

托儿援助申请

请仔细阅读说明 (CFWB-012A) 并查看文件检查清单 (CFWB-012B)，以便获取填写本申请表的相关帮助以及了解需要提供的文件。

注意： 本申请表仅适用于申请第 2 类或第 3 类*托儿援助（面向未接受现金援助的家庭）。如要申请现金援助或其他福利，包括第 1 类托儿援助（面向接受现金援助的家庭），您必须填写纽约州特定福利和服务申请表 (LDSS-2921)。

请注意： 填写本表格的所有部分才能视为完整填写，除非该部分标识为选填。
如未填写本表格的所有必填部分，您的托儿援助申请可能不会予以考虑。

不论收入如何，以下申请人均符合申请托儿援助的资格，无需填写本申请表：
需要托儿援助才能工作并且仅为寄养儿童申请援助的寄养父母。
接受保护性或预防性服务的家庭。

请参阅申请说明 (CFWB-012A) 以了解详细信息

新申请

变更/重新认证

重开个案

OFFICE USE ONLY

Case #: _____

Application Date: _____

第 1 部分 申请人	姓氏 (请在括号内写下所有别名或婚前姓名) : _____ 名字: _____ 中间名首字母: _____ 婚姻状况: _____
	家庭住址: _____ 门牌号: _____ 市/行政区: _____ 州: _____ 邮政编码: _____
	是否是临时地址? <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 如勾选“是”，家庭目前是否居住在 (勾选一项): <input type="radio"/> 无家可归者收容所 <input type="radio"/> 与另一个家庭合住 <input type="radio"/> 酒店/汽车旅馆 <input type="radio"/> 汽车、公共汽车、火车 <input type="radio"/> 公园、露营地 <input type="radio"/> 其他
	公司电话号码: _____ 家庭电话号码: _____ 电话号码 (手机或其他): _____ 电子邮件: _____
	您是否在接收现金援助? <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 CA 编号: _____ 您使用的主要语言是什么? <input type="radio"/> 英语 <input type="radio"/> 西班牙语 <input type="radio"/> 其他 _____ 您的首选语言是什么? <input type="radio"/> 英语 <input type="radio"/> 西班牙语 <input type="radio"/> 其他 _____

请列出家庭中需要托儿服务的所有儿童。（仅限需要托儿服务的儿童）

第 2 部分 需要托儿服务的儿童	姓名 (姓氏、名字)	中间名首字母	关系	出生日期	性别	儿童的双方家长是否都住在家中?	族裔 西班牙裔或拉丁裔**	种族** (参见下面的说明)	社会安全号码 (选填)	儿童是否有残疾?	儿童是否是美国公民/ 美国国民/具有符合要求的移民身份者?
	1.										
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											

* 第 1 类：符合托儿援助保证资格的家庭 – 申请或接受现金援助、接受托儿援助以代替 CA 或者接受过渡性托儿援助

第 2 类：在资金可用时符合资格的家庭

第 3 类：在资金可用时符合资格，并且 ACS 已将其纳入儿童和家庭服务计划的家庭

** 提供族裔和种族信息基于自愿原则，不会影响您申请托儿援助的资格或本机构为您提供的援助金额。

种族归属代码：

AI 美洲原住民或阿拉斯加原住民
AS 亚裔
BL 黑人或非裔美国人
HP 夏威夷原住民或太平洋岛民
WH 白人

请列出整个家庭中的所有**其他成员**（第 2A 部分中未列出的成员），包括**不需要托儿服务的 18 岁以下儿童**。首先列出您自己，然后列出与您同住的每位家庭成员。

第 2B 部分 家庭成员	姓名 (姓氏、名字) (请在括号内写下所有别名或婚前姓名)	中间名首字母	关系	出生日期	性别	族裔 西班牙裔或 拉丁裔**	种族** (参见右侧的 说明)	社会安全号码 (选填)
	1.		本人					
	2.							
	3.							
	4.							
	5.							
	6.							
	7.							
	8.							

对于其他家庭成员，请另附相应的表格。请提供任何同住配偶、托儿援助申请儿童的同住家长或看护人的信息。

种族归属代码：

- AI 美洲原住民或阿拉斯加原住民
- AS 亚裔
- BL 黑人或非裔美国人
- HP 夏威夷原住民或太平洋岛民
- WH 白人

OFFICE USE ONLY Family Size: _____

第 3 部分 儿童/家庭需求	您申请托儿援助的原因是什么？	其中一方家长目前是否在美国军队中全职服役？	申请人是否正通过不同的申请途径接受和/或申请托儿援助？ 如勾选“是”，请指明机构：
	<input type="radio"/> 雇佣 <input type="radio"/> 职业培训/教育活动 <input type="radio"/> 接受家庭暴力服务 <input type="radio"/> 正在找工作 <input type="radio"/> 无家可归 <input type="radio"/> 参加经批准的药物滥用治疗计划	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 其中一方家长目前是否是国民警卫队或预备役部队的成员？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 是否有非监护家长可以照看儿童？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 教育局 (Department of Education, DOE) <input type="radio"/> 人力资源管理局 (Human Resources Administration, HRA) <input type="radio"/> 青年与社区发展部 (Department of Youth and Community Development, DYCD) <input type="radio"/> 无家可归者服务部 (Department of Homeless Services, DHS) <input type="radio"/> 劳工教育联盟 (Consortium for Worker Education, CWE) <input type="radio"/> 儿童服务管理局, ACS)

第 4 部分 - 雇佣 (如果申请托儿援助的原因是雇佣)	申请人的雇主名称： _____	电话号码： _____	地址： _____	市/行政区： _____	州： _____	邮政编码： _____	
	雇佣开始日期： _____	工作是否需要轮班？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	工作是否需要加班 (OT)? <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否				
	如果申请人有第二份工作	申请人的雇主名称： _____	电话号码： _____	地址： _____	市/行政区： _____	州： _____	邮政编码： _____
	雇佣开始日期： _____	工作是否需要轮班？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	工作是否需要加班 (OT)? <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否				
家庭中的第二家长、看护人或继父母							
申请人的雇主名称： _____	电话号码： _____	地址： _____	市/行政区： _____	州： _____	邮政编码： _____		
雇佣开始日期： _____	工作是否需要轮班？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	工作是否需要加班 (OT)? <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否					
如果家庭中的第二家长、看护人或继父母有第二份工作	申请人的雇主名称： _____	电话号码： _____	地址： _____	市/行政区： _____	州： _____	邮政编码： _____	
雇佣开始日期： _____	工作是否需要轮班？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	工作是否需要加班 (OT)? <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否					

第 5 部分
工作/活动行程时间表

典型的工作/活动时间表 (即教育/职业活动)

星期日		星期一		星期二		星期三		星期四		星期五		星期六	
开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间

家庭中第二家长、看护人或继父母的典型工作/活动时间表

星期日		星期一		星期二		星期三		星期四		星期五		星期六	
开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间

若家长有第二个班次、工作或活动, 请填写下面的时间表

星期日		星期一		星期二		星期三		星期四		星期五		星期六	
开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间

若家庭中的第二家长、看护人或继父母有第二个班次、工作或活动, 请填写下面的时间表

星期日		星期一		星期二		星期三		星期四		星期五		星期六	
开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间	开始时间	结束时间

行程时间 送孩子: 从托儿服务提供者处到工作/活动地点所需的时间?
 勾选下列选项之一: 15 分钟 30 分钟 45 分钟 1 小时 超过 1 小时。具体时间 (如果超过 1 小时) _____ 是否使用公共交通工具? 是 否

接孩子: 从工作/活动地点到托儿服务提供者处所需的时间?
 勾选下列选项之一: 15 分钟 30 分钟 45 分钟 1 小时 超过 1 小时。具体时间 (如果超过 1 小时) _____ 是否使用公共交通工具? 是 否

配偶/其他家长: 从托儿服务提供者处至工作/活动地点所需的时间?
 勾选下列选项之一: 15 分钟 30 分钟 45 分钟 1 小时 超过 1 小时。具体时间 (如果超过 1 小时) _____ 是否使用公共交通工具? 是 否

接孩子: 从工作/活动地点到托儿服务提供者处所需的时间?
 勾选下列选项之一: 15 分钟 30 分钟 45 分钟 1 小时 超过 1 小时。具体时间 (如果超过 1 小时) _____ 是否使用公共交通工具? 是 否

指明您或与您一起申请的任何人是否有以下来源的收入。请参阅检查清单 (CFWB-012B) 以了解文件要求。请以正楷填写

第 6 部分 收入信息	来源	是/否	总金额	频率? (每周、每两周、每月等?)	领用人是谁?	OFFICE USE ONLY	
						Type of Documentation	Monthly Calculations
	申请人的工资/薪水, 包括加班费、佣金、培训费、小费		\$		本人		
	家庭中第二家长、看护人或继父母的工资/薪水, 包括加班费、佣金、培训费、小费		\$				
	自雇净收入		\$				
	子女抚养费 (已收到)		\$				
	离婚赡养费/配偶赡养费 (已收到)		\$				
	失业保险金、工伤赔偿		\$				
	社会安全福利 (包括 SSI)		\$				
	残疾福利金 (NYS、VA、私人)		\$				
	租房/寄宿/房客收入 (已收到)		\$				
	股票、债券、存款的分红/利息		\$				
	退休金、养老金/年金		\$				
	现金援助 (CA) 补助金, Safety Net 福利		\$				
	其他 (请说明)		\$				
	总收入		\$				

第 7 部分 托儿服务提供者

如果您有资格获得纽约州托儿整体补助金资助的托儿援助，可以选择基于中心或基于家庭的托儿服务。如果您选择的托儿服务提供者未获得执照或未注册，则该托儿服务提供者必须注册为合法豁免的托儿服务提供者。请在下方提供您选择的托儿服务提供者的名称和地址。您可以在附表中列出其他选择。

名称: _____ 计划编号 (如适用): _____ 名称: _____ 计划编号 (如适用): _____ 名称: _____ 计划编号 (如适用): _____

地址: _____ 地址: _____ 地址: _____

第 8 部分 证明

1. 本人明白，此申请表中所含的信息将用于判定本人或本人的家庭是否有资格获得服务/补贴。本人明白，签署此申请表，即表示本人同意全力配合任何调查以核实或确认本人所提供的信息，或全力配合与本人申请托儿援助相关的任何其他调查。如果需要，本人将提供其他信息。

2. 联邦、州和地方机构可能会使用社会安全号码（如果提供）来防止重复服务和欺诈，以及用于联邦报告。

3. 本人同意，如果本人的需求、收入、地址、居住安排、家庭构成或提供托儿服务的地址、提供托儿服务的人员、托儿服务提供者费用和/或需要托儿服务的时间发生任何变化，本人将立即通知机构。

4. 本人证明，所列需要托儿服务的儿童是美国公民、美国国民或具有符合要求的移民身份者。本人明白，如有需要，所列儿童的这些相关信息可能会提交给移民和归化局 (Immigration and Naturalization Service, INS) 以核实移民身份。本人亦明白，使用或披露所列儿童相关信息的对象仅限于与移民身份核实和托儿援助计划条款的管理或执行直接相关的个人和组织。

5. 本人明白，此申请仅用于申请托儿援助这一特定目的。如果想要获得其他援助，如补充营养援助计划 (SNAP)、Medicaid、现金援助或其他服务，则需要另外提出申请。但是，本申请以及在调查本申请的过程中获得的任何信息均可共享给您正在申请或已申请任何其他援助或福利所属的任何城市、州或联邦机构。

6. 联邦和州法律规定，如果您在申请托儿援助或回答关于资格的问题时隐瞒实情，或者您让其他人对于您的申请或继续领取资格隐瞒实情，您可能被判处罚款和/或监禁。如果您对领取托儿援助的初始资格或持续领取资格隐瞒事实或不披露事实，或者您隐瞒或不披露会影响某人（您为其提出申请）获取或持续领取托儿援助的权利的事实，您也可能被判处罚款。如果您是经他人授权代表其进行申请的，则托儿援助必须由该授权人而不是您本人使用。通过隐瞒信息或提供虚假信息来获取托儿援助属于非法行为。

7. 本人证明，本人的家庭资产不超过 1,000,000.00 美元。

纽约市儿童服务管理局以政策规定并承诺，不根据种族、信仰、年龄、肤色、生理性别、宗教、祖国、外国人或公民身份、身体或精神残疾、社会性别、性别认同、性取向、怀孕、婚姻或伴侣关系状况进行歧视。

您可以获取有关权利和责任的信息，网址：<http://otda.ny.gov/programs/applications/4148A.pdf>
如果无法上网，您可以致电 (212) 835-7610 联系纽约市 ACS，以索取以下手册的纸质副本。
LDSS-4148A: 权利和责任须知；**LDSS-4148B:** 社会服务计划须知；**LDSS-4148C:** 紧急情况应对方法须知

证明: 本人宣誓及/或确认，本人已向或将向纽约市 ACS 提交的、与托儿援助相关的所有资料均准确无误，否则将接受伪证罪处罚。本人已阅读并理解上述和所附的通知。本人理解并同意上述证明。

如果家庭中有两名家长/看护人，请提供这两名家长/看护人的签名。

家长/看护人签名: _____ 家长/看护人签名: _____ 家长/看护人签名: _____

正楷姓名: _____ 日期: _____ 正楷姓名: _____ 日期: _____ 正楷姓名: _____ 日期: _____

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

Eligibility determined and approved by (print and initial): _____

Length of Eligibility from _____ to _____ Codes: RFC: _____ PR: _____ FS: _____

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

Date: _____

额外的孩子（如果适用）

第 2 部分 需要托儿服务的儿童	姓名（姓氏、名字）	中间名首字母	关系	出生日期	性别	儿童的双方家长是否都住在家中？	族裔 西班牙裔或拉丁裔**	种族** (参见下面的说明)	社会安全号码 (选填)	儿童是否有残疾？	儿童是否是美国公民/美国国民/具有符合要求的移民身份者？
	9..										
	10.										
	11.										
	12.										
	13..										
	14.										
	15.										
	16.										
	17.										
	18.										
	19.										
	20.										
	21.										
	22..										
	23.										
	24.										
	25.										
	26.										
	27.										
28.											

* 第 1 类：符合托儿援助保证资格的家庭 – 申请或接受现金援助、接受托儿援助以代替 CA 或者接受过渡性托儿援助

第 2 类：在资金可用时符合资格的家庭

第 3 类：在资金可用时符合资格，并且 ACS 已将其纳入儿童和家庭服务计划的家庭

** 提供族裔和种族信息基于自愿原则，不会影响您申请托儿援助的资格或本机构为您提供的援助金额。

种族归属代码：

- AI 美洲原住民或阿拉斯加原住民
- AS 亚裔
- BL 黑人或非裔美国人
- HP 夏威夷原住民或太平洋岛民
- WH 白人

其他家庭成员（如适用）

第 2B 部分 家庭成员	姓名（姓氏、名字） <small>（请在括号内写下所有别名或婚前姓名）</small>	中间名 首字母	关系	出生日期	性别	族裔 西班牙裔或 拉丁裔**	种族** <small>（参见右侧的 说明）</small>	社会安全号码 <small>（选填）</small>
	9							
	10							
	11.							
	12.							
	13.							
	14							
	15.							
	16.							
	17.							
	18.							
	19.							
	20.							
	21.							
	22.							
	23.							
	24.							
	25.							
	26.							
	27.							
28.								

对于其他家庭成员，请另附相应的表格。请提供任何同住配偶、托儿援助申请儿童的同住家长或看护人的信息。

种族归属代码：

- AI 美洲原住民或阿拉斯加原住民
- AS 亚裔
- BL 黑人或非裔美国人
- HP 夏威夷原住民或太平洋岛民
- WH 白人

OFFICE USE ONLY Family Size: _____

其他提供者（如果适用）

第 7 部分 托儿服务提供者	如果您有资格获得纽约州托儿整体补助金资助的托儿援助，可以选择基于中心或基于家庭的托儿服务。如果您选择的托儿服务提供者未获得执照或未注册，则该托儿服务提供者必须注册为合法豁免的托儿服务提供者。请在下方提供您选择的托儿服务提供者的名称和地址。您可以在附表中列出其他选择。
	名称： _____ 计划编号（如适用）： _____ 名称： _____ 计划编号（如适用）： _____ 名称： _____ 计划编号（如适用）： _____ 地址： _____ 地址： _____ 地址： _____

第 7 部分 托儿服务提供者	如果您有资格获得纽约州托儿整体补助金资助的托儿援助，可以选择基于中心或基于家庭的托儿服务。如果您选择的托儿服务提供者未获得执照或未注册，则该托儿服务提供者必须注册为合法豁免的托儿服务提供者。请在下方提供您选择的托儿服务提供者的名称和地址。您可以在附表中列出其他选择。
	名称： _____ 计划编号（如适用）： _____ 名称： _____ 计划编号（如适用）： _____ 名称： _____ 计划编号（如适用）： _____ 地址： _____ 地址： _____ 地址： _____

第 7 部分 托儿服务提供者	如果您有资格获得纽约州托儿整体补助金资助的托儿援助，可以选择基于中心或基于家庭的托儿服务。如果您选择的托儿服务提供者未获得执照或未注册，则该托儿服务提供者必须注册为合法豁免的托儿服务提供者。请在下方提供您选择的托儿服务提供者的名称和地址。您可以在附表中列出其他选择。
	名称： _____ 计划编号（如适用）： _____ 名称： _____ 计划编号（如适用）： _____ 名称： _____ 计划编号（如适用）： _____ 地址： _____ 地址： _____ 地址： _____

收入票据

--

儿童和家庭福祉处

有关填写第 2 类或第 3 类托儿援助申请表的说明*

能否获得托儿援助取决于托儿服务整体补助金 (Child Care Block Grant) 划拨的资金。
如果没有可用资金，您的孩子可能会被列入等候名单。

尊敬的家长/看护人：

本申请说明仅适用于以第 2 类或第 3 类家庭身份申请托儿援助

若您只申请第 2 类或第 3 类托儿援助（适用于没有接受现金援助 (Cash Assistance, CA) 的家庭），则可以参考此简短申请说明。如果您想申请其他福利，例如现金援助、补充营养援助计划（食品券）、家庭能源援助计划、Medicaid 或其他服务，包括第 1 类托儿援助（适用于接受现金援助的家庭），请索取 *纽约州特定福利和服务申请 (LDSS-2921)* 表。

提交托儿援助申请而非 *纽约州特定福利和服务申请 (LDSS-2921)*，表示您只申请资金可用时适用的第 2 类和第 3 类托儿援助。您申请的不是第 1 类保证托儿援助。

以下说明旨在帮助您填写申请资料。填写申请资料时，请务必使用蓝色或黑色墨水的签字笔以正楷清晰地填写方体大写字母（A、B、C）。您也可以填写电子版申请表，然后保存并打印。

本申请必须附证明文件，例如收入证明、地址证明和就业证明。

请参阅所附的资料提交检查清单 (CFWB-012B) 以了解所有必要文件。

请在填写申请资料前仔细阅读

- ▶ 如果您正在接受预防性或保护性儿童福利服务，或者您是受雇的寄养父母，则您可能已经符合托儿援助的资格，且可能不需要填写此申请表。请要求您的个案规划人员进行托儿援助转介。
- ▶ 若您在接受现金援助，则应联系人力资源管理局 (Human Resources Administration, HRA) 就业中心以申请托儿援助。

请注意：如未填写任何必填字段，则整份申请表将被视为未填妥。

仅限官方使用

灰色阴影方框仅限官方使用。请**不要**在这些部分中填写任何内容。

*第 1 类：符合托儿援助保证资格的家庭 – 申请或接受现金援助、接受托儿援助以代替 CA 或者接受过渡性托儿援助

第 2 类：在资金可用时符合资格的家庭

第 3 类：在资金可用时符合资格，并且儿童服务管理局 (Administration for Children's Services, ACS) 已将其纳入儿童和家庭服务计划的家庭

请在右上角指明您是提交**新申请**、请求**变更**状态/重新认证还是请求**重开**个案。

第 1 部分

申请人

申请人是申请托儿援助的成年家长或看护人。如未另行说明，此部分只须包含有关申请人的以下信息：

1. 以正楷填写您的姓氏、名字和中间名首字母。请在括号内写下所有别名或婚前姓名。
 2. 指明您的婚姻状况（单身、已婚、离异或丧偶）。
 3. 以正楷填写您的家庭住址。
 4. 指明是否为临时地址。仅在家庭目前住在无家可归者收容所、与另一个家庭合住、住在酒店/汽车旅馆、住在汽车/公共汽车/火车上、住在公园/露营地或其他地方，才勾选“是”。
 5. 以正楷填写您含区号的电话号码，包括公司电话号码、家庭电话号码、手机/其他电话号码（如适用）。
 6. 以正楷填写您的电子邮件地址（选填）。
 7. 就现金援助状态勾选“是”或“否”。（如果您是 CA 领用人，则应通过 HRA 就业中心的工作人员申请托儿援助）。
 8. 勾选您在家中常讲的语言对应的方框。如勾选“其他”，请以正楷填写所用语言的名称。
 9. 勾选您希望使用的沟通语言对应的方框。如勾选“其他”，请以正楷填写偏好语言的名称。
- 文件：请参阅检查清单 (CFWB-012B)，了解有关纽约市居住状况所需的文件。

第 2A 部分

需要托儿服务的儿童

1. 以正楷填写您正在为其申请托儿援助的家庭中每名儿童的姓氏、名字和中间名首字母。
 2. 对于家庭中的每名儿童，以正楷填写其与您的关系（例如子女）。
 3. 以正楷填写出生日期，并勾选指明所列每名儿童性别的方框。
 4. 指明儿童的双方家长是否都住在家中。
 5. 勾选“是”或“否”，指明申请托儿援助的每名儿童是否为西班牙裔或拉丁裔。提供族裔信息基于自愿原则，不会影响您申请托儿援助的资格或本机构为您提供的援助金额。
 6. 为每名需要托儿服务的儿童填写“种族”一栏。您可以为一名儿童选择多个种族类别。提供种族信息基于自愿原则，不会影响您申请托儿援助的资格或本机构为您提供的援助金额。请用下列代码填写。
AI - 美洲原住民或阿拉斯加原住民 **AS** - 亚裔 **BL** - 黑人或非裔美国人
HP - 夏威夷原住民或太平洋岛民 **WH** - 白人
 7. 提供每名儿童的社会安全号码 (Social Security Number, SSN)。您不需要提供自己的 SSN。联邦、州和地方机构可能会使用这些号码来防止重复服务和欺诈，以及用于联邦报告。
 8. 勾选“是”或“否”以指明需要托儿服务的儿童是否有残疾¹。如果经确定您的孩子符合申请托儿援助的资格，请访问 <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> 以获取特殊需求申请表。
 9. 勾选“是”或“否”以指明需要托儿服务的儿童是否为美国公民、美国国民或具有符合要求的移民身份者。
 10. 如果您为超过八 (8) 名儿童申请托儿援助，请为其他儿童另附一份表格。
- 文件：请参阅检查清单 (CFWB-012B)，了解仅为需要托儿服务的儿童证明公民/移民身份所需的文件。

¹ 残疾或有特殊需要的儿童是指无法照顾自己，并且确诊有以下一种或多种疾病以致严重影响其正常活动能力的儿童：视力障碍、失聪或其他听力障碍、肢体障碍、情绪障碍、智力障碍、学习障碍、言语障碍、健康障碍、自闭症或多重残疾。任何此类诊断必须由医生、持照或认证心理医生或其他具有相应诊断资质的专业人员做出。

第 2B 部分

家庭成员

1. 家庭成员是指整个家庭中的任何其他成员，包括不需要托儿服务的儿童。首先列出您自己，然后列出与您同住的其他每个人，包括儿童的第二家长、看护人和继父母（如适用）。看护人包括法定监护人、看护人亲属或作为儿童的替代父母的任何其他人。以正楷填写家庭成员的姓氏、名字和中间名首字母（如适用）。
 2. 以正楷填写每位家庭成员与您的关系（例如配偶、伴侣、祖父母/外祖父母、父母等）。
 3. 以正楷填写每位家庭成员的出生日期，并勾选指明每人性别的方框。
 4. 勾选“是”或“否”，指明每位家庭成员是否为西班牙裔或拉丁裔。提供族裔信息基于自愿原则，不会影响您申请托儿援助的资格或本机构为您提供的援助金额。
 5. 为与您同住的每位家庭成员填写“种族”一栏。您可以为一名家庭成员选择多个种族类别。提供种族信息基于自愿原则，不会影响您申请托儿援助的资格或本机构为您提供的援助金额。请用下列代码填写。
AI - 美洲原住民或阿拉斯加原住民 **AS** - 亚裔 **BL** - 黑人或非裔美国人
HP - 夏威夷原住民或太平洋岛民 **WH** - 白人
 6. 填写每位家庭成员的社会安全号码。SSN 为选填项目。联邦、州和地方机构可能会使用 SSN 来防止重复服务和欺诈，以及用于联邦报告。
 7. 如果家庭成员超过八 (8) 人，请另附表格，详细列出他们的所有信息。
- ▶ 文件：请参阅检查清单 (CFWB-012B)，了解核实家庭中所有 18 岁以下儿童（无论该儿童是否需要托儿服务）与家长/申请人之间关系及儿童年龄所需的文件。

第 3 部分

儿童/家庭需求

1. 请勾选相应的方框，指明您申请托儿援助的原因。
 - 雇佣
 - 职业培训或教育活动
 - 接受家庭暴力服务
 - 正在找工作
 - 无家可归
 - 参加经批准的药物滥用治疗计划
 2. 勾选“是”或“否”，指明是否有非监护家长可以照看儿童。
 3. 勾选相应的方框，指明其中一方家长目前是否在美国军队中全职服役。必须勾选“是”或“否”才能完成申请。
 4. 勾选相应的方框，指明其中一方家长目前是否是国民警卫队或预备役部队的成员。必须勾选“是”或“否”才能完成申请。
 5. 指明申请人是否正在通过不同的机构接受和/或申请托儿援助，并选择相应的机构。
- ▶ 文件：请参阅检查清单 (CFWB-012B)，了解说明每种照护原因所需的文件。不需要提供证明兵役状况的文件。申请人必须提供证明其兵役所得收入的文件。

第 4 部分

雇佣

(如果您申请托儿援助的原因是雇佣或您需要申报工作收入, 请为家庭中的每位受雇家长、看护人或继父母填写)

1. 以正楷填写申请人的雇主名称、地址和电话号码。
2. 以正楷填写雇佣开始日期。
3. 勾选相应的方框, 指明您的工作是否需要轮班和/或加班。
4. 如果适用, 请以正楷填写家庭中第二家长、看护人或继父母的雇主名称、地址和电话号码。
5. 如果适用, 请以正楷填写家庭中第二家长、看护人或继父母的雇佣日期。
6. 如果适用, 请勾选相应的方框, 指明家庭中的第二家长、看护人或继父母是否需要轮班和/或加班。

► 文件: 请参阅检查清单 (CFWB-012B), 了解有关雇佣所需的文件。

第 5 部分

工作/活动/行程时间表

(请为家庭中受雇或有教育/职业活动的每位家长、看护人或继父母填写)

1. 以正楷填写一周中每天通常安排的工作或活动时间。指明时间是上午还是下午。
2. 如有第二个班次、工作或活动, 请以正楷填写该活动的时间表。
3. 如果适用, 请以正楷填写家庭中第二家长、看护人或继父母一周中每天通常安排的工作时间。
4. 如果家庭中的第二家长、看护人或继父母有第二个班次、工作或活动, 请以正楷填写该活动的时间表。
5. 勾选申请人往返工作/活动地点与托儿服务提供者处所花费的时间。
6. 指明申请人是否使用公共交通工具往返工作/活动地点与托儿服务提供者处。
7. 如果适用, 请勾选家庭中第二家长、看护人或继父母往返工作/活动地点与托儿服务提供者处所花费的时间。
8. 指明家庭中第二家长、看护人或继父母是否使用公共交通工具往返工作/活动地点与托儿服务提供者处。

第 6 部分

收入信息

对于此部分, 只回答您或家庭成员赚取收入的项目。请附上您自己和任何其他成年家庭成员的收入/福利信息, 包括与您同住的配偶, 或是与您同住并且与您拥有至少一名共同子女的成年人。另请附上对申请托儿援助的一名/多名儿童负有法律责任的任何 18 岁以下人士。

1. 就您自己和与您同住的任何人的每种收入勾选 (✓) “是” 或 “否”。
2. 对于每一个回答 “是” 的项目, 请以正楷填写美元 (\$) 金额或价值、收到的频率, 以及获得收入的人员的姓名。
3. **必须在申请表中列出所有收入。**
4. 如果指明您在接受现金援助, 则您应通过 HRA 就业中心的工作人员申请托儿援助。
5. 如果您不确定在哪里列出收入类型, 可以将其列入 “其他” 项下。

► 文件: 请参阅检查清单 (CFWB-12B), 了解有关收入所需的文件。

第 7 部分 托儿服务提供者

1. 如果您有资格获得纽约州托儿整体补助金 (New York State Child Care Block Grant) 资助的托儿援助，可以选择基于中心或基于家庭的托儿服务。
2. 如果知道您想让孩子注册接受服务的托儿服务提供者/计划，请注明其名称、地址和 ACS 计划编号（如适用）。

第 8 部分 证明

请仔细阅读证明部分并签名。如果申请人是替别人填写申请表，则必须签署自己的姓名。如果是双家长家庭，**则家长双方均须签署申请表。**

签署申请表，即表示您证明您的合计家庭资产不超过 1,000,000 美元。家庭资产的示例包括：现金、储蓄和支票账户、住宅、房地产、汽车、股票、债券、共同基金、个人退休账户 (Individual Retirement Account, IRA)、401(k)、年金、信托基金、人寿保险、保险箱中的物品等等。

第 9 部分 仅限官方使用

请勿填写此部分。此部分将由负责确定您家庭获得托儿援助之资格的工作人员填写。

选民登记信息

托儿补贴申请表的最后一页是登记投票申请。如果您需要填写选民登记申请表的相关协助，请致电 311。申请登记或拒绝登记投票不会影响您申请托儿援助的资格或本机构为您提供的援助金额。

权利和责任相关信息

您可以获取有关权利和责任的信息，网址：<http://otda.ny.gov/programs/applications/4148a.pdf>

如果您无法上网，可以致电 (212) 835-7610 联系纽约市 ACS，要求将要点总结您个人权利和责任的手册纸质副本邮寄给您。

- LDSS-4148A: *权利和责任须知*
- LDSS-4148B: *社会服务计划须知*
- LDSS-4148C: *紧急情况应对方法须知*

托儿援助最新申请资料提交检查清单

托儿援助申请 (CFWB-012) 必须附上证明文件。
请检查以确保按照每一项补贴资格要求提供了相应的文件。

1. 申请 (CFWB-012)

确保填写所有部分，包括：

- 如果是双家长家庭，则双方家长已签署 兵役状况 (第 3 部分) 行程时间 (第 5 部分)

2. 纽约市居住状况

以下其中一项的副本：

- IDNYC 公用事业账单 第8节租金补助授予函
 驾照 租金收据 NYCHA 证书
 CFWB-067 居住证明 其他 _____

请注意：如果“其他”文件不符合要求，儿童服务管理局 (Administration for Children's Services, ACS) 将通知申请人。

3. 仅适用于需要托儿服务的儿童：公民身份/移民身份

以下其中一项的副本：

- 美国出生证明 外国人登记卡，包括永久居民卡或绿卡
 美国护照表 FS-240 (美国公民海外出生报告)
 入籍证书 其他 _____

请注意：如果“其他”文件不符合要求，ACS 将通知申请人。

4. 儿童与家长/申请人的关系

家庭中所有 18 岁以下儿童的以下其中一项的副本，无论该儿童是否需要托儿服务：

- 出生证明 领养记录
 洗礼记录 针对具有财务责任的法定监护人下达的法院指令
 包含家长签名的护照

5. 年龄

家庭中所有 18 岁以下儿童的以下其中一项的副本，无论该儿童是否需要托儿服务：

- 出生证明 领养记录
 洗礼记录 外国人登记卡
 护照

6. 收入

提交 CFWB-012 的所有申请人均须提供收入证明文件，无论其申请托儿援助的原因为何。

如果受雇：

- CFWB-015 - 雇员收入信息雇主转介信

或

- 工资单 (双周 = 每 2 周；半月 = 一月两次)
 每周 - 如果总金额相同，4 份最新的连续工资单
 每周 - 如果总金额不同，12 份最新的连续工资单
 双周/半月 - 如果总金额相同，2 份最新的连续工资单
 双周/半月 - 如果总金额不同，6 份最新的连续工资单

请访问 <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> 页面，以获取表格和申请说明。

如需更多信息，请致电 311 或 212-835-7610。

如果自雇：

- 如果自雇 1 年或更长时间：最新、完整且已签名的税务申报表（例如：1040、1065、明细表 C、适用于合伙企业的 SE、K-1 等）
- 如果自雇不到 1 年，请填写并提交 CFWB-031 自雇收入信息证明

其他收入：

- 证明申请人在 CFWB-012 中列出的其他收入所需的近期支票、工资单或最新证明信，包括补充保障收入 (Supplemental Security Income, SSI)、州补助金 (State Supplementary Payment, SSP)、失业福利、租金收入、养老金、年金、工伤赔偿、赡养费和子女抚养费。

7. 申请托儿援助的原因

申请人必须注明以下其中一项申请托儿援助的原因：

a. 每周工作至少 10 小时，至少赚取最低工资：

- 参阅收入部分下的以上内容，了解有关受雇和/或自雇所需的文件。

b. 教育/职业活动：

职业学校、2 年制大学或 4 年制大学（以下其中一项）

- 包含学校印章的 CFWB-005
- 培训或教育机构提供的印有官方信头的信函也可以接受，但必须包含在 CFWB-005 中反映的所有必要信息。

c. 正在找工作（以下其中一项）：

- CFWB-026 - 求职记录
- 纽约州劳工部 (Department of Labor) 批准的求职计划
- 失业保险金领取证明

d. 无家可归（以下其中一项）：

- 酒店/收容所提供的书面转介信
- CFWB-027 住房调查问卷/证明

e. 家庭暴力转介信（由家庭暴力服务提供者提供）：

- 处理家庭暴力的服务转介信

f. 药物滥用治疗计划转介（来自药物滥用治疗服务提供商）：

- 转介治疗药物滥用的服务

请访问 <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> 页面，以获取表格和申请说明。
如需更多信息，请致电 311 或 212-835-7610。

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



如何提交申请

请填写托儿援助申请 (CFWB-012) 表，并收集用于核实家庭人数、居住状况、收入和申请原因的所有必要文件。提交申请前，请务必对照申请资料检查清单，以确保已备齐所有申请资料。

完成之后，请将申请表和证明文件邮寄至以下地址，以便相关机构进行处理：

NYC Children – EDU
PO Box 40
Maplewood, NJ 07040

所有文件均应通过美国邮政邮寄。文件不能通过 Fedex 或 UPS 邮寄至邮政邮箱。

如对申请有任何疑问，请致电儿童服务管理局 (Administration for Children's Services, ACS) 托儿服务客服中心 (Child Care Call Center)，电话：212-835-7610。



66 John Street/8th Floor
New York, New York 10038

Child.FamilyWellBeing@acs.nyc.gov
www.nyc.gov/acs

备忘录

收件人： 申请托儿援助的所有家长/监护人

关于： 移民身份

某些计划要求证明需要托儿服务的儿童是美国公民、美国国民或具有符合要求的移民身份者。

除了需要托儿服务的儿童之外，不会要求您提供自己或家庭中任何其他人的移民身份。

如有任何疑问，或者欲获取不要求证明儿童公民身份或移民身份的早期保育和教育补贴计划列表，请拨打儿童服务管理局 (Administration for Children's Services, ACS) 儿童和家庭福祉热线 (212) 835-7610 或访问我们的网站：
<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

1	Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO, do not complete this form</small>	2	A) Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO 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? <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>	For Board Use Only
3	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____			
4	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____			
5	Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____			
6	Date of Birth _____	7	Gender (optional) _____	8
			Telephone (optional) _____	Email (optional) _____
10	The last year you voted _____	Your address was (give house number, street and city) _____		9
	In county/state _____	Under the name (if different from your name now) _____		
11	Political Party I wish to enroll in a political party <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 _____ I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter <input type="checkbox"/> No party			12
				ID Number (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
				Affidavit: I swear or affirm that • I am a citizen of the United States. • I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. • I will meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line below. • 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. _____ 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

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.