

## نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے درخواست

براہ کرم ہدایات (CFWB-012A) پڑھیں اور اسے مکمل کرتے وقت اعانت کے لیے اور جو دستاویزات مطلوب ہیں ان سے متعلق معلومات کے لیے دستاویز کی جانچ فہرست (CFWB-012B) کا جائزہ لیں۔

**بملاحظہ:** یہ درخواست صرف زمرہ 2 یا 3\* نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے (جن فیملیز کو نقد اعانت نہیں ملتی ہے ان کے لیے) درخواست دینے کے واسطے استعمال کی جاتی ہے۔ نقد اعانت یا دیگر مراعات، بشمول زمرہ 1 نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے (جن فیملیز کو نقد اعانت ملتی ہے ان کے لیے)، آپ کو نیو یارک اسٹیٹ کی درخواست برائے مخصوص مراعات و خدمات (LDSS-2921) استعمال کرنا ضروری ہے۔

درج ذیل درخواست دہندگان آمدنی کا لحاظ کیے بغیر نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے اہل ہو سکتے ہیں اور انہیں یہ درخواست مکمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔  
رضاعی والدین جنہیں کام کرنے میں اپنی سہولت کے لیے نگہداشت طفل میں اعانت درکار ہے اور جو صرف رضاعی بچے (بچوں) کے لیے اعانت کے لیے درخواست دے رہے ہیں۔  
حفاظتی یا تدارکی خدمات موصول کرنے والی فیملیز۔

**براہ کرم نوٹ کریں:** مکمل مانے جانے کے لیے اس فارم کے سارے سیکشن پُر کرنا ضروری ہے  
آلا یہ کہ سیکشن کو اختیاری کے بطور شناخت کیا گیا ہو۔ اگر آپ اس فارم کے تمام مطلوب سیکشن مکمل نہیں کرتے ہیں تو، آپ کو نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے زیر غور نہیں لایا جائے گا۔

تفصیلات کے لیے درخواست کی ہدایات (CFWB-012A) سے رجوع کریں  نیا  تبدیل/دوبارہ تصدیق  دوبارہ کھلا ہوا

OFFICE USE ONLY

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

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

آخری نام (براہ کرم کوئی عرفی نام یا خاندانی نام میں مین شامل کریں): _____	پہلا نام: _____	درمیانی نام: _____	ازدواجی حیثیت: _____
گھر کا پتہ: _____	اپارٹمنٹ نمبر: _____	سٹی/بورو: _____	ریاست: _____
زپ کوڈ: _____	بے گھر پنا گا <input type="radio"/> دوسری فیملی کے ساتھ ڈبل ہو گئے ہیں <input type="radio"/> ہوٹل/موٹیل <input type="radio"/> کار، بس، ٹرین <input type="radio"/> پارک، کیمپ سائٹ <input type="radio"/> دیگر <input type="radio"/>	ٹیلیفون (گھر): _____	ٹیلیفون (دفتر): _____
آپ کی بنیادی زبان کیا ہے؟ <input type="radio"/> انگریزی <input type="radio"/> ہسپانوی <input type="radio"/> دیگر <input type="radio"/>	آپ کی ترجیحی زبان کیا ہے؟ <input type="radio"/> انگریزی <input type="radio"/> ہسپانوی <input type="radio"/> دیگر <input type="radio"/>	ای میل: _____	دیگر <input type="radio"/>

سیکشن 1 - درخواست دہندہ

براہ کرم اپنے گھرانے میں نگہداشت صحت کے ضرورت مند سبھی بچے درج کریں۔ (صرف نگہداشت کے ضرورت مند بچے)

نگہداشت کا ضرورت مند بچہ (بچے)	نام (آخری، پہلا)	درمیانی نام	رشتہ	تاریخ پیدائش	صنف	والدین گھر میں رہتے ہیں؟	بچے کے دونوں والدین گھر میں رہتے ہیں؟	نسلیت ہسپانوی یا لاطینی**	نسلیت** (ایجنڈ) (بچے دیکھیں)	سوشل سیکورٹی نمبر (اختیاری)	معذور بچہ؟	کیا بچہ امریکی شہری/امریکی باشندہ/ یا اطمینان بخش ترک وطن کی حالت رکھنے والا فرد ہے؟
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												

\* زمرہ 1: نگہداشت اطفال گارنٹی کے اہل خاندان - نقد اعانت (CA) کے لیے درخواست دینا یا وصول کرنا، یا CA کے بدلے امداد برائے نگہداشت اطفال حاصل کرنا یا عبوری نگہداشت اطفال حاصل کرنا  
 زمرہ 2: وہ فیملیز جو فنڈ دستیاب ہونے پر اہل ہوتی ہیں  
 زمرہ 3: وہ فیملیز جو فنڈ دستیاب ہونے پر اہل ہوتی ہیں اور ACS نے انہیں اپنے چائلڈ اینڈ فیملی سروسز پلان میں شامل کیا ہوتا ہے

\*\* نسلیت اور نسلی معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے اور اس سے نگہداشت طفل میں اتن کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کے ذریعے آپ کو اعانت کی جو رقم دی جائے گی اس پر اثر نہیں پڑے گا۔

نسلی وابستگی کے کوڈ:

AI اصل امریکی یا الاسکا کا اصل باشندہ  
 AS ایشیائی  
 BL سیاہ فام، افریقی امریکی یا افریقی  
 HP ہوائی کا اصل باشندہ یا پیسفاک جزیرے کا باشندہ  
 WH سفید فام



براہ کرم اپنے پورے گھرانے کے سبھی دیگر ممبران درج کریں (جو سیکشن 2A میں مندرج نہیں ہیں) بشمول 18 سال سے کم عمر کے وہ بچے جنہیں نگہداشت طفل درکار نہیں ہے۔ سب سے پہلے خود کو، اس کے بعد آپ کے ساتھ رہنے والے ہر ایک کو درج کریں۔

اضافی فیملی ممبرز کے لیے، براہ کرم علیحدہ پرچہ منسلک کریں۔  
گھر میں رہنے والے نگہداشت کے لیے درخواست دے رہے بچے کے  
شریک حیات، والدین یا نگران کے لیے معلومات شامل کریں۔

نسلی وابستگی کے کوڈ:

- AI اصل امریکی یا الاسکا کا اصل باشندہ  
AS ایشیائی  
BL سیاہ فام، افریقی امریکی یا افریقی  
HP ہوائی کا اصل باشندہ یا پیسفاک جزیرے کا باشندہ  
WH سفید فام

نام (آخری، پہلا) (عرفی نام یا اصل نام قوسین میں شامل کریں)	درمیانی نام	رشتہ	تاریخ پیدائش	صنف	نسلیت ہسپانوی یا لاطینی** لاٹینو**	نسل** (لیجنڈ) دائیں دیکھیں)	سوشل سیکورٹی نمبر (اختیاری)
1.		خود					
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

سیکشن 2B  
خاندان کے افراد

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

نگہداشت طفل میں اعانت کی درخواست کرنے کی آپ کی وجہ کیا ہے؟	کیا والدین فی الحال امریکی فوج میں فعال ڈیوٹی (کل وقتی) ہے؟	کیا درخواست دہندہ مختلف درخواست کے ذریعے نگہداشت طفل موصول کر / اس کے لیے درخواست دے رہا ہے؟ اگر ہاں تو براہ کرم ایجنسی بتائیں:
<input type="radio"/> ملازمت	<input type="radio"/> ہاں <input type="radio"/> نہیں	<input type="radio"/> محکمہ تعلیم (DOE)
<input type="radio"/> حرفتی تربیت/تعلیمی سرگرمیاں	کیا والدین فی الحال نیشنل گارڈ یا ملٹری ریزرو یونٹ کا ممبر ہے؟	<input type="radio"/> ہیومن ریسورسز ایڈمنسٹریشن (HRA)
<input type="radio"/> خانگی تشدد سے متعلق خدمات موصول کرنا	<input type="radio"/> ہاں <input type="radio"/> نہیں	<input type="radio"/> محکمہ برائے نوجوان اور کمیونٹی کا فروغ (DYCD)
<input type="radio"/> کام کی تلاش ہے <input type="radio"/> بے گھری	کیا نگہداشت طفل فراہم کرنے کے لیے غیر تولیتی والدین موجود ہیں؟	<input type="radio"/> محکمہ برائے بے گھر افراد سے متعلق خدمات (DHS)
<input type="radio"/> منشیات کے غلط استعمال کے علاج کے منظور شدہ پروگرام میں شرکت کرنا	<input type="radio"/> ہاں <input type="radio"/> نہیں	<input type="radio"/> کنسورشیم فار ورکر ایجوکیشن (CWE)
		<input type="radio"/> بچوں کی خدمات کے لیے انتظامیہ (ACS)

سیکشن 3  
بچے/خاندان کی ضروریات

درخواست گزار کے آجر کا نام: _____	ٹیلیفون نمبر _____	پتہ: _____	سٹی/پورو: _____	ریاست: _____	زپ کوڈ: _____
ملازمت کے آغاز کی تاریخ: _____	کیا نوکری میں گردش والی شفٹ ہے؟ <input type="radio"/> ہاں <input type="radio"/> نہیں	کیا نوکری میں اوور ٹائم (TO) مطلوب ہے؟ <input type="radio"/> ہاں <input type="radio"/> نہیں			
اگر درخواست دہندہ کے پاس دوسری نوکری ہے					
درخواست گزار کے آجر کا نام: _____	ٹیلیفون نمبر _____	پتہ: _____	سٹی/پورو: _____	ریاست: _____	زپ کوڈ: _____
ملازمت کے آغاز کی تاریخ: _____	کیا نوکری میں گردش والی شفٹ ہے؟ <input type="radio"/> ہاں <input type="radio"/> نہیں	کیا نوکری میں اوور ٹائم (TO) مطلوب ہے؟ <input type="radio"/> ہاں <input type="radio"/> نہیں			
گھرانے میں دوسرے والدین، نگران یا سوتیلے والدین					
درخواست گزار کے آجر کا نام: _____	ٹیلیفون نمبر _____	پتہ: _____	سٹی/پورو: _____	ریاست: _____	زپ کوڈ: _____
ملازمت کے آغاز کی تاریخ: _____	کیا نوکری میں گردش والی شفٹ ہے؟ <input type="radio"/> ہاں <input type="radio"/> نہیں	کیا نوکری میں اوور ٹائم (TO) مطلوب ہے؟ <input type="radio"/> ہاں <input type="radio"/> نہیں			
گھرانے میں دوسرے والدین، نگران یا سوتیلے والدین کے پاس دوسری نوکری ہے					
درخواست گزار کے آجر کا نام: _____	ٹیلیفون نمبر _____	پتہ: _____	سٹی/پورو: _____	ریاست: _____	زپ کوڈ: _____
ملازمت کے آغاز کی تاریخ: _____	کیا نوکری میں گردش والی شفٹ ہے؟ <input type="radio"/> ہاں <input type="radio"/> نہیں	کیا نوکری میں اوور ٹائم (TO) مطلوب ہے؟ <input type="radio"/> ہاں <input type="radio"/> نہیں			

سیکشن 4 - ملازمت  
(اگر ملازمت نگہداشت کی وجہ سے)



تمثیلی کام/سرگرمی کا شیڈول (جیسے تعلیمی/حرفتی سرگرمی)

اتوار		پیر		منگل		بدھ		جمعرات		جمعہ		ہفتہ	
از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا

گھرانے میں دوسرے والدین، نگران یا سوتیلے والدین کے لیے تمثیلی کام/سرگرمی کا شیڈول (جیسے تعلیمی/حرفتی سرگرمی)

اتوار		پیر		منگل		بدھ		جمعرات		جمعہ		ہفتہ	
از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا

اگر والدین کے پاس دوسری شفٹ، نوکری یا سرگرمی ہے تو ہی ذیل کا شیڈول مکمل کریں

اتوار		پیر		منگل		بدھ		جمعرات		جمعہ		ہفتہ	
از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا

برا کرم ذیل کا شیڈول تہی مکمل کریں جو گھرانے میں دوسرے والدین، نگران یا سوتیلے والدین کے پاس دوسری شفٹ، نوکری یا سرگرمی ہو

اتوار		پیر		منگل		بدھ		جمعرات		جمعہ		ہفتہ	
از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا	از	تا

سفر کا وقت ڈراپ آف: نگہداشت طفل فراہم کنندہ سے کام/سرگرمی تک سفر کا وقت؟

- درج ذیل میں سے ایک کو نشان زد کریں:  15 منٹ  30 منٹ  45 منٹ  1 گھنٹہ  1 گھنٹہ سے زیادہ۔ اگر 1 گھنٹہ سے زیادہ تو وقت کی مقدار \_\_\_\_\_ عوامی نقل و حمل؟  ہاں  نہیں
- پک اپ: کام/سرگرمی سے نگہداشت طفل فراہم کنندہ تک سفر کا وقت؟
- درج ذیل میں سے ایک کو نشان زد کریں:  15 منٹ  30 منٹ  45 منٹ  1 گھنٹہ  1 گھنٹہ سے زیادہ۔ اگر 1 گھنٹہ سے زیادہ تو وقت کی مقدار \_\_\_\_\_ عوامی نقل و حمل؟  ہاں  نہیں
- شریک حیات/دیگر والدین: نگہداشت طفل فراہم کنندہ سے کام/سرگرمی تک سفر کا وقت؟
- درج ذیل میں سے ایک کو نشان زد کریں:  15 منٹ  30 منٹ  45 منٹ  1 گھنٹہ  1 گھنٹہ سے زیادہ۔ اگر 1 گھنٹہ سے زیادہ تو وقت کی مقدار \_\_\_\_\_ عوامی نقل و حمل؟  ہاں  نہیں
- پک اپ: کام/سرگرمی سے نگہداشت طفل فراہم کنندہ تک سفر کا وقت؟
- درج ذیل میں سے ایک کو نشان زد کریں:  15 منٹ  30 منٹ  45 منٹ  1 گھنٹہ  1 گھنٹہ سے زیادہ۔ اگر 1 گھنٹہ سے زیادہ تو وقت کی مقدار \_\_\_\_\_ عوامی نقل و حمل؟  ہاں  نہیں

اس بات کی نشاندہی کریں کہ کیا آپ کے ساتھ درخواست دینے والے کسی کو بھی درج ذیل مآخذ سے پیسہ موصول ہوتا ہے۔ دستاویزی شہادت کے تقاضوں کے لیے جانچ فہرست (CFWB-012B) دیکھیں۔ براہ کرم جلی حروف میں لکھیں

OFFICE USE ONLY		وصول کنندہ کون ہے:	کتنی بار؟ (مثلاً ہفتہ وار، مہانہ، وغیرہ)	مجموعی رقم	ہاں/نہیں	مآخذ
Monthly Calculations	Type of Documentation					
		خود		\$		درخواست دہندہ اجرتیں/تنخواہ بشمول اوور ٹائم، کمیشن، تربیتی پروگرام، نذرانے
				\$		گھرانے میں دوسرے والدین، نگران یا سوتیلے والدین اجرتیں/تنخواہ بشمول اوور ٹائم، کمیشن، تربیتی پروگرام، نذرانے
				\$		خود کے روزگار سے ہونے والی خالص آمدنی
				\$		امداد اطفال کی ادائیگیاں (موصول شدہ)
				\$		سالیانہ/شریک حیات کی امداد (موصول شدہ)
				\$		بے روزگاری بیمہ کی مراعات، ورکرز کمپنیشن
				\$		سوشل سیکیورٹی کی مراعات (بشمول SSI)
				\$		معدوری سے متعلق بینفٹائن ٹیروپیش (NYS، VA، نجی)
				\$		کرایہ/پورٹرز کی لاجرز سے ہونے والی آمدنی (موصول شدہ)
				\$		منافع/سود – اسٹاکس، بانڈز، چھتیں
				\$		ریٹائرمنٹ، پنشن/سالیانہ
				\$		نقد اعانت (CA) کی گرانٹ، سیفتی نیٹ کی مراعات
				\$		دیگر (براہ کرم وضاحت کریں)
				\$		کل آمدنی



اگر آپ نیو یارک اسٹیٹ کے چائلڈ کیئر بلاک گرانٹ سے فنڈ یافتہ نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے اہل قرار پاتے ہیں تو، آپ کے پاس منتخب کرنے کا اختیار ہے: مرکز پر مبنی یا گھر پر مبنی نگہداشت طفل۔ اگر آپ ایسا فرام کنندہ منتخب کرتے ہیں جو لائسنس یافتہ یا رجسٹرڈ نہیں ہے تو، فرام کنندہ کا قانونی طور پر مستثنیٰ فرام کنندہ کے بطور مندرج ہونا ضروری ہے۔ اپنی پسند کے فرام کنندہ (کنڈنگان) کا (کے) نام اور پتہ (پتے) نیچے فرام کریں۔ آپ منسلکہ پرچے پر اضافی پسند درج کر سکتے ہیں۔

نام: \_\_\_\_\_ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): \_\_\_\_\_ نام: \_\_\_\_\_ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): \_\_\_\_\_ نام: \_\_\_\_\_ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): \_\_\_\_\_

پتہ: \_\_\_\_\_ پتہ: \_\_\_\_\_ پتہ: \_\_\_\_\_

1. میں سمجھتا ہوں کہ اس فارم پر موجود معلومات کا استعمال خدمات/سبسڈی کے لیے میری یا میری فیملی کی اہلیت کا تعین کرنے کے لیے کیا جائے گا۔ میں اس درخواست فارم پر دستخط کر کے اس بات کو سمجھتا ہوں کہ، میں نے جو معلومات دی ہیں اس کی تصدیق یا توثیق کرنے کے لیے کسی بھی تفتیش یا نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے میری درخواست کے سلسلے میں کسی بھی تفتیش میں پوری طرح تعاون کرنے سے اتفاق کرتا ہوں۔ اگر اضافی معلومات کی درخواست کی جائے گی تو میں فرام کروں گا۔
  2. سوشل سیکیورٹی نمبرز، اگر فرام کرائے گئے ہوں تو، وفاقی، ریاستی، اور مقامی ایجنسیوں کے ذریعے خدمات کے ڈیلیکیشن، فریب کو روکنے کے لیے اور وفاقی رپورٹنگ کے لیے استعمال کیے جا سکتے ہیں۔
  3. میں اپنی ضروریات، آمدنی، پتہ، قیام کے انتظامات، گھرانے کی ساخت یا جس پتے پر نگہداشت فرام کی جاتی ہے اس میں، نگہداشت طفل فرام کرنے والے فرد میں، فرام کنندہ کی فیس اور/یا جتنے گھنٹوں کے لیے نگہداشت کی ضرورت میں اس میں کسی تبدیلی سے ایجنسی کو فوری طور پر مطلع کرنے پر متفق ہوں۔
4. میں تصدیق کرتا ہوں کہ نگہداشت طفل کے ضرورتمند کے بطور بیان کردہ بچے امریکی (U.S.) شہری، امریکی باشندے، یا ترک وطن کی اطمینان بخش حالت والے افراد ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ ان بچوں کے بارے میں یہ معلومات ترک وطن اور وطن گیری کی خدمت (Immigration and Naturalization Service, INS) کو ترک وطن کی حالت کی تصدیق کے لیے جمع کیا جا سکتا ہے، اگر قابل اطلاق ہو۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ ان بچوں سے متعلق اس معلومات کا استعمال یا انکشاف ان افراد اور تنظیموں تک ہی محدود ہے جو ترک وطن کی حالت کی تصدیق اور نگہداشت طفل میں اعانت پروگرام کے التزامات کے بندوبست یا نفاذ سے براہ راست جڑے ہوئے ہیں۔
5. میں سمجھتا ہوں کہ اس درخواست کا استعمال صرف نگہداشت طفل میں اعانت کے بیان کردہ مقصد کے لیے کیا جاتا ہے۔ SNAP, Medicaid، نقد اعانت یا دیگر خدمات جیسی دوسری اعانت حاصل کرنے کے لیے، اضافی درخواستیں مطلوب ہوں گی۔ تاہم، اس درخواست اور اس درخواست کی تفتیش کے حصے کے طور پر حاصل کردہ کسی بھی معلومات کو کسی بھی شہر، ریاستی، یا وفاقی ایجنسی کے ساتھ شیئر کیا جا سکتا ہے جسے آپ درخواست دیتے ہیں یا اعانت یا مراعات کے لیے آپ نے درخواست دی ہے۔

نیویارک سٹی کی انتظامیہ برائے خدمات اطفال (Administration for Children's Services, ACS) کی پالیسی اور اس کا عزم ہے کہ وہ نسل، عقیدہ، عمر، رنگ، جنس، مذہب، قومی بنیاد، اجنبی یا شہریت کی حالت، جسمانی یا ذہنی معذوری، صنف، صنفی شناخت، جنسی رجحان، حمل، ازدواجی یا پارٹنرشپ کی حیثیت کی بنیاد پر امتیازی سلوک نہیں کرتی ہے۔

آپ اپنے حقوق اور ذمہ داریوں کے بارے میں معلومات <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148A.pdf> پر حاصل کر سکتے ہیں۔ اگر آپ کی رسائی انٹرنیٹ تک نہیں ہے تو درج ذیل کتابوں کی طبعی نقول کی درخواست کرنے کے لیے آپ **NYC ACS at (212) 835-7610** پر کال کر سکتے ہیں۔ **LDSS-4148A**: آپ کو اپنے حقوق اور ذمہ داریوں کے بارے میں کیا معلوم ہونا چاہیے؛ **LDSS-4148B**: سوشل سروسز پروگرامز کے بارے میں آپ کو کن باتوں کا علم ہونا چاہیے؛ **LDSS-4148C**: اگر آپ کو کوئی ہنگامی حالت درپیش ہو تو آپ کو کن باتوں کا علم ہونا چاہیے

**تصدیق:** میں برجائے دروغ حلفی کے تحت حلف اٹھاتا ہوں اور/یا اس کی تصدیق کرتا ہوں کہ وہ تمام معلومات جو میں نے نگہداشت طفل میں اعانت سے متعلق NYC ACS کو دی ہیں یا دوں گا وہ صحیح ہیں۔ میں نے مذکورہ بالا اور منسلکہ نوٹس دونوں کو پڑھ اور سمجھ لیا ہے۔ میں اوپر مندرج تصدیقات کو سمجھتا ہوں اور ان سے متفق ہوں۔

اگر دو والدین/نگران والا گھرانہ ہو تو براہ کرم دونوں والدین کے دستخط فرام کریں۔

والدین/نگران کے دستخط \_\_\_\_\_ والدین/نگران کے دستخط \_\_\_\_\_

جلی حروف میں نام لکھیں: \_\_\_\_\_ جلی حروف میں نام لکھیں: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

Section 9 Office Only	Authorized Days and Hours of Care:							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		Sunday		Monday		Tuesday		Wednesday		Thursday		Friday		Saturday		
	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from
Eligibility determined and approved by (print and initial): _____ Date: _____																													
Length of Eligibility from _____ to _____														Codes: RFC: _____ PR: _____ FS: _____															



## اضافی بچے (اگر قابل اطلاق ہو)

کیا بچہ امریکی شہری/امریکی باشندہ/ یا اطمینان بخش ترک وطن کی حالت رکھنے والا فرد ہے؟	کیا بچہ امریکی شہری/امریکی باشندہ/ یا اطمینان بخش ترک وطن کی حالت رکھنے والا فرد ہے؟	معذور بچہ؟	سوشل سیکیورٹی نمبر (اختیاری)	نسل** (بیجنڈ نیچے دیکھیں)	نسلیت ہسپانوی یا لاطینی**	بچے کے دونوں والدین گھر میں رہتے ہیں؟	صنف	تاریخ پیدائش	رشتہ	درمیانی نام	نام (آخری، پہلا)
											9.
											10.
											11.
											12.
											13.
											14.
											15.
											16.
											17.
											18.
											19.
											20.
											21.
											22.

نگہداشت کا ضرورت مند بچہ (بچے) سیکشن 2

\* زمرہ 1: نگہداشت اطفال گارنٹی کے اہل خاندان - نقد اعانت (CA) کے لیے درخواست دینا یا وصول کرنا، یا CA کے بدلے امداد برائے نگہداشت اطفال حاصل کرنا یا عبوری نگہداشت اطفال حاصل کرنا  
 زمرہ 2: وہ فیملیز جو فنڈ دستیاب ہونے پر اہل ہوتی ہیں  
 زمرہ 3: وہ فیملیز جو فنڈ دستیاب ہونے پر اہل ہوتی ہیں اور ACS نے انہیں اپنے چائلڈ اینڈ فیملی سروسز پلان میں شامل کیا ہوتا ہے

\*\* نسلیت اور نسلی معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے اور اس سے نگہداشت طفل میں اتن کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کے ذریعے آپ کو اعانت کی جو رقم دی جائے گی اس پر اثر نہیں پڑے گا۔

نسلی وابستگی کے کوڈ:

اصل امریکی یا الاسکا کا اصل باشندہ **AI**  
 ایشیائی **AS**  
 سیاہ فام، افریقی امریکی یا افریقی **BL**  
 ہوائی کا اصل باشندہ یا پیسفک جزیرے کا باشندہ **HP**  
 سفید فام **WH**



## اضافی بچے (اگر قابل اطلاق ہو)

اے سبھی دیگر ممبران درج کریں (جو سیکشن 2A میں مندرج نہیں ہیں) بشمول 18 سال سے کم عمر کے وہ بچے جنہیں نگہداشت طفل درکار نہیں ہے۔ سب سے پہلے خود کو، اس کے بعد آپ کے ساتھ رہنے والے ہر ایک کو درج کریں۔

اضافی فیملی ممبرز کے لیے، براہ کرم علیحدہ پرچہ منسلک کریں۔  
گھر میں رہنے والے نگہداشت کے لیے درخواست دے رہے بچے کے  
شریک حیات، والدین یا نگران کے لیے معلومات شامل کریں۔

نسلی وابستگی کے کوڈ:

- AI اصل امریکی یا الاسکا کا اصل باشندہ
- AS ایشیائی
- BL سپاہ فام، افریقی امریکی یا افریقی
- HP ہوائی کا اصل باشندہ یا پیسفک جزیرے کا باشندہ
- WH سفید فام

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

نمبر	سوشل سیکورٹی نمبر (اختیاری)	نسل ** (ایجنڈا) دائیں دیکھیں)	نسلیت ہسپانوی یا لاٹینو **	صنف	تاریخ پیدائش	رشتہ	درمیانی نام	نام (آخری، پہلا) (عرفی نام یا اصل نام قوسین میں شامل کریں)
.9						خود		
.10								
.11								
.12								
.13								
.14								
.15								
.16								
.17								
.18								
.19								
.20								
.21								
.22								
.23								
.24								
.25								
.26								
.27								
.28								

سیکشن 2B  
خاندان کے افراد



## اضافی فراہم کنندگان (اگر قابل اطلاق ہوں)

<b>سیکشن 7 فراہم کنندہ</b>	<p>اگر آپ نیو یارک اسٹیٹ کے چائلڈ کیئر بلاک گرانٹ سے فنڈ یافتہ نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے اہل قرار پاتے ہیں تو، آپ کے پاس منتخب کرنے کا اختیار ہے: مرکز پر مبنی یا گھر پر مبنی نگہداشت طفل۔ اگر آپ ایسا فراہم کنندہ منتخب کرتے ہیں جو لائسنس یافتہ یا رجسٹرڈ نہیں ہے تو، فراہم کنندہ کا قانونی طور پر مستثنیٰ فراہم کنندہ کے بطور مندرج ہونا ضروری ہے۔ اپنی پسند کے فراہم کنندہ (کنندگان) کا (کے) نام اور پتہ (پتے) نیچے فراہم کریں۔ آپ منسلکہ پرچے پر اضافی پسند درج کر سکتے ہیں۔</p> <p>نام: _____ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): _____ نام: _____ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): _____</p> <p>پتہ: _____ پتہ: _____</p>
<b>سیکشن 7 فراہم کنندہ</b>	<p>نام: _____ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): _____ نام: _____ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): _____</p> <p>پتہ: _____ پتہ: _____</p>
<b>سیکشن 7 فراہم کنندہ</b>	<p>نام: _____ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): _____ نام: _____ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): _____</p> <p>پتہ: _____ پتہ: _____</p>
<b>سیکشن 7 فراہم کنندہ</b>	<p>نام: _____ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): _____ نام: _____ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): _____</p> <p>پتہ: _____ پتہ: _____</p>

## آمدنی کے نوٹس

## اطفال اور خاندانی بہبود کی ڈویژن زمرہ 2 یا 3 امداد برائے نگہداشت اطفال کی اپنی درخواست مکمل کرنے کے لیے ہدایات\*

امداد برائے نگہداشت اطفال کی دستیابی چائلڈ کیئر بلاک گرانٹ کی فنڈنگ پر منحصر ہے۔  
اگر کوئی فنڈ دستیاب نہیں ہے، تو آپ کے بچے (بچوں) کو انتظار کی فہرست میں رکھا جا سکتا ہے۔

محترم والدین/نگران،

اس درخواست کا استعمال صرف نگہداشت اطفال میں مدد کے لیے بطور زمرہ 2 یا 3 فیملی کے لیے کیا جاتا ہے

اگر آپ صرف زمرہ 2 یا 3 کی امداد برائے نگہداشت اطفال کے لیے درخواست دے رہے ہیں (ان خاندانوں کے لیے جو نقد اعانت موصول نہیں کر رہے ہیں)، تو آپ اس مختصر درخواست کو استعمال کر سکتے ہیں۔ اگر آپ دیگر مراعات جیسے نقد اعانت، تکملاتی تغذیاتی اعانت پروگرام (فوڈ اسٹیمپ)، بوم انرجی اسسٹنس، Medicaid یا دیگر خدمات کے لیے درخواست دینا چاہتے ہیں، بشمول زمرہ 1 امداد برائے نگہداشت اطفال (نقد اعانت موصول کرنے والے خاندانوں کے لیے)، تو براہ کرم نیو یارک اسٹیٹ ایپلیکیشن فار سرٹین بینیفٹس اینڈ سروسز (LDSS-2921) کے بارے میں پوچھیں۔

نیو یارک اسٹیٹ ایپلیکیشن فار سرٹین بینیفٹس اینڈ سروسز (LDSS-2921) کی بجائے امداد برائے نگہداشت اطفال کے لیے درخواست جمع کروا کر، آپ امداد برائے نگہداشت اطفال کے لیے صرف زمرہ 2 اور 3 میں درخواست دے رہے ہیں، یعنی جب فنڈ دستیاب ہوں۔ آپ زمرہ 1 میں درخواست نہیں دے رہے ہیں، نگہداشت اطفال کی ضمانت ہے۔

آپ کی درخواست کو مکمل کرنے میں آپ کی مدد کے لیے درج ذیل ہدایات فراہم کی گئی ہیں۔ اپنی درخواست مکمل کرتے وقت، براہ کرم نیلی یا کالی سیابی کا استعمال کر کے بڑے حروف میں (A, B, C) میں واضح طور پر لکھنا نہ بھولیں۔ متبادل طور پر، آپ الیکٹرانک طور پر فارم کو مکمل کر سکتے ہیں، اسے محفوظ کر سکتے ہیں اور اسے پرنٹ کر سکتے ہیں۔

اس درخواست میں معاون دستاویزات جیسے کہ آمدنی کا ثبوت، پتہ کا ثبوت، اور ملازمت کا ثبوت لازمی طور پر شامل ہونا چاہیے۔

مطلوبہ تمام دستاویزات کے لیے منسلک گزارشات کی چیک لسٹ (CFWB-012B) دیکھیں۔

### درخواست مکمل کرنے سے پہلے پڑھیں

اگر آپ بچوں کی بہبود کی احتیاطی یا حفاظتی خدمات حاصل کرتے ہیں یا آپ ملازم رضاعی والدین ہیں تو آپ پہلے سے ہی امداد برائے نگہداشت اطفال کے اہل ہو سکتے ہیں اور ہو سکتا ہے کہ آپ کو اس درخواست کو مکمل کرنے کی ضرورت ہی نہ پڑے۔ اپنے کیس پلانر سے نگہداشت اطفال کے اسسٹنٹ کے لیے حوالہ دینے کو کہیں۔

اگر آپ کو نقد اعانت (Cash Assistance, CA) حاصل ہوتی ہے، تو آپ کو بچوں کی دیکھ بھال میں مدد کے لیے اپنی انسانی وسائل کی انتظامیہ (Human Resources Administration, HRA) کے JOB سنٹر سے رابطہ کرنا چاہیے۔

براہ کرم نوٹ کریں: اگر کسی بھی مطلوبہ فیلڈ کا جواب نہیں دیا جاتا ہے، تو پوری درخواست کو نامکمل سمجھا جائے گا۔

صرف دفتر کے استعمال کے لیے

خاکستری رنگ والے باکسز صرف دفتری استعمال کے لیے ہیں۔ براہ کرم ان سیکشنز میں کچھ نہ لکھیں۔

\*زمرہ 1: نگہداشت اطفال گرانٹ کے اہل خاندان - نقد اعانت (CA) کے لیے درخواست دینا یا وصول کرنا، یا CA کے بدلے امداد برائے نگہداشت اطفال حاصل کرنا یا عبوری نگہداشت اطفال حاصل کرنا

زمرہ 2: وہ فیملیز جو فنڈ دستیاب ہونے پر اہل ہوتی ہیں

زمرہ 3: وہ فیملیز جو فنڈ دستیاب ہونے پر اہل ہوتی ہیں اور ACS نے انہیں اپنے چائلڈ اینڈ فیملی سروسز پلان میں شامل کیا ہوتا ہے





براہ کرم اوپر دائیں طرف نشاندہی کریں کہ آیا آپ کوئی نئی ایپلیکیشن جمع کرا رہے ہیں، اسٹیٹس کی تبدیلی/اری سرٹیفیکیشن کی درخواست کر رہے ہیں، یا اپنا کیس دوبارہ کھولنے کی درخواست کر رہے ہیں۔

## درخواست دہندہ

## سیکشن 1

درخواست دہندہ وہ بالغ ماں باپ یا نگہداشت فراہم کنندہ ہے جو نگہداشت کی درخواست کرتا ہے۔ جب تک کہ دوسری صورت میں نوٹ نہ کر لیا جائے، اس سیکشن میں صرف درخواست دہندہ کے بارے میں درج ذیل معلومات ہونی چاہئیں:

1. اپنا آخری اور پہلا نام، اور درمیانی مختصر نام جلی حروف میں لکھیں۔ براہ کرم قوسین میں کوئی عرفی نام یا خاندانی نام ڈالیں۔
  2. اپنی ازدواجی حیثیت کی نشاندہی کریں (غیر شادی شدہ، شادی شدہ، طلاق یافتہ یا بیوہ)۔
  3. اپنے گھر کا پتہ جلی حروف میں لکھیں۔
  4. اگر پتہ عارضی ہے تو اس کی نشاندہی کریں۔ "ہاں" کو صرف اس صورت میں نشان زد کریں جب خاندان فی الحال کسی بے گھر افراد کی پناہ گاہ میں رہ رہا ہو، کسی دوسرے خاندان کے ساتھ، ہوٹل/موٹل میں، کار/بس/ٹرین میں، پارک/کیمپ سائٹ میں، یا کسی اور میں رہ رہا ہو۔
  5. اپنا ٹیلی فون نمبر، بشمول ایریا کوڈ - دفتر، گھر، اور سیلولر/و غیرہ (اگر قابل اطلاق ہو) جلی حروف میں لکھیں۔
  6. اپنا ای میل پتہ جلی حروف میں لکھیں (اختیاری)۔
  7. نقد اعانت کی حیثیت کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کریں۔ (اگر آپ CA وصول کنندہ ہیں، تو آپ کو اپنی انسانی وسائل کی انتظامیہ (HRA) کے جاب سنٹر کے کارکن کے ذریعے نگہداشت اطفال کے لیے درخواست دینی چاہیے)۔
  8. جو زبان آپ کے گھر میں اکثر بولی جاتی ہے اس کے باکس کو نشان زد کریں۔ اگر "دیگر" ہے، تو زبان کا نام جلی حروف میں لکھیں۔
  9. اس زبان کے باکس کو نشان زد کریں جس میں آپ بات چیت کرنا چاہتے ہیں۔ اگر "دیگر" ہے، تو زبان کا نام جلی حروف میں لکھیں۔
- ◀ دستاویزات: نیو یارک سٹی ریزیڈنسی کے لیے درکار دستاویزات کی چیک لسٹ (CFWB-012B) دیکھیں۔

## نگہداشت کی ضرورت والا بچہ (بچے)

## سیکشن 2A

1. گھر کے ہر بچے کا آخری اور پہلا نام، اور درمیانی نام جلی حروف میں لکھیں جس کے لیے آپ امداد برائے نگہداشت اطفال کی درخواست دے رہے ہیں۔
  2. گھر کے ہر بچے کا آپ سے جو رشتہ ہے اسے جلی حروف میں لکھیں (مثلاً بچہ/بچی)۔
  3. تاریخ پیدائش جلی حروف میں لکھیں اور درج کردہ ہر بچے کی جنس کی نشاندہی کرنے والے باکس کو نشان زد کریں۔
  4. اس بات کی نشاندہی کریں کہ آیا بچے کے والدین یعنی ماں باپ دونوں گھر میں رہتے ہیں۔
  5. "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کریں کہ آیا درخواست دینے والا ہر بچہ ہسپانوی ہے یا لاطینی ہے۔ نسلی معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے اور اس سے امداد برائے نگہداشت اطفال کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کی طرف سے آپ کو دی جانے والی امداد پر کوئی اثر نہیں پڑے گا۔
  6. جن بچوں کو نگہداشت اطفال کی ضرورت ہے ان میں سے ہر ایک کے لیے نسل کا کالم پُر کریں۔ نسل کی معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے اور اس سے امداد برائے نگہداشت اطفال کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کی طرف سے آپ کو دی جانے والی امداد پر کوئی اثر نہیں پڑے گا۔ براہ کرم نیچے دیے گئے کوڈز استعمال کریں۔
- AI - مقامی امریکی یا الاسکا کا مقامی باشندہ AS - ایشیائی BL - سیاہ فام یا افریقی امریکی  
HP - مقامی ہوائی یا بحر الکاہل کے جزیرے کا باشندہ WH - سفید فام
7. ہر بچے کا سوشل سیکیورٹی نمبر (Social Security Number, SSN) فراہم کریں۔ آپ کو SSN فراہم کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ ان کا استعمال وفاقی، ریاستی اور مقامی ایجنسیاں خدمات اور دھوکہ دہی کو روکنے اور وفاقی رپورٹنگ کے لیے کر سکتی ہیں۔
  8. "ہاں" یا "نہیں" کو یہ بتانے کے لیے نشان زد کریں کہ آیا نگہداشت اطفال کی ضرورت والے بچے کو معذوری ہے یا نہیں<sup>1</sup>۔ اگر آپ کا بچہ امداد برائے نگہداشت اطفال کے لیے اہل قرار پاتا ہے، تو براہ کرم خصوصی ضروریات کی درخواست حاصل کرنے کے لیے <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> پر جائیں۔
  9. "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کریں کہ آیا وہ بچہ جسے نگہداشت اطفال کی ضرورت ہے وہ امریکی شہری، امریکی قومی ہے یا ترک وطن کی تسلی بخش حیثیت کا حامل شخص ہے۔
  10. اضافی بچوں کے لیے علیحدہ شیٹ منسلک کریں (اگر آپ آٹھ (8) سے زیادہ بچوں کیلئے نگہداشت اطفال کی درخواست کر رہے ہیں)۔
- ◀ دستاویزات: چیک لسٹ (CFWB-012B) صرف ان بچے (بچوں) کے لیے جنہیں نگہداشت اطفال کی ضرورت ہے شہریت/ترک وطن کی حیثیت کے لیے درکار دستاویزات کے لیے دیکھیں۔

<sup>1</sup> معذوری یا خصوصی ضروریات کا حامل بچہ ایک ایسا بچہ ہے جو اپنے آپ کی نگہداشت کرنے سے قاصر ہے اور جس کی تشخیص کی گئی ہو کہ اس میں درج ذیل میں سے ایک یا زیادہ حالات اس حد تک ہیں کہ اس سے بچے کی عام طور پر کام کرنے کی صلاحیت پر منفی اثر پڑتا ہے: بصارت کی خرابی، بہرا پن یا سماعت کی دیگر خرابی، ارتھروپڈک خرابی، جذباتی خلل، ذہنی پسماندگی، سیکھنے کی معذوری، بولنے کی خرابی، صحت کی خرابی، آٹزم یا متعدد معذوری۔ ایسی کوئی بھی تشخیص کسی بھی ایسے معالج، لائسنس یافتہ یا تصدیق شدہ ماہر نفسیات یا دیگر پیشہ ور افراد کے ذریعہ کی جانی چاہئے جسے اس طرح کی تشخیص کرنے کے لیے مناسب اسناد حاصل ہو۔



## خاندان کے افراد

## سیکشن B2

1. خاندان کا رکن آپ کے پورے گھر کا کوئی دوسرا رکن ہوتا ہے، بشمول وہ بچے جنہیں نگہداشت اطفال کی ضرورت نہیں ہوتی ہے۔ سب سے پہلے اپنے آپ کو درج کریں، اس کے بعد آپ کے ساتھ رہنے والے تمام افراد بشمول بچے کے دوسرے والدین، نگران اور سوتیلے والدین اگر قابل اطلاق ہوں۔ نگران میں بچے کا قانونی سرپرست، نگہداشت کرنے والا رشتہ دار یا کوئی اور فرد شامل ہوتا ہے۔ اگر قابل اطلاق ہو تو آخری اور پہلا نام، اور درمیانی مختصر نام جلی حروف میں لکھیں۔
  2. اپنے ساتھ ہر فرد کا جو رشتہ ہے اسے جلی حروف میں لکھیں (مثلاً شریک حیات، پارٹنر، دادا دادی، والدین وغیرہ)۔
  3. تاریخ پیدائش جلی حروف میں لکھیں اور گھر کے ہر فرد کی جنس کی نشاندہی کرنے والے باکس کو نشان زد کریں۔
  4. "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کریں کہ آیا گھر کا ہر فرد ہسپانوی یا لاطینی ہے یا نہیں۔ نسلی معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے اور اس سے امداد برائے نگہداشت اطفال کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کی طرف سے آپ کو دی جانے والی امداد پر کوئی اثر نہیں پڑے گا۔
  5. آپ کے ساتھ رہنے والے ہر فرد کے لیے نسل کا کالم پُر کریں۔ آپ کسی ایک فرد کے لیے نسل کے متعدد زمرے منتخب کر سکتے ہیں۔ نسل کی معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے اور اس سے امداد برائے نگہداشت اطفال کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کی طرف سے آپ کو دی جانے والی امداد پر کوئی اثر نہیں پڑے گا۔ براہ کرم ذیل کے کوڈز استعمال کریں۔
    - AI - مقامی امریکی یا الاسکا کا مقامی باشندہ
    - AS - ایشیائی
    - BL - سیاہ فام یا افریقی امریکی
    - HP - ہوائی کا مقامی باشندہ یا پیسفک جزیرے کا باشندہ
    - WH - سفید فام
  6. اپنے خاندان کے افراد کے لیے سوشل سیکیورٹی نمبر (Social Security Number, SSN) پُر کریں۔ SSN اختیاری ہے۔ SSN کو وفاقی، ریاستی اور مقامی ایجنسیاں خدمات اور دھوکہ دہی کو روکنے اور وفاقی رپورٹنگ کے لیے استعمال کر سکتی ہیں۔
  7. اگر گھر کے آٹھ (8) سے زیادہ افراد ہیں، تو ان کی تمام معلومات کی فہرست کے لیے ایک علیحدہ شیٹ منسلک کریں۔
- ◀ دستاویزات: 18 سال سے کم عمر کے گھرانے کے تمام بچوں کے لیے درکار دستاویزات کے لیے چیک لسٹ (CFWB-012B) دیکھیں، قطع نظر اس سے کہ بچے کے لیے نگہداشت اطفال کی ضرورت ہے، والدین/درخواست دہندہ سے بچے کے تعلق کی تصدیق کرنے اور بچے کی عمر کی تصدیق کرنے کے لیے۔

## بچے/خاندان کی ضروریات

## سیکشن 3

1. بچوں کی نگہداشت میں مدد کی درخواست کرنے کی اپنی وجہ (وجوہات) کی نشاندہی کرنے کے لیے براہ کرم مناسب باکس (باکسز) کو نشان زد کریں۔
    - ملازمت
    - پیشہ ورانہ تربیت، یا تعلیمی سرگرمیاں
    - گھریلو تشدد کی خدمات حاصل کرنا
    - کام تلاش کرنا
    - بے گھری
    - منشیات کے غلط استعمال کے علاج کے منظور شدہ پروگرام میں شرکت کرنا
  2. یہ بتانے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کریں کہ آیا نگہداشت اطفال فراہم کرنے کے لیے کوئی غیر تولیتی والدین موجود ہے یا نہیں۔
  3. اس بات کی نشاندہی کرنے کے لیے مناسب باکس کو نشان زد کریں کہ آیا والدین اس وقت امریکی فوج میں کل وقتی طور پر سرگرم ہیں یا نہیں۔ درخواست کے مکمل ہونے کے لیے آپ کو "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کرنا ہوگا۔
  4. یہ بتانے کے لیے مناسب باکس کو نشان زد کریں کہ آیا والدین اس وقت نیشنل گارڈ یا ملٹری ریزرو یونٹ کا رکن ہیں یا نہیں۔ درخواست کے مکمل ہونے کے لیے آپ کو "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کرنا ہوگا۔
  5. اس بات کی نشاندہی کریں کہ آیا درخواست دہندہ کسی مختلف ایجنسی کے ذریعے نگہداشت اطفال حاصل کر رہا ہے اور/یا اس کی درخواست دے رہا ہے اور پھر ایجنسی کو منتخب کریں۔
- ◀ دستاویزات: نگہداشت کی ہر وجہ کے لیے درکار دستاویزات کی چیک لسٹ (CFWB-012B) دیکھیں۔ فوجی حیثیت کی دستاویز کی ضرورت نہیں ہے۔ درخواست دہندہ کو اپنی فوجی ڈیوٹی سے حاصل ہونے والی آمدنی کی دستاویزات فراہم کرنا ہوں گی۔

## روزگار

## سیکشن 4

- (اگر آپ کی امداد برائے نگہداشت اطفال کی درخواست کرنے کی وجہ ملازمت ہے یا آپ ملازمت سے آمدنی کی اطلاع دے رہے ہیں تو گھر میں ہر ملازم والدین، نگہداشت کرنے والے یا سوتیلے والدین کے لیے مکمل کریں)
1. درخواست دہندہ کے آجر کا نام، پتہ، اور ٹیلی فون نمبر جلی حروف میں لکھیں۔
  2. ملازمت شروع ہونے کی تاریخ جلی حروف میں لکھیں۔
  3. یہ بتانے کے لیے مناسب باکس کو نشان زد کریں کہ آیا آپ کی ملازمت میں گھومنے والی شفٹ ہے اور/یا اور ٹائم کی ضرورت ہے۔
  4. اگر قابل اطلاق ہو تو، گھر میں موجود دوسرے والدین، نگران یا سوتیلے والدین کے لیے آجر کا نام، پتہ اور ٹیلی فون نمبر جلی حروف میں لکھیں۔
  5. اگر قابل اطلاق ہو تو، گھر میں موجود دوسرے والدین، نگران یا سوتیلے والدین کی ملازمت کی تاریخ جلی حروف میں لکھیں۔
  6. اگر قابل اطلاق ہو تو، یہ بتانے کے لیے مناسب باکس کو نشان زد کریں کہ آیا گھر کے دوسرے والدین، نگہداشت کرنے والے یا سوتیلے والدین کی گھومنے والی شفٹ ہے اور/یا اور ٹائم کی ضرورت ہے۔
- ◀ دستاویزات: ملازمت کے لیے درکار دستاویزات کی چیک لسٹ (CFWB-012B) دیکھیں۔

## کام/سرگرمی/سفر کے وقت کا شیڈیول

## سیکشن 5

- (گھر کے ہر والدین، نگران یا سوتیلے والدین کے لیے مکمل کریں جو ملازم ہے یا جن کی تعلیمی/پیشہ ورانہ سرگرمی ہے)
1. ہفتہ کے ہر دن کے لیے عام طے شدہ کام یا سرگرمی کے اوقات جلی حروف میں لکھیں۔ نشاندہی کریں کہ آیا گھنٹے AM یا PM ہیں۔
  2. اگر دوسری شفٹ، نوکری، یا سرگرمی ہے، تو اس سرگرمی کا شیڈیول جلی حروف میں لکھیں۔
  3. اگر قابل اطلاق ہو تو، گھر کے دوسرے والدین، نگران یا سوتیلے والدین کے لیے ہفتہ کے ہر دن کے بدلے عام طے شدہ کام کے اوقات جلی حروف میں لکھیں۔
  4. اگر گھر میں دوسرے والدین، نگران، یا سوتیلے والدین کے پاس دوسری شفٹ، نوکری، یا سرگرمی ہے، تو اس سرگرمی کا شیڈیول جلی حروف میں لکھیں۔
  5. نشان زد کریں کہ درخواست دہندہ کو دفتر/سرگرمی سے فراہم کنندہ کے پاس یا وہاں سے جانے میں کتنا وقت لگتا ہے۔
  6. اس بات کی نشاندہی کریں کہ آیا درخواست دہندہ دفتر/سرگرمی سے فراہم کنندہ تک جانے کے لیے پبلک ٹرانسپورٹ کا استعمال کرتا ہے۔
  7. اگر قابل اطلاق ہو تو، گھر کے دوسرے والدین، نگران، یا سوتیلے والدین کو دفتر/سرگرمی سے فراہم کنندہ تک جانے اور سفر کرنے میں لگنے والے وقت کی جانچ کریں۔
  8. اس بات کی نشاندہی کریں کہ آیا گھر کے دوسرے والدین، نگران یا سوتیلے والدین دفتر/سرگرمی سے فراہم کنندہ تک جانے اور سفر کرنے کے لیے پبلک ٹرانسپورٹ کا استعمال کرتے ہیں یا نہیں۔

## آمدنی کی معلومات

## سیکشن 6

- اس سیکشن کے لیے، صرف ان چیزوں کا جواب دیں جن کے لیے آپ کو یا گھر کے کسی فرد کو آمدنی حاصل ہوئی ہو۔ براہ کرم اپنے اور گھر کے کسی بھی دوسرے بالغ رکن کے لیے آمدنی/مراعات کی معلومات شامل کریں بشمول آپ کا شریک حیات جو آپ کے ساتھ رہتا ہے، یا وہ بالغ شخص جو آپ کے ساتھ رہتا ہے اور جس کے ساتھ آپ کا ایک بچہ مشترک ہے۔ اس کے علاوہ 18 سال سے کم عمر کے کسی بھی فرد کو شامل کریں جو قانونی طور پر اس بچہ یا بچوں کے لیے ذمہ دار ہے جس کی امداد برائے نگہداشت اطفال میں مدد طلب کی گئی ہے۔
1. ہر قسم کی آمدنی کے لیے اپنے اور آپ کے ساتھ رہنے والے ہر فرد کے لیے ہاں یا نہیں کو نشان زد کریں (✓)۔
  2. ہر "ہاں" جواب کے لیے، ڈالر (\$) کی رقم یا قیمت، اسے کتنی بار موصول ہوئی، اور آمدنی حاصل کرنے والے شخص کا نام جلی حروف میں لکھیں۔
  3. درخواست پر تمام آمدنی کی اطلاع دی جانی چاہیے۔
  4. اگر آپ نقد اعانت کی وصولی کی نشاندہی کرتے ہیں، تو آپ کو اپنے HRA جاب سنٹر کے کارکن کے ذریعے نگہداشت اطفال کے لیے درخواست دینی چاہیے۔
  5. اگر آپ کو یقین نہیں ہے کہ آمدنی کی قسم کو کہاں درج کرنا ہے، تو آپ اسے "دیگر" کے تحت شامل کر سکتے ہیں۔
- ◀ دستاویزات: آمدنی کے لیے درکار دستاویزات کے لیے چیک لسٹ (CFWB-12B) دیکھیں۔

### فرہم کنندہ

### سیکشن 7

1. اگر آپ نیو یارک اسٹیٹ چائلڈ کیئر بلاک گرانٹ کے ذریعے مالی امداد کے لیے اہل قرار پاتے ہیں، تو آپ کے پاس سنٹر پر مبنی یا گھر پر مبنی نگہداشت اطفال کا انتخاب کرنے کا اختیار ہے۔
2. اگر آپ فرہم کنندہ/پروگرام کو جانتے ہیں جہاں آپ اپنے بچے کا اندراج کرانا چاہتے ہیں تو براہ کرم نام، پتہ، اور ACS پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو) کی نشاندہی کریں۔

### سرٹیفیکیشن

### سیکشن 8

براہ کرم سرٹیفیکیشن کے سیکشن کو غور سے پڑھیں اور اس پر دستخط کریں۔ اگر درخواست دہندہ کسی اور کے لیے درخواست مکمل کر رہا ہے، تو اسے اپنے نام کے سامنے دستخط کرنا چاہیے۔ اگر دو والدین کا گھرانہ ہے تو، دونوں والدین کو درخواست پر دستخط کرنا ہوں گے۔ دستخط کر کے، آپ تصدیق کرتے ہیں کہ آپ کے مشترکہ خاندانی وسائل \$1,000,000 سے زیادہ نہیں ہیں۔ خاندانی وسائل کی مثالیں یہ ہیں: نقد رقم، بچت اور چیکنگ اکاؤنٹس، آپ کا گھر، ریل اسٹیٹ، کاریں، اسٹاکس، بانڈز، میوچول فنڈز، IRAs، 401(k)، سالیانہ، ٹرسٹ فنڈ، لائف انشورنس، سیف ڈپازٹ باکس مواد وغیرہ۔

### صرف دفتری استعمال کے لیے

### سیکشن 9

اس سیکشن کو مکمل نہ کریں۔ نگہداشت کے لیے آپ کے خاندان کی اہلیت کا تعین کرنے والا عملہ اس کا استعمال کرے گا۔

### ووٹر رجسٹریشن کی معلومات

نگہداشت اطفال کی سبسڈی کے لیے درخواست کا آخری صفحہ ووٹ دینے کے لیے رجسٹر کرنے کی درخواست ہے۔ اگر آپ ووٹر رجسٹریشن کے درخواست فارم کو پُر کرنے میں مدد چاہتے ہیں تو 311 پر کال کریں۔ رجسٹریشن کرانے کے لیے درخواست دینے یا ووٹ دینے کے لیے رجسٹریشن کرانے سے انکار کرنے سے امداد برائے نگہداشت اطفال کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کی طرف سے دی جانے والی امداد کی رقم پر کوئی اثر نہیں پڑے گا۔

### حقوق اور ذمہ داریوں کی معلومات

آپ اپنے حقوق اور ذمہ داریوں کے بارے میں معلومات یہاں پر حاصل کر سکتے ہیں: <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148a.pdf>

اگر آپ کو انٹرنیٹ تک رسائی حاصل نہیں ہے، تو آپ NYC ACS کو (212) 835-7610 پر کال کر سکتے ہیں تاکہ آپ ان کتابچوں کی کاغذی کاپیوں کی درخواست کر سکیں جن میں آپ کے حقوق اور ذمہ داریاں نمایاں طور بیان کی گئی ہوں، آپ کو ڈاک سے بھیج دی جائیں گی۔

• LDSS-4148A: آپ کو اپنے حقوق اور ذمہ داریوں کے بارے میں کن باتوں کا علم ہونا چاہیے

• LDSS-4148B: سوشل سروسز پروگرامز کے بارے میں آپ کو کن باتوں کا علم ہونا چاہیے

• LDSS-4148C: اگر آپ کو کوئی ہنگامی حالت درپیش ہو تو آپ کو کن باتوں کا علم ہونا چاہیے

## نگہداشت طفل میں اعانت کی نئی درخواست جمع کرانے کی جانچ فہرست

نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے درخواست (CFWB-012) میں تائیدی دستاویزی شہادت شامل ہونا ضروری ہے۔  
نشان زد کر کے یقینی بنائیں کہ سبسڈی کی اہلیت کے ہر تقاضے کے لیے دستاویزی شہادت فراہم کرائی گئی ہے۔

### 1. درخواست (CFWB-012)

یقینی بنائیں کہ سبھی سیکشن مکمل ہیں، بشمول:  
○ اگر دو والدین والا گھرانہ ہے تو، دونوں والدین نے دستخط کیے  
○ فوجی حیثیت (سیکشن 3)  
○ سفر کا وقت (سیکشن 5)

### 2. نیو یارک سٹی میں رہائش

درج ذیل میں سے ایک کی کاپی:

○ IDNYC  
○ ڈرائیونگ لائسنس  
○ CFWB-067 رہائش کی تصدیق  
○ یوٹیلٹی بل  
○ کرایے کی رسید  
○ سیکشن 8 ایوارڈ لیٹر  
○ NYCHA سرٹیفکیٹ  
○ دیگر \_\_\_\_\_

براہ کرم نوٹ کریں: اگر "دیگر" دستاویزی شہادت اطمینان بخش نہیں ہے تو،  
ACS درخواست دہندہ کو مطلع نہیں کرے گی۔

### 3. صرف نگہداشت طفل کے ضرورتمند بچے (ان بچوں) کے لیے شہریت/ترک وطن کی حالت

درج ذیل میں سے ایک کی کاپی:

○ امریکی سند پیدائش  
○ امریکی پاسپورٹ فارم  
○ وطن گیری کا سرٹیفکیٹ  
○ پردیسی کا رجسٹریشن کارڈ بشمول مستقل مکین یا گرین کارڈ  
○ FS-240 (امریکی شہری کی بیرون ملک ولادت کی رپورٹ)  
○ دیگر \_\_\_\_\_

براہ کرم نوٹ کریں: اگر "دیگر" دستاویزی شہادت اطمینان بخش نہیں ہے تو، ACS درخواست دہندہ کو مطلع نہیں کرے گی۔

### 4. والدین/درخواست دہندہ سے بچے کا رشتہ

درج ذیل میں سے ایک کی کاپی، 18 سال سے کم عمر کے گھرانے میں موجود سبھی بچوں کے لیے، اس امر سے قطع نظر کہ آیا بچے کے لیے نگہداشت طفل  
درکار ہے:

○ سند پیدائش  
○ بیٹسم کا ریکارڈ  
○ والدین کے دستخط کے ساتھ پاسپورٹ  
○ گود لینے کا ریکارڈ  
○ مالی ذمہ داری والے قانونی سرپرست کے لیے عدالت کا آرڈر

### 5. عمر

درج ذیل میں سے ایک کی کاپی، 18 سال سے کم عمر کے گھرانے میں موجود سبھی بچوں کے لیے، اس امر سے قطع نظر کہ آیا بچے کے لیے نگہداشت طفل  
درکار ہے:

○ سند پیدائش  
○ بیٹسم کا ریکارڈ  
○ پاسپورٹ  
○ گود لینے کا ریکارڈ  
○ مالی ذمہ داری والے قانونی سرپرست کے لیے عدالت کا آرڈر

### 6. آمدنی

CFWB-012 جمع کرانے والے سبھی درخواست دہندگان کو نگہداشت کی وجہ سے قطع نظر آمدنی کی دستاویزی شہادت فراہم کرنا ضروری ہے۔

اگر ہر سر ملازمت ہوں:

○ CFWB-015 - ملازم کی آمدنی کی معلومات کے لیے آجر کے نام حوالہ

یا

○ ادائیگی کی پرچیاں (دو ہفتہ واری = ہر 2 ہفتے پر؛ نیم ماہانہ = ماہ میں دو بار)  
○ ہفتہ وار - 4 موجودہ، لگاتار ادائیگی کی پرچیاں اگر مجموعی رقم ایک ہی ہو  
○ ہفتہ وار - 12 موجودہ، لگاتار ادائیگی کی پرچیاں اگر مجموعہ مختلف ہو  
○ دو ہفتہ واری/نیم ماہانہ - 2 موجودہ، لگاتار ادائیگی کی پرچیاں اگر مجموعی رقم ایک ہی ہو  
○ ہفتہ واری/نیم ماہانہ - ہفتہ واری/نیم ماہانہ 6 موجودہ، لگاتار ادائیگی کی پرچی اگر مجموعہ مختلف ہو

فارموں اور درخواست کی ہدایات کے لیے براہ کرم <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> پر جائیں۔

اگر از خود بر سر ملازمت ہیں:

- اگر 1 سال سے از خود بر سر ملازمت ہیں تو، انکم ٹیکس پیج مکمل کر کے اس پر دستخط کریں (جیسے 1040، 1065، شیڈول SE، C برائے پارٹنرشپ، K-1، وغیرہ)
  - اگر 1 سال سے کم مدت سے از خود بر سر ملازمت ہیں تو، CFWB-031 از خود بر سر ملازمت کی آمدنی کی تصدیق مکمل کریں اور جمع کرائیں۔
- دیگر آمدنی:
- دیگر آمدنی کے لیے مطلوب حالیہ چیک، ادائیگی کی پرچیاں اور موجودہ ایوارڈ لیٹر جس کی نشاندہ درخواست دہندہ نے CFWB-012 پر کی بشمول SSI، SSD، بے روزگاری کی مراعات، کرایے سے ہونے والی آمدنی، پنشن، سالیانے، ورکرز کمپنیشن، نفقہ، اور امداد اطفال۔

## 7. نگہداشت کی وجہ

درخواست دہندہ کو نگہداشت کی درج ذیل وجہوں میں سے ایک ضبط تحریر کرنا ضروری ہے:

- a. کم سے کم اقل اجرت کماٹے ہونے سے کم سے کم 10 گھنٹے فی ہفتہ کام کر رہے ہیں  ملازمت اور / یا از خود بر سر ملازمت کے سلسلے میں مطلوب دستاویزات کے لیے اوپر آمدنی کے تحت دیکھیں۔
- b. تعلیمی/حرفتی سرگرمی:  حرفتی اسکول، 2 سالہ کالج، یا 4 سالہ کالج (درج ذیل میں سے ایک)
  - CFWB-005 مع اسکول کی مہر
  - باضابطہ لیٹر ہیڈ پر تربیتی یا تعلیمی ادارے کی جانب سے ایک خط بھی قابل قبول ہے، لیکن اس پر وہ ساری لازمی معلومات ہوں جن کی عکاسی CFWB-005 پر کی گئی ہے۔
- c. کام کی تلاش ہے (درج ذیل میں سے ایک): 
  - CFWB-026 - کام کی تلاش کا ریکارڈ
  - NYS محکمہ محنت سے منظور شدہ کام کی تلاش کا منصوبہ
  - بے روزگاری بیمہ کی وصولیابی کا ثبوت
- d. بے گھر (درج ذیل میں سے ایک): 
  - ہوٹل/پناہ گاہ سے تحریری ریفرل
  - CFWB-027 رہائش سے متعلق سوالنامہ/تصدیق
- e. خانگی تشدد سے متعلق ریفرل (خانگی تشدد سے متعلق خدمت فراہم کنندہ سے): 
  - خانگی تشدد کے جواب میں خدمات کے لیے ریفرل
- f. سیسٹینس بیز ٹریٹمنٹ پروگرام ریفرل (سیسٹینس بیز ٹریٹمنٹ سروس فراہم کنندہ سے): 
  - مادے کی زیادتی کے علاج کے لیے خدمات کا حوالہ

فارموں اور درخواست کی ہدایات کے لیے براہ کرم <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> پر جائیں۔  
مزید معلومات کے لیے 311 یا 212-835-7610 پر کال کریں۔



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

### بیلنی درخولت اسٹیکس ے جم عکرتوں

بیلہ کرم رنگہ نٹس تطفال ہیں اعلیٰ کے لہے درخولت (CFWB-012) کلم کیوں فی لہے کے سٹیز، رجٹش، آمینی، اور رنگہ نٹس کی وجہ سے تصدیق کرنے کے لہے تمام مطوبہ ہتا اوزشہ ادتاکٹ لہکیں۔ آپکی درخولت جمع ہونے سے پہلے کے کلم ہونے کی تصدیق ییلہ کے لہے بیلہ کرم درخولت کی جمل پندرست بلت عملہ کنے کی تصدیق ییلہ ہوں۔

کلم ہو جمل پیر بیلہ کرم بیلنی درخولت اور ہتا اوزشہ ادتپر لہرنگ کے لہے لہے کے پیت پیر ہی ہوں:

NYC Children – EDU  
PO Box 40  
Maplewood, NJ 07040

تمام ہتا اوزٹ پوسٹل سروس سے بھیجی جلیں۔ ہتا اوزات Fedex یا UPS کے ذیوعے PO بکس کونری بھیجی جا سکتی ہوں۔

اگر درخولت کے بارے میں پل کے سوالات ہو تو بیلہ کرم ACS کے چلا کھن کال سٹریکو 212-835-7610 پر کلا کیوں۔



## ہیڈورنڈم

بنام: امداد برائے رنگہ نش تطفیل کی درخواست ہنرے ولایت تمام ولایتیں پریسٹ

حولہ: ترک وطن کی حیثیت

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)

کچھ پروگراموں میں اس بات کا ثبوت دکھانا ہوتا ہے کہ آپ کے جے سی پی کے کو  
رنگہ نش تطفیل کی ضرورت ہے وہ لازمی طور پر رہی کسی شہری، امریکی  
قوم یا اطمینان بخش ترک وطن کی حیثیت کا حامل فرد ہو۔

آپسے پہلے ہی سے گھر میں موجود رنگہ نش تطفیل کی ضرورت والے بچے  
(بچوں کے) الوکسی اور کے لئے ترک وطن کی حیثیت تک بارے میں  
نہی پوچھا جائے گا۔

اگر آپ کے سوالوں سے جواب دہی والے تطفیل رنگہ نش ت اور ایسٹ علی می  
پروگراموں کی فہرست حاصل کون اچھت سے میں جن کے لئے پیچھے کی شہری تیا  
ترک وطن کی حیثیت کا ثبوت فراہم کرن ضروری نہیں ہے تو برلکرم ACS  
اچھل شافٹی مل ہی ٹی وی گ۔ انٹ لائن کو 835-7610 (212) پر کال کوئی  
ہماری ویب سائٹ <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/eligibility.page>  
ال حظم کوئی۔



# 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"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> If you answered <b>NO</b> , do not complete this form	<b>2</b>	<b>A) Will you be 18 years old on or before election day?</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <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"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> If you answered <b>NO</b> to both of the prior questions, you cannot register to vote.	<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 (Check the applicable box and provide your number)</b> <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.