Osób Bezdomnych (U.S. Department of Homeland Security, DHS) <input type="radio"/> Konsorcjum Edukacji Pracowników (Consortium for Worker Education, CWE) <input type="radio"/> Administracja usług dla dzieci, ACS

Sekcja 4 - Zatrudnienie (jeśli zatrudnienie jest powodem wniosku)	Nazwa pracodawcy <b>wnioskodawcy</b> : _____	Tel.: _____	Adres: _____	Miejscowość/Okręg: _____	Stan: _____	Kod pocztowy: _____	
	Data rozpoczęcia zatrudnienia: _____	Czy pracuje Pan/i na zmianę rotacyjną? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie		Czy praca wymaga nadgodzin? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie			
	<i>Jeśli wnioskodawca ma drugą pracę</i>						
	Nazwa pracodawcy <b>wnioskodawcy</b> : _____	Tel.: _____	Adres: _____	Miejscowość/Okręg: _____	Stan: _____	Kod pocztowy: _____	
Data rozpoczęcia zatrudnienia: _____	Czy pracuje Pan/i na zmianę rotacyjną? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie		Czy praca wymaga nadgodzin? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie				
<b>Drugi rodzic, opiekun lub przybrany rodzic w gospodarstwie domowym</b>							
Nazwa pracodawcy <b>wnioskodawcy</b> : _____	Tel.: _____	Adres: _____	Miejscowość/Okręg: _____	Stan: _____	Kod pocztowy: _____		
Data rozpoczęcia zatrudnienia: _____	Czy pracuje Pan/i na zmianę rotacyjną? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie		Czy praca wymaga nadgodzin? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie				
<i>Jeśli drugi rodzic, opiekun lub przybrany rodzic w gospodarstwie domowym ma drugą pracę</i>							
Nazwa pracodawcy <b>wnioskodawcy</b> : _____	Tel.: _____	Adres: _____	Miejscowość/Okręg: _____	Stan: _____	Kod pocztowy: _____		
Data rozpoczęcia zatrudnienia: _____	Czy pracuje Pan/i na zmianę rotacyjną? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie		Czy praca wymaga nadgodzin? <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie				

Typowy harmonogram pracy/aktywności (tj. działalność edukacyjna/zawodowa)

Niedziela		Poniedziałek		Wtorek		Środa		Czwartek		Piątek		Sobota	
od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do

Typowy harmonogram pracy/zajęć drugiego rodzica, opiekuna lub przybranego rodzica w gospodarstwie domowym

Niedziela		Poniedziałek		Wtorek		Środa		Czwartek		Piątek		Sobota	
od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do

Proszę wypełnić poniższy harmonogram tylko wtedy, gdy rodzic ma drugą zmianę, pracę lub zajęcia

Niedziela		Poniedziałek		Wtorek		Środa		Czwartek		Piątek		Sobota	
od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do

Proszę wypełnić poniższy harmonogram tylko wtedy, gdy drugi rodzic, opiekun lub przybrany rodzic w gospodarstwie domowym ma drugą zmianę, pracę lub zajęcia

Niedziela		Poniedziałek		Wtorek		Środa		Czwartek		Piątek		Sobota	
od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do

Czas podróży Dowóz: Czas podróży od dostawcy opieki nad dzieckiem do pracy/na zajęcia?  
 Proszę zaznaczyć jedną z poniższych pozycji:  15 minut  30 minut  45 minut  1 godzina  Więcej niż 1 godzina. Czas podróży, jeśli wynosi ona ponad 1 godzinę \_\_\_\_\_ Transport publiczny?  Tak  Nie  
 Odbiór: Czas przejazdu z miejsca pracy/zajęć do dostawcy opieki nad dzieckiem?  
 Proszę zaznaczyć jedną z poniższych pozycji:  15 minut  30 minut  45 minut  1 godzina  Więcej niż 1 godzina. Czas podróży, jeśli wynosi ona ponad 1 godzinę \_\_\_\_\_ Transport publiczny?  Tak  Nie  
 Małżonek/Drugi rodzic: Czas podróży od dostawcy opieki nad dzieckiem do pracy/na zajęcia?  
 Proszę zaznaczyć jedną z poniższych pozycji:  15 minut  30 minut  45 minut  1 godzina  Więcej niż 1 godzina. Czas podróży, jeśli wynosi ona ponad 1 godzinę \_\_\_\_\_ Transport publiczny?  Tak  Nie  
 Odbiór: Czas przejazdu z miejsca pracy/zajęć do dostawcy opieki nad dzieckiem?  
 Proszę zaznaczyć jedną z poniższych pozycji:  15 minut  30 minut  45 minut  1 godzina  Więcej niż 1 godzina. Czas podróży, jeśli wynosi ona ponad 1 godzinę \_\_\_\_\_ Transport publiczny?  Tak  Nie

Proszę wskazać, czy Pan/i lub ktokolwiek, kto z Panem/Panią aplikuje, otrzymuje pieniądze z następujących źródeł. *W celu uzyskania wymaganej dokumentacji należy sprawdzić listę kontrolną (CFWB-012B).*  
**NALEŻY PISAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

							OFFICE USE ONLY	
Sekcja 6 Informacje o dochodach	Źródła	Tak/Nie	Kwota brutto	Jak często? (co tydzień, co dwa tygodnie, co miesiąc itp.?)	Kto jest beneficjentem?	Type of Documentation	Monthly Calculations	
	Wynagrodzenie wnioskodawcy/wypłata, w tym nadgodziny, prowizje, programy szkoleniowe, napiwki			USD		Wnioskodawca		
	Wynagrodzenie /wypłata drugiego rodzica, opiekuna lub przybranego rodzica w gospodarstwie domowym, w tym nadgodziny, prowizje, programy szkoleniowe, napiwki			USD				
	Dochód netto z samozatrudnienia			USD				
	Płatności ze świadczeń alimentacyjnych (otrzymane)			USD				
	Alimenty/Alimenty dla współmałżonka (otrzymane)			USD				
	Świadczenia z tytułu ubezpieczenia od bezrobocia, odszkodowania pracownicze			USD				
	Świadczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego, w tym dodatkowy dochód bezpieczeństwa (Supplemental Security Income, SSI)			USD				
	Świadczenia dla niepełnosprawnych (stan Nowy Jork, programy na rzecz weteranów (Veterans Affairs, VA), prywatne)			USD				
	Dochód z wynajmu/lokatora/podnajemcy (otrzymany)			USD				
	Dywidendy/odsetki – akcje, obligacje, oszczędności			USD				
	Emerytury/renty/świadczenia annuitetowe			USD				
	Pomoc pieniężna (CA), świadczenia zabezpieczające			USD				
Inna odpowiedź (proszę określić)			USD					
<b>Całkowity dochód</b>			USD					

**Sekcja 7 Dostawca**

Jeśli zakwalifikuje się Pan/i do pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem finansowanej ze stanowej dotacji stanu Nowy Jork na rzecz opieki nad dziećmi (New York State Child Care Block Grant), ma Pan/i możliwość wyboru: opiekę nad dzieckiem w ośrodku lub w domu. Jeśli wybierze Pan/i dostawcę, który nie jest licencjonowany lub zarejestrowany, dostawca musi zostać zarejestrowany jako dostawca prawnie wyłączony. Poniżej proszę podać nazwiska i adresy wybranych przez siebie dostawców. Na załączonym arkuszu można wyszczególnić dodatkowe opcje.

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Numer programu (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_ Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Numer programu (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_ Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Numer programu (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Adres: \_\_\_\_\_ Adres: \_\_\_\_\_

**Sekcja 8 Poświadczenie**

- Rozumiem, że informacje zawarte w niniejszym formularzu zostaną wykorzystane do ustalenia, czy ja lub moja rodzina kwalifikujemy się do otrzymania usług/ dofinansowania. Rozumiem, że podpisując niniejszy formularz zgłoszeniowy, wyrażam zgodę na pełną współpracę w ramach wszelkich dochodzeń w celu weryfikacji lub potwierdzenia podanych przeze mnie informacji lub wszelkich innych dochodzeń związanych z moim wnioskiem o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem. W razie potrzeby dostarczę dodatkowe informacje.
- Numery ubezpieczenia społecznego, jeśli zostały podane, mogą być używane przez agencje federalne, stanowe i lokalne w celu zapobiegania powielaniu usług, oszustwom i zgłaszaniu informacji na szczeblu federalnym.
- Wyrażam zgodę na natychmiastowe poinformowanie agencji o wszelkich zmianach moich potrzeb, dochodów, adresu, warunków mieszkaniowych, składu gospodarstwa domowego lub adresu, pod którym świadczona jest opieka, osoby zapewniającej opiekę nad dzieckiem, opłaty dostawcy i/lub godzin, w których potrzebna jest opieka nad dzieckiem.
- Zaświadczam, że dzieci wskazane jako wymagające opieki są obywatelami Stanów Zjednoczonych (USA), rdzennymi Amerykanami lub osobami o odpowiednim statusie imigracyjnym. Rozumiem, że w stosownych przypadkach te informacje o dzieciach mogą zostać przekazane do Urzędu Imigracyjnego i Naturalizacyjnego (Immigration and Naturalization Service, INS) w celu weryfikacji statusu imigracyjnego. Ponadto rozumiem, że wykorzystanie lub ujawnienie tych informacji o dzieciach jest ograniczone do osób i organizacji bezpośrednio związanych z weryfikacją statusu imigracyjnego oraz administrowaniem lub egzekwowaniem przepisów programu pomocy opieki nad dzieckiem.
- Rozumiem, że ten wniosek ma zastosowanie tylko w wyrażonym celu pomocy w opiece nad dzieckiem. Aby uzyskać inne wsparcie, takie jak program dodatkowej pomocy żywnościowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Medicaid, pomoc finansową (CA) lub inne usługi, wymagane są dodatkowe wnioski. Niemniej jednak niniejszy wniosek i wszelkie informacje uzyskane w ramach dochodzenia dotyczącego niniejszego wniosku mogą zostać udostępnione dowolnej instytucji miejskiej, stanowej lub federalnej, do której wnioskodawca występuje/wystąpił o pomoc lub świadczenia.
- Prawo federalne i stanowe przewiduje kary grzywny, pozbawienia wolności lub obie kary, jeśli wnioskujący poda niezgodne z prawdą informacje przy składaniu wniosku o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem lub gdy wnioskujący zostanie zapytany o kwalifikowalność, lub jeśli za jego sprawą ktoś inny powie nieprawdę o wniosku lub kwalifikalności. Kary mają również zastosowanie w przypadku zatajenia lub nieujawnienia faktów dotyczących początkowej lub dalszej kwalifikalności do otrzymywania pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem lub w przypadku zatajenia lub nieujawnienia faktów, które mogłyby wpłynąć na prawo osoby, na której rzecz wnioskujący występuje z wnioskiem o otrzymanie lub dalsze otrzymywanie pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem. Jeśli wnioskujący jest upoważnionym przedstawicielem składającym wniosek w imieniu kogoś innego, pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem należy wykorzystać na rzecz danej osoby, a nie na siebie. Uzyskanie pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem poprzez ukrywanie informacji lub podawanie fałszywych informacji jest niezgodne z prawem.
- Zaświadczam, że zasoby mojej rodziny nie przekraczają 1 000 000,00 USD.

Wydział ds. Dzieci NYC (New York City Administration for Children's Services, ACS) wyznaje zasadę oraz podjął zobowiązanie niedyskryminowania ze względu na rasę, wyznanie, wiek, kolor skóry, płeć, religię, pochodzenie narodowe, status cudzoziemca lub obywatelstwo, niepełnosprawność fizyczną lub umysłową, płeć, tożsamość płciową, orientację seksualną, ciążę, stan cywilny lub partnerski.

Informacje na temat swoich praw i obowiązków można uzyskać pod adresem <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148A.pdf>

**Jeśli nie ma Pan/i dostępu do Internetu, można zadzwonić do Wydziału ds. Dzieci NYC (NYC Administration for Children's Services, ACS) pod numer (212) 835-7610, aby zamówić fizyczne kopie następujących broszur. LDSS-4148A: Co należy wiedzieć o swoich prawach i odpowiedzialności; LDSS-4148B: Co należy wiedzieć o programach usług społecznych; LDSS-4148C: Co należy wiedzieć w nagłych wypadkach**

**Oświadczenie:** Przysięgam i/lub oświadczam pod groźbą kary za krzywoprzysięstwo, że informacje podane przeze mnie NYC ACS odnośnie do pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem, są poprawne. Przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) uwagi zarówno powyżej, jak i w załączniku. Rozumiem i akceptuję wymienione powyżej oświadczenia.

Jeśli w gospodarstwie domowym jest dwoje rodziców/opiekunów, wymagane są podpisy obojga z nich.

Podpis rodzica/opiekuna: \_\_\_\_\_ Podpis rodzica/opiekuna: \_\_\_\_\_ Podpis rodzica/opiekuna: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko (drukowanymi literami): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Imię i nazwisko (drukowanymi literami): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Imię i nazwisko (drukowanymi literami): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

## Dodatkowe dzieci (jeśli dotyczy)

Należy wymienić wszystkich **innych** członków w całym gospodarstwie domowym (niewymienionych w sekcji 2A), w tym dzieci poniżej 18 roku życia, które **nie** wymagają opieki. Proszę najpierw wymienić siebie, a następnie wszystkie osoby, które z Panem/Panią mieszkają.

Sekcja 2B Członkowie rodziny	Nazwisko, imię <i>(w nawiasach należy podać wszystkie aliasy lub nazwiska panięskie)</i>	M.I. (inicjał drugiego imienia)	Pokrewieństwo/ relacja	Data urodzenia	Płeć	Pochodzenie etniczne hiszpańskie lub latynoskie**	Rasa** <i>(patrz legenda z prawej)</i>	Numer ubezpieczenia społecznego <i>(opcjonalnie)</i>	
	9.			Wnioskodawca					
	10.								
	11.								
	12.								
	13.								
	14.								
	15.								
	16.								
	17.								
	18.								
	19.								
	20.								
	21.								
	22.								
	23.								
	24.								
	25.								
	26.								
	27.								
	28.								

W przypadku dodatkowych członków rodziny proszę załączyć osobny arkusz. Należy załączyć informacje dotyczące każdego współmałżonka, rodzica lub opiekuna dzieci ubiegających się o opiekę, który mieszka w domu.

Kody przynależności rasowej:

- AI** Rdzenny Amerykanin / rdzenna Amerykanka lub rdzenny mieszkaniec / rdzenna mieszkanka Alaski
- AS** Azjat(k)a
- BL** Rasa czarna/afroamerykańska
- HP** Rdzenny mieszkaniec Hawajów lub wysp Pacyfiku
- WH** Rasa biała

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

## Dodatkowi członkowie rodziny (jeśli dotyczy)

Proszę wymienić wszystkie dzieci w gospodarstwie domowym wymagające opieki. (Tylko dzieci wymagające opieki)

Seksja 2 Dziecko (dzieci) wymagające opieki	Nazwisko, imię	M.I. (inicjał drugiego imienia)	Pokrewieństwo/ relacja	Data urodzenia	Płeć	Czy oboje rodzice dziecka mieszkają w domu?	Pochodzenie etniczne hiszpańskie lub latynoskie**	Rasa** <i>(patrz legenda poniżej)</i>	Numer ubezpieczenia społecznego <i>(opcjonalnie)</i>	Czy dziecko jest niepełnosprawne?	Czy dziecko jest obywatelem Stanów Zjednoczonych/narodowości amerykańskiej lub osobą o odpowiednim statusie imigracyjnym?
	9.										
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											
16.											
17.											
18.											
19.											
20.											
21.											
22.											
23.											
24.											
25.											
26.											
27.											
28.											

\* Kategoria 1: Rodziny kwalifikujące się do uzyskania gwarancji na opiekę nad dzieckiem – ubiegające się o lub otrzymujące pomoc pieniężną (CA) lub otrzymujące pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem (Child Care Assistance, CCA) zamiast pomocy pieniężnej (CA) lub otrzymujące przejściową opiekę nad dzieckiem

Kategoria 2: Rodziny kwalifikujące się, gdy dostępne są fundusze

Kategoria 3: Rodziny kwalifikujące się, gdy dostępne są fundusze, a ACS uwzględnił je w swoim planie usług dla dzieci i rodzin (Child and Family Services Plan)

\*\* Podanie informacji o pochodzeniu etnicznym i rasie jest dobrowolne i nie wpływa na prawo do korzystania z pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem ani na wysokość pomocy od tej agencji.

Kody przynależności rasowej:

**AI** Rdzenny Amerykanin / rdzenna Amerykanka lub rdzenny mieszkaniec / rdzenna mieszkanka Alaski  
**AS** Azjat(k)a  
**BL** Rasa czarna/afroamerykańska  
**HP** Rdzenny mieszkaniec Hawajów lub wysp Pacyfiku  
**WH** Rasa biała

## Dodatkowi dostawcy (jeśli dotyczy)

<b>Sekcja 7</b> <b>Dostawca</b>	Jeśli zakwalifikuje się Pan/i do pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem finansowanej ze stanowej dotacji stanu Nowy Jork na rzecz opieki nad dziećmi (New York State Child Care Block Grant), ma Pan/i możliwość wyboru: opiekę nad dzieckiem w ośrodku lub w domu. Jeśli wybierze Pan/i dostawcę, który nie jest licencjonowany lub zarejestrowany, dostawca musi zostać zarejestrowany jako dostawca prawnie wyłączony. Poniżej proszę podać nazwiska i adresy wybranych przez siebie dostawców. Na załączonym arkuszu można wyszczególnić dodatkowe opcje.
	Imię i nazwisko: _____ Numer programu (jeśli dotyczy): _____ Imię i nazwisko: _____ Numer programu(jeśli dotyczy): _____ Imię i nazwisko: _____ Numer programu(jeśli dotyczy): _____
	Adres: _____ Adres: _____ Adres: _____

<b>Sekcja 7</b> <b>Dostawca</b>	Jeśli zakwalifikuje się Pan/i do pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem finansowanej ze stanowej dotacji stanu Nowy Jork na rzecz opieki nad dziećmi (New York State Child Care Block Grant), ma Pan/i możliwość wyboru: opiekę nad dzieckiem w ośrodku lub w domu. Jeśli wybierze Pan/i dostawcę, który nie jest licencjonowany lub zarejestrowany, dostawca musi zostać zarejestrowany jako dostawca prawnie wyłączony. Poniżej proszę podać nazwiska i adresy wybranych przez siebie dostawców. Na załączonym arkuszu można wyszczególnić dodatkowe opcje.
	Imię i nazwisko: _____ Numer programu (jeśli dotyczy): _____ Imię i nazwisko: _____ Numer programu(jeśli dotyczy): _____ Imię i nazwisko: _____ Numer programu(jeśli dotyczy): _____
	Adres: _____ Adres: _____ Adres: _____

<b>Sekcja 7</b> <b>Dostawca</b>	Jeśli zakwalifikuje się Pan/i do pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem finansowanej ze stanowej dotacji stanu Nowy Jork na rzecz opieki nad dziećmi (New York State Child Care Block Grant), ma Pan/i możliwość wyboru: opiekę nad dzieckiem w ośrodku lub w domu. Jeśli wybierze Pan/i dostawcę, który nie jest licencjonowany lub zarejestrowany, dostawca musi zostać zarejestrowany jako dostawca prawnie wyłączony. Poniżej proszę podać nazwiska i adresy wybranych przez siebie dostawców. Na załączonym arkuszu można wyszczególnić dodatkowe opcje.
	Imię i nazwisko: _____ Numer programu (jeśli dotyczy): _____ Imię i nazwisko: _____ Numer programu(jeśli dotyczy): _____ Imię i nazwisko: _____ Numer programu(jeśli dotyczy): _____
	Adres: _____ Adres: _____ Adres: _____

## Noty o dochodach

--

## Wydział ds. Dobrobytu Dziecka i Rodziny

# Instrukcje dotyczące wypełniania wniosku o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem kategorii 2 lub 3\*

Dostępność pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem zależy od finansowania przyznanego w ramach Dotacji na rzecz opieki nad dziećmi (Child Care Block Grant).  
Jeśli nie ma dostępnych funduszy, Pana/Pani dziecko (dzieci) może (mogą) zostać umieszczone na liście oczekujących.

Droży Rodzice/Opiekunowie,

### TEN WNIOSK SŁUŻY JEDYNIĘ DO UBIEGANIA SIĘ O POMOC W ZAKRESIE OPIEKI NAD DZIECKIEM JAKO RODZINA KATEGORII 2 LUB 3

Jeśli składa Pan/i wniosek jedynie o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem kategorii 2 lub 3\* (w przypadku rodzin, które nie otrzymują pomocy pieniężnej), może Pan/i skorzystać z krótszego wniosku. Jeśli chciał(a)by Pan/i złożyć wniosek o inne świadczenia, takie jak pomoc pieniężna (Cash Assistance, CA), program dodatkowej pomocy żywnościowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) - kartki żywnościowe, program pomocy w zakresie opłacania kosztów energii i ogrzewania (Home Energy Assistance Program, HEAP), Medicaid lub inne usługi, w tym w zakresie opieki nad dzieckiem kategorii 1 (dla rodzin otrzymujących pomoc pieniężną), należy wypełnić *New York State Application for Certain Benefits and Services* (LDSS-2921).

Składając wniosek o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem zamiast *New York State Application for Certain Benefits and Services* (LDSS-2921), ubiega się Pan/i jedynie o pomoc w opiece nad dziećmi kategorii 2 i 3, tj. gdy dostępne są fundusze. Nie składa Pan/i wniosku w kategorii 1, czyli o gwarantowaną opiekę nad dzieckiem.

Poniższe instrukcje zostały przygotowane, aby pomóc w wypełnieniu wniosku. Przy wypełnianiu wniosku należy pamiętać o wyraźnym pisaniu drukowanymi literami (A, B, C) przy użyciu niebieskiego lub czarnego atramentu. Można również wypełnić formularz elektronicznie, zapisać go i wydrukować.

Wniosek ten **musi** zawierać dokumentację uzupełniającą, taką jak dowód dochodów, dowód adresu i dowód zatrudnienia.

**WSZYSTKIE WYMAGANE DOKUMENTY WYSZCZEGÓLNIONO W ZAŁĄCZONEJ LIŚCIE KONTROLNEJ (CFWB-012B).**

### PROSZĘ PRZECZYTAĆ PRZED WYPEŁNIENIEM FORMULARZA

- ▶ W przypadku korzystania z usług dotyczących opieki zastępczej, profilaktyki i ochrony dzieci lub gdy jest Pan/i zatrudnionym przybranym rodzicem, może być już Pan/i uprawniony(-a) do korzystania z pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem i może nie być konieczne wypełnianie tego wniosku. Należy poprosić osobę planującą sprawę o skierowanie do pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem.
- ▶ W przypadku otrzymywania pomocy pieniężnej (CA) należy skontaktować się z Centrum Pracy Wydziału Zasobów Ludzkich (Human Resources Administration, HRA) w celu uzyskania pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem.

**UWAGA: Jeśli którekolwiek wymagane pola nie zostaną wypełnione, cały wniosek zostanie uznany za niekompletny.**

#### TYLKO DO UŻYTKU URZĘDOWEGO

Szare pola są przeznaczone wyłącznie do użytku urzędowego. Proszę **nie pisać** nic w tych sekcjach.

\*Kategoria 1: Rodziny kwalifikujące się do uzyskania gwarancji na opiekę nad dzieckiem – ubiegające się o lub otrzymujące pomoc pieniężną (CA) lub otrzymujące pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem (Child Care Assistance, CCA) zamiast pomocy pieniężnej (CA) lub otrzymujące przejściową opiekę nad dzieckiem

Kategoria 2: Rodziny kwalifikujące się, gdy dostępne są fundusze

Kategoria 3: Rodziny kwalifikujące się, gdy dostępne są fundusze, a Wydział ds. Dzieci (Administration for Children's Services, ACS) uwzględnił je w swoim planie usług dla dzieci i rodzin (Child and Family Services Plan)



W prawym górnym rogu należy określić, czy chce Pan/i przesłać **nowy wniosek**, poprosić o **zmianę** statusu/ponowną certyfikację, czy też złożyć wniosek o **ponowne otwarcie** sprawy.

## SEKCJA 1

## WNIOSKODAWCA

Wnioskodawca jest dorosłym rodzicem lub opiekunem ubiegającym się o opiekę. O ile nie zaznaczono inaczej, niniejsza sekcja musi zawierać następujące informacje dotyczące tylko wnioskodawcy:

1. Nazwisko i imię oraz inicjał drugiego imienia (drukowanymi literami). Wszelkie aliasy lub nazwiska panieńskie należy umieścić w nawiasach.
  2. Stan cywilny (wolny/y, żonaty/zamężna, rozwiedziony/a lub owdowiały/a).
  3. Adres zamieszkania (drukowanymi literami).
  4. Proszę wskazać, czy adres zamieszkania jest tymczasowy. Należy zaznaczyć „TAK” tylko wtedy, gdy rodzina mieszka obecnie w schronisku dla bezdomnych, wraz z inną rodziną, w hotelu/motelu, w samochodzie/autobusie/pociągu, w parku/na kempingu lub innych podobnych.
  5. Proszę podać numery telefonów (drukowanymi literami), w tym numer kierunkowy — służbowy, domowy i komórkowy/inny (jeśli dotyczy).
  6. Proszę podać adres e-mail drukowanymi literami (opcjonalnie).
  7. Proszę zaznaczyć „TAK” lub „Nie” dla statusu pomocy pieniężnej. **(Jeśli jest Pan/i beneficjentem pomocy pieniężnej, należy złożyć wniosek o opiekę nad dziećmi za pośrednictwem pracownika Centrum Pracy HRA.**
  8. Proszę zaznaczyć pole wyboru języka, który jest najczęściej używany w Pana/Pani gospodarstwie domowym. Jeśli jest to „inny” język, proszę wpisać go drukowanymi literami.
  9. Proszę zaznaczyć pole wyboru języka, w którym chciał(a)by się Pan/i komunikować. Jeśli jest to „inny” język, proszę wpisać go drukowanymi literami.
- **DOKUMENTACJA:** W celu uzyskania dokumentacji wymaganej dla miejsca zamieszkania z mieście Nowy Jork należy sprawdzić listę kontrolną (CFWB-012B).

## SEKCJA 2A

## DZIECKO (DZIECI) WYMAGAJĄCE OPIEKI

1. Nazwisko i imię oraz inicjał drugiego imienia każdego dziecka w gospodarstwie domowym, dla którego ubiega się Pan/i o pomoc w opiece.
  2. Dla każdego dziecka w gospodarstwie domowym proszę wpisać drukowanymi literami stopień pokrewieństwa z Panem/Panią (np. dziecko).
  3. Proszę wpisać datę urodzenia i zaznaczyć pole wskazujące płeć każdego z wymienionych dzieci.
  4. Proszę wskazać, czy oboje rodzice dziecka mieszkają w domu.
  5. Należy zaznaczyć „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy każde ubiegające się dziecko ma hiszpańskie lub latynoskie pochodzenie etniczne. Podanie informacji o pochodzeniu etnicznym jest dobrowolne i nie wpływa na prawo do korzystania z pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem ani na wysokość pomocy od tej agencji.
  6. Proszę wypełnić kolumnę Rasa dla każdego dziecka wymagającego opieki. Można wybrać kilka kategorii rasowych dla jednego dziecka. Podanie informacji o rasie jest dobrowolne i nie wpływa na prawo do korzystania z pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem ani na wysokość pomocy od tej agencji. Proszę użyć poniższych kodów.  
**AI** - Rdzenny Amerykanin / rdzenna Amerykanka lub rdzenny mieszkaniec / rdzenna mieszkanka Alaski **AS** - Azjat(k)a  
**BL** - Rasa czarna/afroamerykańska  
**HP** - Rdzenny mieszkaniec Hawajów lub wysp Pacyfiku **WH** - Rasa biała
  7. Proszę podać numer ubezpieczenia społecznego (Social Security Number, SSN) każdego dziecka. Nie ma konieczności podawania numerów SSN. Mogą one być używane przez agencje federalne, stanowe i lokalne w celu zapobiegania powielania usług, oszustw i zgłaszania informacji na szczeblu federalnym.
  8. Proszę zaznaczyć „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy dziecko wymagające opieki jest niepełnosprawne<sup>1</sup>. Jeśli dziecko zostanie uznane za kwalifikujące się do pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem, należy odwiedzić stronę <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page>, aby uzyskać wniosek w przypadku specjalnych potrzeb.
  9. Proszę zaznaczyć „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy dziecko wymagające opieki jest obywatelem USA, osobą narodowości amerykańskiej lub osobą o odpowiednim statusie imigracyjnym.
  10. Proszę załączyć osobny arkusz dla dodatkowych dzieci (jeśli składa Pan/i wniosek o opiekę dla więcej niż ośmiorga (8) dzieci).
- **DOKUMENTACJA:** W celu uzyskania dokumentacji wymaganej do uzyskania statusu obywatelskiego/imigracyjnego tylko dla dziecka (dzieci) wymagającego opieki należy sprawdzić listę kontrolną (CFWB-012B).

<sup>1</sup> Dziecko niepełnosprawne lub o szczególnych potrzebach to dziecko niezdolne do samodzielnej opieki nad sobą, u którego zdiagnozowano co najmniej jeden z poniższych stanów w stopniu, który niekorzystnie wpływa na zdolność dziecka do normalnego funkcjonowania: upośledzenie wzroku, głuchota lub inne upośledzenie słuchu, upośledzenie ortopedyczne, zaburzenia psychiczne, upośledzenie umysłowe, niepełnosprawność umysłowa, upośledzenie mowy, upośledzenie zdrowia, autyzm lub wielorakie upośledzenia. Każda taka diagnoza musi zostać postawiona przez lekarza, licencjonowanego lub posiadającego certyfikat psychologa lub innego specjalistę posiadającego odpowiednie uprawnienia do postawienia takiej diagnozy.

## SEKCJA 2B

## CZŁONKOWIE RODZINY

1. Członkiem rodziny jest każdy inny członek w całym gospodarstwie domowym, w tym dzieci, które nie potrzebują opieki nad dziećmi. Proszę najpierw wymienić siebie, a następnie wszystkie osoby, które z Panem/Panią mieszkają, w tym drugiego rodzica dziecka, opiekuna i rodzica przybranego, jeśli dotyczy. Opiekun obejmuje opiekuna prawnego, opiekuna krewnego lub jakąkolwiek inną osobę in loco parentis wobec dziecka. Proszę wpisać nazwisko i imię oraz inicjał drugiego imienia (drukowanymi literami), jeśli dotyczy.
  2. Proszę wpisać (drukowanymi literami) stopień pokrewieństwa każdej osoby z Panem/Panią (np. współmałżonek, partner, babcia/dziadek, rodzic itp.).
  3. Proszę wpisać datę urodzenia i zaznaczyć pole wskazujące płeć każdej z wymienionych osób.
  4. Należy zaznaczyć „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy każdy członek gospodarstwa domowego ma hiszpańskie lub łatynskie pochodzenie etniczne. Podanie informacji o pochodzeniu etnicznym jest dobrowolne i nie wpływa na prawo do korzystania z pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem ani na wysokość pomocy od tej agencji.
  5. Należy wypełnić kolumnę Rasa dla wszystkich osób, które z Panem/Panią mieszkają. Można wybrać wiele kategorii rasowych dla jednej osoby. Podanie informacji o rasie jest dobrowolne i nie wpływa na prawo do korzystania z pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem ani na wysokość pomocy od tej agencji. Proszę użyć poniższych kodów.  
**AI** - Rdzenny Amerykanin / rdzenna Amerykanka lub rdzenny mieszkaniec / rdzenna mieszkanka Alaski      **AS** - Azjat(k)a  
**BL** - Rasa czarna/afroamerykańska      **HP** Rdzenny mieszkaniec Hawajów lub wysp Pacyfiku      **WH** - Rasa biała
  6. Proszę wpisać numer ubezpieczenia społecznego (SSN) członków swojej rodziny. SSN jest opcjonalny. SSN może zostać użyty przez agencje federalne, stanowe i lokalne w celu zapobiegania powielaniu usług, oszustwom i zgłaszaniu informacji na szczeblu federalnym.
  7. Jeśli jest więcej niż ośmiu (8) członków gospodarstwa domowego, proszę załączyć osobny arkusz, aby dostarczyć wszystkie dotyczące ich informacje.
- **DOKUMENTACJA:** W celu uzyskania dokumentacji wymaganej dla wszystkich dzieci w gospodarstwie domowym w wieku poniżej 18 lat, niezależnie od tego, czy dziecko wymaga opieki, w celu sprawdzenia relacji dziecka z rodzicem/wnioskodawcą oraz weryfikacji wieku dziecka, należy sprawdzić listę kontrolną (CFWB-012B).

## SEKCJA 3

## POTRZEBY DZIECI/RODZINY

1. Proszę zaznaczyć odpowiednie pole (pola) wyboru, aby wskazać powód (powody) wniosku o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem.
    - Zatrudnienie
    - Szkolenie zawodowe lub działalność edukacyjna
    - Otrzymywanie pomocy dla ofiar przemocy domowej (Domestic Violence Services)
    - Poszukiwanie pracy
    - Bezdомność
    - Udział w zatwierdzonym programie leczenia nadużywania środków odurzających
  2. Proszę zaznaczyć opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy dostępny jest rodzic, który nie sprawuje opieki nad dzieckiem.
  3. Proszę zaznaczyć odpowiednie pole wyboru, aby wskazać, czy rodzic aktualnie pełni służbę w pełnym wymiarze godzin w wojsku USA. Aby wniosek był kompletny, trzeba zaznaczyć opcję „TAK” lub „NIE”.
  4. Proszę zaznaczyć odpowiednie pole wyboru, aby wskazać, czy rodzic jest obecnie członkiem Gwardii Narodowej lub Jednostki Rezerwy Wojskowej. Aby wniosek był kompletny, trzeba zaznaczyć opcję „TAK” lub „NIE”.
  5. Proszę zaznaczyć, czy wnioskodawca otrzymuje i/lub składa wniosek o zasiłek na dziecko za pośrednictwem innej agencji i wybrać agencję.
- **DOKUMENTACJA:** W celu uzyskania dokumentacji wymaganej dla każdego powodu opieki należy sprawdzić listę kontrolną (CFWB-012B). Dokumentacja dotycząca statusu wojskowego nie jest wymagana. Wnioskodawca musi dostarczyć dokumentację dochodów uzyskanych ze służby wojskowej.

## SEKCJA 4

## ZATRUDNIENIE

(Należy wypełnić dla każdego pracującego rodzica, opiekuna lub przybranego rodzica w gospodarstwie domowym, jeśli powodem ubiegania się o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem jest zatrudnienie lub zgłasza Pan/i dochód z zatrudnienia)

1. Nazwa pracodawcy wnioskodawcy, adres oraz numer telefonu (drukowanymi literami).
2. Data rozpoczęcia zatrudnienia (drukowanymi literami).
3. Proszę zaznaczyć odpowiednie pole wyboru, aby wskazać, czy pracuje Pan/i na zmianę rotacyjną i/lub wymagane są nadgodziny.
4. W stosownych przypadkach proszę podać nazwę pracodawcy, adres oraz numer telefonu (drukowanymi literami) drugiego rodzica, opiekuna lub przybranego rodzica w gospodarstwie domowym.
5. W stosownych przypadkach proszę podać datę rozpoczęcia zatrudnienia (drukowanymi literami) drugiego rodzica, opiekuna lub przybranego rodzica w gospodarstwie domowym.
6. W stosownych przypadkach proszę zaznaczyć odpowiednie pole wyboru, aby wskazać, czy drugi rodzic, opiekun czy przybrany rodzic pracuje na zmianę rotacyjną i/lub wymagane są nadgodziny.

► **DOKUMENTACJA:** W celu uzyskania dokumentacji wymaganej dla zatrudnienia należy sprawdzić listę kontrolną (CFWB-012B).

## SEKCJA 5

## HARMONOGRAM CZASU PRACY/ZAJĘĆ/PODRÓŻY

(Należy wypełnić dla każdego pracującego rodzica, opiekuna lub przybranego rodzica w gospodarstwie domowym, który jest zatrudniony lub bierze udział w szkoleniu zawodowym lub działalności edukacyjnej)

1. Proszę podać typowe godziny pracy lub zajęć dla każdego dnia tygodnia. Należy wskazać, czy godziny są przed południem czy po południu.
2. W przypadku drugiej zmiany, pracy lub zajęć należy podać harmonogram dla tej czynności (drukowanymi literami).
3. W stosownych przypadkach proszę podać typowe zaplanowane godziny pracy dla każdego dnia tygodnia (drukowanymi literami) drugiego rodzica dziecka, opiekuna i rodzica przybranego w gospodarstwie domowym.
4. Jeśli drugi rodzic, opiekun czy przybrany rodzic ma drugą zmianę, pracę lub zajęcia, proszę podać harmonogram dla tej czynności (drukowanymi literami).
5. Należy sprawdzić czas podróży wnioskodawcy do i z pracy/zajęć do dostawcy.
6. Należy wskazać, czy wnioskodawca korzysta z transportu publicznego w celu podróży do i z pracy/zajęć do dostawcy.
7. W stosownych przypadkach należy sprawdzić czas podróży drugiego rodzica, opiekuna lub przybranego rodzica w gospodarstwie domowym do i z pracy/zajęć do dostawcy.
8. Należy wskazać, czy drugi rodzic, opiekun czy przybrany rodzic w gospodarstwie domowym korzysta z transportu publicznego w celu podróży do i z pracy/zajęć do dostawcy.

## SEKCJA 6

## INFORMACJE O DOCHODACH

W tej sekcji należy odpowiadać tylko na pozycje, z których Pan/i lub członek gospodarstwa domowego uzyskali dochody. Proszę podać informacje o dochodach/świadczeniach dla siebie **oraz** innych dorosłych członków gospodarstwa domowego, w tym mieszkającego z Panem/Panią współmałżonka lub osoby dorosłej, która mieszka z Panem/Panią i z którą ma Pan/i co najmniej jedno wspólne dziecko. Należy również uwzględnić każdą osobę w wieku poniżej 18 lat, która jest prawnie odpowiedzialna za dziecko lub dzieci, dla których wnioskuje się o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem.

1. Proszę zaznaczyć () Tak lub Nie dla siebie i każdego, kto z Panem/Panią mieszka, dla każdego rodzaju dochodu.
2. Dla każdej odpowiedzi „Tak” drukowanymi literami proszę podać kwotę lub wartość w dolarach (USD), częstotliwość jej otrzymywania oraz imię i nazwisko osoby, która otrzymuje dochód.
3. **Wszystkie dochody muszą zostać wykazane we wniosku.**
4. Jeśli wskaże Pan/i, że jest beneficjentem pomocy pieniężnej, należy złożyć wniosek o opiekę nad dziećmi za pośrednictwem pracownika Centrum Pracy Wydziału Zasobów Ludzkich.
5. Jeśli nie ma Pan/i pewności, gdzie można podać rodzaj dochodu, proszę dołączyć go do pozycji „inne”.

► **DOKUMENTACJA:** W celu uzyskania dokumentacji wymaganej dla wykazania dochodu należy sprawdzić listę kontrolną (CFWB-12B).

## SEKCJA 7

## DOSTAWCA

1. Jeśli zakwalifikuje się Pan/i do pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem finansowanej ze stanowej dotacji stanu Nowy Jork na rzecz opieki nad dziećmi (New York State Child Care Block Grant), ma Pan/i możliwość wyboru: opiekę nad dzieckiem w ośrodku lub w domu.
2. Jeśli zna Pan/i dostawcę/program, u którego chce Pan/i zarejestrować dziecko, proszę podać imię i nazwisko, adres i numer programu Wydział ds. Dzieci (Administration for Children's Services, ACS) (jeśli dotyczy).

## SEKCJA 8

## POŚWIADCZENIE

Proszę uważnie przeczytać i podpisać sekcję dotyczącą poświadczenia. Jeżeli wnioskodawca wypełnia wniosek dla innej osoby, musi podpisać się swoim imieniem i nazwiskiem. Jeśli w gospodarstwie domowym jest dwoje rodziców, **oboje rodzice muszą podpisać wniosek.**

Podpisując, zaświadcza Pan/i, że zasoby Pana/Pani rodziny nie przekraczają 1 000 000 USD. Przykładami zasobów rodzinnych są: gotówka, rachunki oszczędnościowe i czekowe, dom, nieruchomości, samochody, akcje, obligacje, fundusze inwestycyjne, IRA, 401(k), renta, fundusz powierniczy, ubezpieczenie na życie, zawartość skrytki depozytowej itp.

## SEKCJA 9

## TYLKO DO UŻYTKU URZĘDOWEGO

Proszę nie wypełniać tej sekcji. Przeznaczona jest ona dla pracowników, którzy ustalają, czy Pana/Pani rodzina kwalifikuje się do opieki.

## KARTA REJESTRACYJNA WYBORCY

Ostatnia strona wniosku o dofinansowanie do opieki nad dzieckiem to wniosek o rejestrację do głosowania. Jeśli chciał(a)by Pan/i pomóc w wypełnieniu formularza rejestracyjnego wyborcy, należy zadzwonić pod numer 311. Złożenie wniosku o rejestrację lub odmowa rejestracji w celu głosowania nie wpływa na prawo do korzystania z pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem ani na wysokość pomocy od tej agencji.

## INFORMACJE O PRAWACH I

Informacje na temat swoich praw i obowiązków można uzyskać pod adresem <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148a.pdf>  
**Jeśli nie ma Pan/i dostępu do Internetu, można zadzwonić do NYC ACS pod numer (212) 835-7610, aby zamówić fizyczne kopie następujących broszur określających Pana/Pani prawa i obowiązki, które następnie zostaną wysłane pocztą.**

- **LDSS-4148A:** *Co należy wiedzieć o swoich prawach i obowiązkach*
- **LDSS-4148B:** *Co należy wiedzieć o programach usług społecznych*
- **LDSS-4148C:** *Co należy wiedzieć w nagłych wypadkach*

## Lista kontrolna składania nowego wniosku o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem

Wniosek o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem (CFWB-012) musi zawierać dokumentację uzupełniającą. Należy sprawdzić, czy dostarczono dokumentację dla każdego wymogu kwalifikowalności do dofinansowania.

### 1. WNIOSEK (CFWB-012)

Należy się upewnić, że wszystkie sekcje są wypełnione, w tym:

- W przypadku gospodarstwa domowego z dwojgiem rodziców podpis obojga rodziców
- Status wojskowy (Sekcja 3)                       Czas podróży (sekcja 5)

### 2. MIEJSCE ZAMIESZKANIA W MIEŚCIE NOWY JORK

Należy załączyć kopię **jednego** z poniższych:

- Karta identyfikacyjna miasta Nowy Jork (IDNYC)                       Rachunek za usługi komunalne                       Sekcja 8 List o przyznaniu
- Prawo jazdy                       Rachunek za czynsz
- Poświadczenie Nowojorskiego Urzędu ds. Mieszkalnictwa (New York City Housing Authority, NYCHA)
- Zaświadczenie o miejscu zamieszkania CFWB-067                       Inne \_\_\_\_\_

*UWAGA: Jeśli „INNA” dokumentacja nie jest zadowalająca, Wydział ds. Dzieci (Administration for Children’s Services, ACS) powiadomi wnioskodawcę.*

### 3. TYLKO W PRZYPADKU DZIECKA (DZIECI) WYMAGAJĄCEGO OPIEKI: OBYWATELSTWO I STATUS IMIGRACYJNY

Należy załączyć kopię **jednego** z poniższych:

- Amerykański akt urodzenia                       Karta rejestracyjna cudzoziemca, w tym Karta Stałego Rezydenta lub Zielona Karta
- Formularz paszportu amerykańskiego                       FS-240 (Zgłoszenie urodzenia za granicą USA Obywatela Stanów Zjednoczonych)
- Poświadczenie naturalizacji                       Inne \_\_\_\_\_

**UWAGA: Jeśli „INNA” dokumentacja nie jest zadowalająca, ACS powiadomi wnioskodawcę.**

### 4. RELACJA DZIECKA Z RODZICEM/WNIOSKODAWCĄ

Kopia **jednego** z poniższych dokumentów dla **wszystkich** dzieci poniżej 18 roku życia w gospodarstwie domowym, niezależnie od tego, czy dziecko wymaga opieki:

- Akt urodzenia                       Świadcstwo adopcji
- Akt chrztu                       Postanowienie sądowe dla opiekuna prawnego odpowiedzialnego materialnie
- Paszport z podpisem rodzica

### 5. WIEK

Kopia **jednego** z poniższych dokumentów dla **wszystkich** dzieci poniżej 18 roku życia w gospodarstwie domowym, niezależnie od tego, czy dziecko wymaga opieki:

- Akt urodzenia                       Świadcstwo adopcji
- Akt chrztu                       Karta rejestracyjna cudzoziemca
- Paszport

### 6. DOCHÓD

Wszyscy Wnioskodawcy składający CFWB-012 muszą przedstawić dokumentację dochodów bez względu na powód opieki.

**W przypadku zatrudnienia:**

- CFWB-015 - Skierowanie do pracodawcy w celu uzyskania informacji o dochodzie pracownika

**LUB**

- Odcinki wypłat (dwutygodniowe = co 2 tygodnie; półmiesięczne = dwa razy w miesiącu)
- Tygodniowe – 4 bieżące, kolejne odcinki wypłaty, jeśli kwota brutto jest taka sama
- Tygodniowe – 12 bieżących, następujących po sobie odcinków wypłaty, jeśli kwota brutto jest zmienna
- Dwutygodniowe/półmiesięczne – 2 bieżące, kolejne odcinki wypłaty, jeśli kwota brutto jest taka sama
- Dwutygodniowe/półmiesięczne – 6 bieżących, kolejnych odcinków wypłaty, jeśli kwota brutto jest zmienna

Formularze i instrukcje składania wniosków są dostępne na stronie <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page>.  
Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu 311 lub 212-835-7610.

**W przypadku samozatrudnienia:**

- W przypadku samozatrudnienia od 1 roku lub więcej: aktualny, kompletny i podpisany pakiet podatku dochodowego (np. 1040, 1065, Schedule C, SE w przypadku partnerstwa, K-1 itd.)
- W przypadku samozatrudnienia krócej niż 1 rok, należy wypełnić i przesłać zaświadczenie o dochodach z samozatrudnienia CFWB-031

**Inny dochód:**

- Ostatnie czeki, odcinki wypłat lub aktualne przyznania wymagane dla innych dochodów wskazanych przez wnioskodawcę w CFWB-012, w tym dodatkowy dochód bezpieczeństwa (Supplemental Security Income, SSI), świadczenia inwalidzkie (Social Security Disability, SSD), zasiłki dla bezrobotnych, dochody z najmu, emerytur, rent, odszkodowań pracowniczych, alimentów i dofinansowań na dziecko.

## 7. POWODY OPIEKI

---

Wnioskodawca musi udokumentować jeden z następujących powodów opieki:

**a. Pracuje minimum 10 godzin tygodniowo i zarabia co najmniej płacę minimalną:**

- Powyżej pod dochodami należy sprawdzić wymagane dokumenty dotyczące zatrudnienia i / lub samozatrudnienia.

**b. Szkolenie zawodowe/działalność edukacyjna:**

Szkoła zawodowa, 2-letnia uczelnia lub 4-letnia uczelnia (jedno z poniższych)

- CFWB-005 z pieczęcią szkoły
- Dopuszczalne jest również pismo z instytucji szkoleniowej lub edukacyjnej na oficjalnym papierze firmowym, ale musi zawierać wszystkie niezbędne informacje odzwierciedlone w CFWB-005.

**c. Poszukiwanie pracy (Jedno z poniższych):**

- CFWB-026 - Dokumentacja poszukiwania pracy
- Zatwierdzony plan poszukiwania pracy wydany przez Departament Pracy stanu Nowy Jork (NYS Dept. of Labor)
- Dowód potwierdzający ubezpieczenie od bezrobocia

**d. Bezdomność (Jedno z poniższych):**

- Pisemne skierowanie z hotelu/schroniska
- Kwestionariusz mieszkaniowy CFWB-027 / Poświadczenie

**e. Skierowanie w sprawie przemocy w rodzinie (od dostawcy usług w zakresie przemocy w rodzinie):**

- Skierowanie do usług w odpowiedzi na przemoc w rodzinie

**f. Skierowanie do programu leczenia uzależnień (od usługodawcy leczenia uzależnień):**

- Skierowanie na usługi leczenia uzależnień

Formularze i instrukcje składania wniosków są dostępne na stronie <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page>.  
Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu 311 lub 212-835-7610.

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



### **Jak przesłać wniosek**

Proszę wypełnić wniosek o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem (CFWB-012), zebrać całą wymaganą dokumentację, aby zweryfikować wielkość rodziny, miejsce zamieszkania, dochód i powód opieki. Przed wysłaniem należy skorzystać z listy kontrolnej wniosku, aby upewnić się, że wniosek jest kompletny.

Wypełniony wniosek i dokumentację należy przesłać na poniższy adres w celu rozpatrzenia:

NYC Children – EDU  
PO Box 40  
Maplewood, NJ 07040

Wszystkie dokumenty powinny być wysłane pocztą amerykańską. Dokumenty nie mogą zostać wysłane za pośrednictwem Fedex lub UPS do skrytki pocztowej.

W razie pytań dotyczących wniosku należy zadzwonić do Centrum telefonicznego Wydziału ds. Dzieci (Administration for Children's Services, ACS) pod numer 212-835-7610.



## **NOTATKA**

**Do:** Wszystkich rodziców/opiekunów ubiegających się o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem

**Re:** Status imigracyjny

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)

---

NIEKTÓRE PROGRAMY WYMAGAJĄ DOWODU, ŻE PANA/PANI DZIECKO WYMAGAJĄCE OPIEKI JEST OBYWATELEM USA, OSOBAŃ NARODOWOŚCI AMERYKAŃSKIEJ LUB OSOBAŃ O ODPOWIEDNIM STATUSIE IMIGRACYJNYM.

NIE ZOSTANIE PAN/I ZAPYTANY(-A) O STATUS IMIGRACYJNY SWÓJ LUB INNYCH OSÓB W DOMU, A JEDYNIE DZIECKA (DZIECI) POTRZEBUJĄCEGO OPIEKI.

Jeśli ma Pan/i pytania lub chciał(-a)by otrzymać listę dotowanych programów wczesnej opieki i edukacji, które nie wymagają dowodu obywatelstwa lub statusu imigracyjnego dziecka, należy zadzwonić na infolinię Wydziału ds. Dobrobytu Dziecka i Rodziny (ACS Child and Family Well-Being) pod numer (212) 835-7610 lub odwiedzić naszą witrynę pod adresem <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/eligibility.page>.





# NYS Agency-Based Voter Registration Form

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

- YES** If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below
- NO** because I choose not to register **OR**
- I am already registered at my current address **OR**
- I asked for and received a mail registration form

*If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.*

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Please Print Name \_\_\_\_\_

### Important!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

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 ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

## VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink**  Yes, I would like to be an Election Day worker

<b>1</b>	<b>Are you a U.S. citizen?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO, do not complete this form</small>	<b>2</b>	<b>A) Will you be 18 years old on or before election day?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO to both of the prior questions, you cannot register to vote.</small>	<b>For Board Use Only</b>		
<b>3</b>	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____					
<b>4</b>	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____					
<b>5</b>	Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____					
<b>6</b>	Date of Birth _____	<b>7</b>	Gender (optional) _____	<b>8</b>	Telephone (optional) _____	Email (optional) _____
<b>10</b>	The last year you voted _____	Your address was (give house number, street and city) _____		<b>9</b>	<b>ID Number</b> (Check the applicable box and provide your number) <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number	
<b>11</b>	<b>Political Party</b> <b>I wish to enroll in a political party</b> <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Other _____ <b>I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter</b> <input type="checkbox"/> No party				<b>12</b>	<b>Affidavit: I swear or affirm that</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• I am a citizen of the United States.</li><li>• I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election.</li><li>• I will meet all requirements to register to vote in New York State.</li><li>• This is my signature or mark on the line below.</li><li>• The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years.</li></ul> Signature or Mark in ink _____ Date _____ / _____ / _____

### (Optional) Register to donate your organs and tissues

Last Name		
First Name	Middle Initial	Suffix
Address		
Apt Number	City/Town/Village	Zip Code
Birth Date	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Eye Color	Height _____ Ft. _____ In.	
Email	DMV or ID NYC Number	

By signing below, you certify that you are:

- 16 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS Donate Life Registry for enrollment;
- And authorizing the Registry to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health hospitals upon your death.



Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Qualifications for Registration

## Important!

### You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment;
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age.

### To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison for a felony conviction;
- not claim the right to vote elsewhere; and
- not found to be incompetent by a court.

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

NYS Board of Elections

40 North Pearl St, Suite 5

Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;

or visit our web site - [www.elections.ny.gov](http://www.elections.ny.gov)

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

---

## Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

## To complete this form:

**It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.**

*Box 9:* You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

*Box 10:* If you have never voted before, write "None". If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same".

*Box 11:* Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.