وزارة الصحة والخدمات البشرية في ولاية ماين
خدمات الطفل والأسرة
2 شارع أنتوني
11 محطة ستايت هاوس
أوغوستا، ME 04333-0011
هاتف: 7999-624 (207) ؛ الرقم المجاني: (6685-086-5866)
الهاتف النصي: اتصل برقم 711 (محوّل ماين)؛ فاكس: 6308-287 (207)

جانيت تي. ميلس
المحافظة

جين إم لامبريو، حاصلة على الدكتوراه
المفوضة

طلب الالتحاق ببرنامج الإعانة المخصصة لرعاية الطفل (CCSP)

لمعالجة طلبك، يُرجى استخدام الحبر الأسود وتقديم طلب موقع وكامل مع نسخة من جميع المستندات المطلوبة المذكورة أدناه. الطلبات غير المكتملة ستواجه تأخيرًا في المعالجة. وستُخصص مدفوعات إعانة رعاية الطفل المسددة إلى موفري رعاية الطفل لخدمات رعاية الطفل المقدمة بين تاريخ بداية وتاريخ انتهاء خطاب المنحة.

المستندات المطلوبة: جميع المستندات الخاصة بالبالغين المسؤولين عن الأطفال في المنزل (كالزوج وغيره من الأشخاص المهمين، إلخ)

☒ إثبات جنسية **الأطفال** (شهادة الميلاد (نسخة صادرة من الولاية) أو جواز سفر أو مستندات الهجرة أو التجنس) *بطاقات الضمان الاجتماعي **ليست** إثباتًا مقبولًا على الجنسية.

☐ إثبات الإقامة (رخصة القيادة، عقد الإيجار، بيان الرهن العقاري، فواتير المرافق (الكهرباء والمياه والغاز) * فاتورة الإنترنت غير مقبولة كإثبات إقامة.

☐ جدول المدرسة الرسمي لأحد الوالدين (كليهما) (إن وجد) مع خطاب منح المساعدة المالية وفاتورة المدرسة

☐ إثبات الدخل

- قسائم الدفع (آخر 4 أسابيع)؛ أو
- ورقة معلومات التوظيف؛ أو
- (إذا كان يعمل لحسابه الخاص) أحدث إقرار ضريبي من مصلحة الضرائب (أو) أحدث قائمة أرباح أو خسائر شهرية

☐ الدخل غير المكتسب (إن وجد)

- خطاب منح الضمان الاجتماعي
- بيان المعاش/التقاعد
- النفقة
- دعم الطفل (أمر محكمة، حضانة مشتركة، حقوق/مسؤوليات الوالدين)
- خطاب منح المساعدة المالية
- المزايا العسكرية

☐ مستندات الاحتياجات الخاصة التي يحددها أخصائي مؤهل (إن وجدت)

فيما يتعلق بالأسئلة التي تخص هذا البرنامج و/أو الطلب، يُرجى الاتصال بما يلي:

وزارة الصحة والخدمات البشرية
مكتب خدمات الطفل والأسرة
برنامج إعانة رعاية الطفل
2 شارع أنتوني
11 محطة ستايت هاوس
أوغوستا، ME 04333-0011
بريد إلكتروني: CCSP.DHHS@Maine.gov

ولاية ماين
وزارة الصحة والخدمات البشرية
مكتب خدمات الطفل والأسرة

طلب الالتحاق ببرنامج الإعانة المخصصة لرعاية الطفل

القسم 1: معلومات مقدم الطلب			
القسم (1): معلومات مقدم (مقدمو) الطلب			
1. **اسم مقدم الطلب الرئيسي:**			تاريخ الميلاد:
عنوان البريد الإلكتروني:			آخر أربع أرقام من رقم الضمان الاجتماعي:
هاتف المنزل:		الهاتف الخلوي:	
النوع:	اللغة الأولى:		العرق:
من أصل هسباني أو لاتيني: نعم ☐ لا ☐	هل أنت بحاجة إلى مترجم؟ ☐		
هل أنت وصيّ قانوني معين بأمر محكمة؟ نعم ☐ لا ☐ **(إذا كانت الإجابة بنعم، فأرفق إثبات الوصاية القانونية)**			
2. **العنوان الفعلي:**			
عنوان الشارع:			
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	المقاطعة:
3. **عنوان المراسلات:** (إذا كان مختلفًا عما سبق)			
عنوان المراسلات/ص.ب:			
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	المقاطعة:

القسم 2: أفراد الأسرة الإضافيون بمن فيهم الأطفال			
4. **الاسم:**			تاريخ الميلاد:
هل أنت مواطن أمريكي؟ ☐ نعم ☐ لا	(إذا كانت الإجابة بنعم، فأرفق إثباتًا)		رقم الضمان الاجتماعي:
النوع:	اللغة الأساسية:		العرق:
من أصل هسباني أو لاتيني: نعم ☐ لا ☐	صلة القرابة بمقدم الطلب:		
5. **الاسم:**			تاريخ الميلاد:
هل أنت مواطن أمريكي؟ ☐ نعم ☐ لا	(إذا كانت الإجابة نعم، فأرفق إثباتًا)		رقم الضمان الاجتماعي:
النوع:	اللغة الأساسية:		العرق:
من أصل هسباني أو لاتيني: نعم ☐ لا ☐	صلة القرابة بمقدم الطلب:		
6. **الاسم:**			تاريخ الميلاد:
هل أنت مواطن أمريكي؟ ☐ نعم ☐ لا	(إذا كانت الإجابة نعم، فأرفق إثباتًا)		رقم الضمان الاجتماعي:
النوع:	اللغة الأساسية:		العرق:
من أصل هسباني أو لاتيني: نعم ☐ لا ☐	صلة القرابة بمقدم الطلب:		
7. **الاسم:**			تاريخ الميلاد:
هل أنت مواطن أمريكي؟ ☐ نعم ☐ لا	(إذا كانت الإجابة ب فينعم، فأرفق إثباتًا)		رقم الضمان الاجتماعي:
النوع:	اللغة الأساسية:		العرق:
من أصل هسباني أو لاتيني: نعم ☐ لا ☐	صلة القرابة بمقدم الطلب:		

القسم 3: الأسئلة
8. هل جميع البالغين داخل الأسرة يعملون أو يحضرون برنامجًا تعليميًا/تدريبيًا وظيفيًا؟ ☐ نعم ☐ لا
9. هل هذه أسرة مكونة من والدين يعمل فيها بالغ واحد فقط أو يحضر برنامجًا تعليميًا/تدريبيًا وظيفيًا والآخر مصاب بإعاقة موثقة من إدارة الضمان الاجتماعي مع مذكرة طبيب تشير إلى وجود إعاقة تمنعه/تمنعها من رعاية الأطفال؟ ☐ نعم ☐ لا **(إذا كانت الإجابة بنعم، فأرفق إثباتًا)**
10. هل وُضع الطفل تحت الوصاية القانونية لفرد بلغ سن التقاعد وفق ما هو محدد بالضمان الاجتماعي؟ ☐ نعم ☐ لا
11. هل تملك أصولاً تعادل أو تتجاوز 1,000,000 دولار؟ ☐ نعم ☐ لا
12. هل تعاني في تشرد الوقت الحالي؟ ☐ نعم ☐ لا
13. هل تحصل على إعانة للسكن؟ ☐ نعم ☐ لا
14. هل حصلت على مساعدة مؤقتة للأسر المحتاجة على مدار الاثني عشر (12) شهرًا الماضية؟ ☐ نعم ☐ لا
15. يُرجى التحقق مما إذا كنت في الوقت الحالي: ☐ عضوًا في وحدة الحرس الوطني ☐ عضوًا في وحدة الاحتياط العسكري ☐ في خدمة فعلية في الجيش الأمريكي
16. هل لديك انتماء قبلي؟ ☐ نعم ☐ لا

القسم 4: الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة
17. هل هناك أي أطفال ممن يحتاجون إلى رعاية من ذوي الاحتياجات الخاصة؟ ☐ نعم ☐ لا **(إذا كانت الإجابة بنعم، فأرفق إثباتًا)**
يشير الطفل ذو الاحتياجات الخاصة إلى أ) طفل يبلغ من العمر حتى ثلاثة عشر (13) عامًا، والذي في شأنه قرر أحد المتخصصين المؤهلين أن الطفل المصاب بإعاقة على النحو المحدد في المادة 602 من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (20 U.S.C. 1401) يكون مؤهلاً للحصول على خدمات التدخل المبكر بموجب الجزء ج من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (20 U.S.C. 1431 وما يليها)؛ ويكون مؤهلاً للحصول على الخدمات بموجب المادة 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973 ((29 U.S.C. 794؛ يفي بتعريف الإعاقة بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (P.L) (ADA. 110-325)؛ يُعتبر معرضًا لخطر المشاكل الصحية و/أو التنموية نتيجة لعوامل الخطر البيئية المحددة بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، التشرد و/أو الإساءة و/أو الإهمال والتسمم بالرصاص والتعرض للمخدرات أو الكحول قبل الولادة؛ و/أو ب) طفل ما بين الثلاثة عشر (13) عامًا والثمانية عشر (18) عامًا، الذي يعاني من انعدام القدرة الجسدية أو العقلية للاعتناء بنفسه، أو يقع تحت إشراف المحكمة

القسم 5: معلومات الوالد الغائب ☐ **لا توجد**
إذا كانت إجابتك نعم على أي من هذه الأسئلة، فيُرجى إرفاق المستندات
18. هل تشارك في أي حقوق/مسؤوليات أبوية؟ ☐ نعم ☐ لا
19. هل لديك حضانة مشتركة بأمرٍ من المحكمة؟ ☐ نعم ☐ لا
20. هل تحصل على دعم للطفل بأمر من المحكمة أو طواعية؟ ☐ نعم ☐ لا

يشير البرنامج التعليمي إلى البرنامج المطلوب لإكمال دبلوم ثانوي أو اختبار معادلة المدرسة الثانوية (HISET) أو غيره من اختبارات معادلة المدارس الثانوية المعتمدة من الدائرة أو برنامج مهني معتمد من الدائرة أو برنامج جامعي ما بعد الثانوية والذي يحصل فيه ولي الأمر على درجات تؤهله لنيل درجة علمية أو برنامج تعليمي آخر معتمد من الدائرة. وجديرٌ بالذكر أن أولياء الأمور الذين يحضرون برامج تعليمية على مستوى الدراسات العليا أو الدكتوراه غير مؤهلين للحصول على إعانة رعاية الطفل.
يُرجى إدراج وإرفاق المستندات الآتية بشأن برامج التعليم/التدريب الوظيفي لجميع البالغين في عائلتك من الطلاب. وبالنسبة لكل طالب؛ يُرجى تقديم جدول حصص رسمي حالي يبين اسم المؤسسة واسم الطالب وأيام/وقت الحصص الدراسية وتواريخ الفصل الدراسي والساعات المعتمدة وخطاب المساعدة المالية وفاتورة المدرسة
21. **الطالب رقم 1 - اسم المدرسة:**
الدرجة العلمية: / تاريخ البدء: / تاريخ الانتهاء:
تاريخ بدء الفصل الدراسي المقبل: / تاريخ التخرج المتوقع:
وقت التنقل اللازم يوميًا (رحلة ذهابًا وإيابًا من مركز رعاية الطفل إلى المدرسة، بالساعات):
22. **الطالب رقم 2 - اسم المدرسة:**
الدرجة العلمية: / تاريخ البدء: / تاريخ الانتهاء:
تاريخ بدء الفصل الدراسي المقبل: / تاريخ التخرج المتوقع:
وقت التنقل اللازم يوميًا (رحلة ذهابًا وإيابًا من مركز رعاية الطفل إلى المدرسة، بالساعات):

القسم 6: العمل	☐ لا يوجد

يُرجى تقديم المعلومات الخاصة بوظيفة جميع الأفراد البالغين في الأسرة. كما يُرجى تقديم قسائم دفع حالية على مدار أربعة (4) أسابيع خاصة بجميع الأفراد البالغين الذين يعملون أو يمكن تقديم ورقة المعلومات الخاصة بالوظيفة. ويجب على الأفراد المستقلين تقديم نسخة من أحدث إقرارات الضرائب أو أحدث قائمة شهرية بالأرباح والخسائر. ويُرجى تقديم جميع مصادر الدخل غير المكتسب. وفي حال كان لدى الأفراد البالغين أكثر من وظيفتين، فيُرجى إرفاق ورقة منفصلة بجميع المعلومات الواردة أدناه لكل وظيفة إضافية، بالإضافة إلى جميع المستندات الداعمة المشار إليها أعلاه

23. **الوظيفة رقم 1** ☐ تقليدية ☐ مستقلة ☐ موسمية ☐ باليومية

اسم الموظف:	المسمى الوظيفي:
اسم المدير:	هاتف العمل:
تاريخ التعيين/البدء:	وقت التنقل (اتجاه واحد)، العمل على رعاية الطفل بالساعات:

جدول العمل: (مثال: 8 صباحًا – 5 مساءً) ***ملاحظة: إذا اختلف جدولك الزمني، فيُرجى ذكر جدول العمل على مدار الأربعة (4) أسابيع الماضية***

تواريخ بداية/نهاية الأسبوع (شهر/يوم/سنة - شهر/يوم/سنة)	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	إجمالي عدد الساعات

24. **الوظيفة رقم 2** ☐ تقليدية ☐ مستقلة ☐ موسمية ☐ باليوم

اسم الموظف:	المسمى الوظيفي:
اسم المدير:	هاتف العمل:
تاريخ التعيين/البدء:	وقت التنقل، العمل على رعاية الطفل بالساعات:

جدول العمل: (مثال: 8 صباحًا – 5 مساءً) ***ملاحظة: إذا اختلف جدولك الزمني، فيُرجى ذكر جدول العمل على مدار الأربعة (4) أسابيع الماضية***

تواريخ بداية/نهاية الأسبوع (شهر/يوم/سنة - شهر/يوم/سنة)	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	إجمالي عدد الساعات

المعلومات

إذا كنت ترغب في الحصول على معلومات بشأن الفحوصات التنموية، يُرجى الانتقال إلى الرابط التالي:
https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/screening.html

التوقيع مطلوب - يُرجى التوقيع وذكر التاريخ وإعادته إلينا

أشهد، تحت طائلة الحنث باليمين، أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة على حد علمي. وأدرك أن هذه المعلومات ستُقدم إلى وزارة الصحة والخدمات البشرية للاستخدام في إدارة هذا البرنامج. وأفوض الوكالة للتحقق من صحة هذه المعلومات بأي وسيلة ضرورية. وأوافق على إخطار الوكالة في غضون عشرة (10) أيام بأي توقف عن العمل أو حضور برنامج تعليمي أو تدريبي وظيفي و/أو تغيير مقدم رعاية الطفل. **قد تستغرق مراجعة الطلب من الدائرة حتى 30 يومًا.**

توقيع مقدم الطلب الأساسي: _____(التوقيع المطبوع غير مقبول) التاريخ: _____

توقيع المُعَد: _____ التاريخ: _____

صفحة بيانات المدير

يُرجى التأكد من استكمال المشرف أو موظف الموارد البشرية لهذا النموذج	
المدير المسؤول عن استكمال النموذج ☐ **لا يوجد**	
1. اسم المدير:	
2. اسم الموظف:	
3. الأجر/الراتب بالساعة:	4. تاريخ التعيين:
5. هل يتضمن الجدول استراحة غير مدفوعة الأجر لمدة 30 دقيقة؟	**6.** هل تتقاضى أجرك كل أسبوع أم كل أسبوعين أم كل شهر؟

جدول عمل الموظف: (مثال: 8 صباحًا – 5 مساءً)							
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	إجمالي عدد الساعات

ملاحظة: إذا اختلف جدول عمل الموظف، فيُرجى ذكر جدول العمل على مدار الأربعة (4) أسابيع الماضية. وإذا لم يحصل الموظف على وظيفة لمدة أربعة (4) أسابيع كاملة، فيُرجى تقدير عدد الساعات المتوقعة للأسابيع المتبقية								
تواريخ بداية/نهاية الأسبوع (شهر/يوم/سنة - شهر/يوم/سنة)	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	إجمالي عدد الساعات

أشهد تحت طائلة الحنث باليمين أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة على حد علمي.

اسم المشرف/موظف الموارد البشرية (بخط واضح): _____

توقيع المشرف/موظف الموارد البشرية: _____ التاريخ: _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____ الهاتف: _____

ولاية ماين
وزارة الصحة والخدمات البشرية
مكتب خدمات الطفل والأسرة

برنامج الإعانة الخاصة برعاية الأطفال – صفحة بيانات مزوّد رعاية الطفل

يُرجى التأكد من استكمال موفر رعاية الطفل هذا النموذج
مزوّد رعاية الطفل المسؤول عن استكمال النموذج
1. اسم ولي الأمر:
2. اسم (أسماء) الطفل (الأطفال):
3. ما هو الموعد المتوقع لحضور الطفل لبرنامجك؟

معلومات مزوّد الرعاية	
1. اسم الشركة:	2. ما هو مستوى نظام تقييم الجودة وتحسينها:
3. اسم مسؤول الاتصال:	4. رقم الهاتف:
5. العنوان:	
6. عنوان البريد الإلكتروني:	
7. هل تشارك في الوقت الحالي في نظام تقييمات الجودة وتحسينها بولاية ماين؟ ☐ نعم ☐ لا	
8. نوع **مزوّد** الرعاية: (حدد أدناه)	
☐ مُرخص له	رقم الرخصة:
☐ مزوّد رعاية معفي من الرخصة	***قد تستغرق معالجة أوراق التحريات حتى 45 يومًا*** ***سوف يتم إرسال أوراق إضافية لاستكمالها***

- يجب أن يبلغ من العمر 18 عامًا وألا يقيم في عنوان إقامة الطفل (الأطفال) ذاته؛ و
- يمكن أن يعتني بطفلين اثنين (2) كحدٍ أقصى
- يجب أن يكون من مقيمي ولاية ماين لمدة 6 أشهر

ضع علامة صح أمام خيار واحد:

في منزل *مزودي الرعاية*: ☐ من غير الأقارب ☐ من الأقارب (يجب توضيح صلة القرابة) _____

في منزل *الطفل*: ☐ من غير الأقارب ☐ من الأقارب (يجب توضيح صلة القرابة) _____

برنامج السن المدرسي/الترفيهي ☐

بالتوقيع أدناه، تُقر بأن برنامج إعانة رعاية الطفل لا يسدد مدفوعات بأثر رجعي ويتحمل ولي الأمر مسؤولية سداد جميع المدفوعات حتى تستلم خطاب المنح. وإذا كنت أحد الموفرين الجدد لبرنامج الإعانة الخاصة برعاية الطفل، فستحصل على أوراق إضافية يتعين استكمالها.

اسم مزودي الرعاية (بخط واضح): _____ اللغة المفضلة: _____

توقيع مزود الرعاية: _____ التاريخ: _____

*** التوقيع مطلوب - يُرجى التوقيع وذكر التاريخ وإعادة إرساله إلى العنوان الآتي:**

وزارة الصحة والخدمات البشرية
مكتب خدمات الطفل والأسرة
برنامج إعانة رعاية الطفل
الطفل
2 شارع أنتوني
11 محطة ستايت هاوس
أوغوستا، ME 04333-0011

الهاتف: 7999-624 (207) الفاكس: 6308-287 (207) الرقم المجاني: 6685-086-5866 يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال بمحوّل ماين 711
البريد الإلكتروني: CCSP.DHHS@Maine.gov