Janet T. Mills
Governadora

Prof. Doutora Jeanne M. Lambrew
Comissária

Departamento de Saúde e Serviços Sociais do Maine
Gabinete da Criança e dos Serviços Familiares
11 State House Station
2 Anthony Avenue
Augusta, Maine 04333-0011
Tel.: (207) 624-7999; Grátis: (877) 680-5866
TTY: Marque 711 (Posto do Maine); Fax: (207) 287-6308

Candidatura ao Programa de Subsídios de Apoio à Criança (CCSP)

Para processar a candidatura utilize uma caneta de tinta preta e envie uma candidatura completa e assinada, juntamente com uma cópia de toda a documentação solicitada que é indicada abaixo. As candidaturas incompletas levarão a atrasos no processamento. Os pagamentos de Subsídios de Apoio à Criança a prestadores de apoio à criança serão aplicáveis a serviços de apoio à criança prestados entre a data de início e a data de término da carta de atribuição do subsídio.

Documentação necessária: Para todos os adultos no agregado familiar responsáveis pelas crianças (incluindo o cônjuge, o companheiro(a), etc.)

☐ Comprovativo de cidadania para **crianças** (certidão de nascimento (documento emitido pelo estado), passaporte, documentos de imigração ou naturalização). *Os cartões da Segurança Social **não** são aceites como comprovativo de cidadania.

☐ Atestado de residência (carta de condução, contrato de arrendamento, declaração de hipoteca, facturas de serviços públicos (electricidade, água, gás) * a factura da Internet não é aceite como comprovativo de cidadania.

☐ Horário escolar oficial para pais (se aplicável), juntamente com a carta de atribuição de apoio financeiro e uma factura da escola.

☐ Verificação de Rendimento

- Talões de vencimento (últimas 4 semanas); ou
- Ficha informativa de emprego; ou
- (se trabalhador independente) A última declaração fiscal de IRS (ou) A última declaração mensal de balanço e demonstração de resultados.

☐ Rendimento não salarial (se aplicável)

- Carta de atribuição da Segurança Social
- Comprovativo de pensão/reforma
- Pensão
- Pensão de alimentos (ordenada pelo tribunal, guarda conjunta, direitos/responsabilidades parentais)
- Carta de atribuição de apoio financeiro
- Benefícios militares

☐ Documentação de necessidades especiais determinada por um profissional qualificado (se aplicável)

Para questões relativas a este programa e/ou à candidatura, contacte:

Departamento de Saúde e Serviços Sociais
Gabinete da Criança e dos Serviços Familiares
Programa de Subsídios de Apoio à Criança
2 Anthony Avenue
11 State House Station
Augusta, ME 04333-0011
E-mail: CCSP.DHHS@Maine.gov

ESTADO DO MAINE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE E SERVIÇOS SOCIAIS
Gabinete da Criança e dos Serviços Familiares

Candidatura ao Programa de Subsídios de Apoio à Criança

SECÇÃO 1: Informação do(s) Candidato(s)			
1. Candidato Principal Nome:			Data de nascimento:
Endereço de e-mail:			Últimos 4 dígitos do cartão de beneficiário:
Telefone residencial:		Telemóvel:	
Sexo:	Língua materna:		Raça:
Hispânico ou de origem latina: ☐ Sim ☐ Não		Necessita de tradutor? ☐	
É um tutor legal nomeado pelo tribunal? ☐ Sim ☐ Não **(se sim, anexe o comprovativo de tutela legal)**			
2. Endereço físico:			
Endereço residencial:			
Cidade:	Estado:	Código postal:	Condado:
3. Endereço postal: (Se diferente do acima indicado)			
Endereço postal/caixa postal:			
Cidade:	Estado:	Código postal:	Condado:

SECÇÃO 2: Membro(s) Adicionais do Agregado Familiar, Incluindo Crianças			
4. Nome:			Data de nascimento:
É cidadão americano? ☐ Sim ☐ Não (se sim, anexe o comprovativo)			N.º de beneficiário:
Sexo:	Língua materna:		Raça:
Hispânico ou de origem latina: ☐ Sim ☐ Não		Parentesco com o candidato:	
5. Nome:			Data de nascimento:
É cidadão americano? ☐ Sim ☐ Não (se sim, anexe o comprovativo)			N.º de beneficiário:
Sexo:	Língua materna:		Raça:
Hispânico ou de origem latina: ☐ Sim ☐ Não		Parentesco com o candidato:	
6. Nome:			Data de nascimento:
É cidadão americano? ☐ Sim ☐ Não (se sim, anexe o comprovativo)			N.º de beneficiário:
Sexo:	Língua materna:		Raça:
Hispânico ou de origem latina: ☐ Sim ☐ Não		Parentesco com o candidato:	
7. Nome:			Data de nascimento:
É cidadão americano? ☐ Sim ☐ Não (se sim, anexe o comprovativo)			N.º de beneficiário:
Sexo:	Língua materna:		Raça:
Hispânico ou de origem latina: ☐ Sim ☐ Não		Parentesco com o candidato:	

SECÇÃO 3: Perguntas
8. Todos os adultos da família estão a trabalhar ou a frequentar um programa de ensino/formação profissional? ☐ Sim ☐ Não
9. Este é um agregado familiar de dois progenitores, em que um adulto trabalha ou frequenta um programa de ensino/formação profissional e o outro tem uma incapacidade documentada pela SS com um atestado médico a certificar que a incapacidade o(a) impede de cuidar dos filhos? ☐ Sim ☐ Não **(se sim, anexe a documentação)**
10. A criança foi colocada sob a tutela legal de um indivíduo que atingiu a idade da reforma, conforme definido pela Segurança Social? ☐ Sim ☐ Não
11. Tem activos de valor igual ou superior a 1 milhão de dólares? ☐ Sim ☐ Não
12. Está actualmente na condição de sem-abrigo? ☐ Sim ☐ Não
13. Recebe ajuda à habitação? ☐ Sim ☐ Não
14. Recebeu TANF (Assistência Temporária a Famílias de Baixo Rendimento) nos últimos doze (12) meses? ☐ Sim ☐ Não
15. Assinale se actualmente: ☐ É Membro da Guarda Nacional ☐ É Membro da Unidade de Reserva Militar ☐ Está no Serviço Activo do Exército dos EUA
16. Tem alguma afiliação tribal? ☐ Sim ☐ Não

SECÇÃO 4: Crianças com Necessidades Especiais
17. Alguma das crianças em questão necessita de cuidados especiais? ☐ Sim ☐ Não **(se sim, anexe a documentação)**
O termo Criança com Necessidades Especiais refere-se a a) uma Criança com idade até aos treze (13) anos, a qual foi considerada por um profissional qualificado como portadora de incapacidade, conforme definido na secção 602 da Lei sobre a Educação de Indivíduos Portadores de Deficiência (20 U.S.C. 1401); é elegível para serviços de intervenção precoce nos termos da parte C da Lei sobre a Educação de Indivíduos Portadores de Deficiência (20 U.S.C. 1431 e seguintes); é elegível para serviços nos termos da secção 504 da Lei de Reabilitação de 1973 (29 U.S.C. 794); cumpre a definição de incapacidade nos termos da Lei sobre Americanos Portadores de Incapacidade (ADA) (P.L. 110-325); é considerada de risco em termos de saúde e/ou problemas de desenvolvimento, como resultado de factores de risco ambiental identificados, incluindo, sem limitação, desalojamento, abuso e/ou negligência, envenenamento por chumbo e exposição pré-natal a drogas ou álcool; e/ou b) uma Criança com idade entre os treze (13) e os dezoito (18) anos que seja física ou mentalmente incapaz de cuidar de si, ou esteja sob supervisão judicial.

SECÇÃO 5: Informação sobre Progenitores Ausentes ☐ **Não Aplicável**
Se seleccionou sim em alguma destas opções, anexe a respectiva documentação
18. Tem direitos/responsabilidades parentais partilhadas? ☐ Sim ☐ Não
19. Tem guarda partilhada/conjunta ordenada pelo tribunal? ☐ Sim ☐ Não
20. Está a receber voluntariamente, ou por ordem do tribunal, pensão de alimentos? ☐ Sim ☐ Não

Programa de ensino refere-se a um programa necessário para a conclusão do ensino secundário, Teste de Equivalência ao Ensino Secundário (HISET), ou outro teste de equivalência ao ensino secundário aprovado pelo departamento; programa vocacional aprovado pelo departamento; ou programa de graduação pós-secundário no qual o progenitor recebe créditos para a obtenção de um grau; ou outro programa de ensino aprovado pelo departamento. Os progenitores que frequentem programas de ensino ao nível da licenciatura ou doutoramento não são elegíveis para receber o Subsídio de Apoio à Criança.

***Enuncie e anexe a documentação sobre os programas de ensino/formação profissional relativos a todos os adultos do agregado familiar estejam a estudar. Para cada estudante: facultar um horário de turma oficial e actual onde conste o nome da instituição, o nome do aluno, os dias/horas das aulas, as datas dos semestres, as horas de crédito, a carta de apoio financeiro e a factura da escola*.**

21. Aluno n.º 1 - Nome da Escola:		
Grau:	Data de início:	Data de término:
Data de início do próximo semestre:	Data prevista de graduação:	
Tempo de viagem necessário por dia (ida e volta da creche até à escola, em horas):		
22. Aluno n.º 2 - Nome da Escola:		
Grau:	Data de início:	Data de término:
Data de início do próximo semestre:	Data prevista de graduação:	
Tempo de deslocação necessário por dia (ida e volta do apoio social para a escola, em horas):		

SECÇÃO 6: Emprego ☐ **Não aplicável**

Envie informação de emprego relativa a todos os adultos no agregado familiar. Envie quatro (4) semanas de talões de vencimento actuais para todos os adultos que trabalhem ou, em alternativa, uma ficha informativa de emprego. Os trabalhadores independentes devem enviar uma cópia da sua última declaração fiscal, ou da última declaração mensal de balanço e demonstração de resultados. Indique todas as fontes de rendimento não salarial. Se os adultos tiverem mais de dois empregos, anexe uma folha em separado com toda a informação indicada abaixo para cada cargo adicional, para além de toda a documentação de apoio indicada acima.

23. Emprego n.º 1 – ☐ Tradicional ☐ Trabalhador independente ☐ Sazonal ☐ Ajudas de custo

Nome do colaborador:	Cargo:
Nome do empregador:	Telefone do trabalho:
Data de contratação/início:	Tempo de viagem (só de ida)

Horário de trabalho: (exemplo: 8h00 – 17h00) ***Nota: Se o seu horário variar, indique o seu horário de trabalho nas quatro (4) últimas semanas***

Datas de início/término da semana (dia/mês/ano – dd/mm/aaaa)	Domingo	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Total de Horas

24. Emprego n.º 2 – ☐ Tradicional ☐ Trabalhador independente ☐ Sazonal ☐ Ajudas de custo

Nome do colaborador:	Cargo:
Nome do empregador:	Telefone do trabalho:
Data de contratação/início:	Tempo de viagem do trabalho até à creche, em horas:

Horário de trabalho: (exemplo: 8h00 – 17h00) ***Nota: Se o seu horário variar, indique o seu horário de trabalho nas quatro (4) últimas semanas***

Datas de início/término da semana (dia/mês/ano – dd/mm/aaaa)	Domingo	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Total de Horas

INFORMAÇÃO

Se gostaria de receber informação sobre análises de desenvolvimento, consulte o link seguinte:
https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/screening.html

Assinatura necessária - Assine, date e devolva o formulário

Certifico, sob pena de perjúrio que, tanto quanto me é dado saber, a informação supracitada é verdadeira. Compreendo que esta informação será facultada ao Departamento de Saúde e Serviços Sociais para ser utilizada na gestão deste programa. Autorizo a agência a verificar esta informação por todo e quaisquer meios necessários. Concordo em notificar a agência no prazo de dez (10) dias após qualquer cessação de emprego ou frequência de um programa de ensino/formação profissional, e/ou alteração de prestador de cuidados infantis. **O processo de análise da candidatura pode levar ao departamento até 30 dias.**

Assinatura do Candidato Principal: _____(A assinatura digitada não é aceite) Data: _____
Assinatura do Preparador:_____ Data: _____

Ficha Informativa do Empregador

Peça ao seu supervisor ou membro dos recursos humanos que preencha este formulário	
Empregador Responsável pelo Preenchimento ☐ **Não aplicável**	
1. Nome do empregador:	
2. Nome do colaborador:	
3. Salário por hora/vencimento:	**4.** Data de contratação:
5. O horário inclui uma pausa não remunerada de 30 minutos?	**6.** É pago de forma semanal, bi-semanal ou mensal?

Horário de trabalho do colaborador: (exemplo: 8h00 – 5h00)							
Domingo	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Total de Horas

Nota: Se o seu horário do colaborador variar, indique o seu horário de trabalho nas quatro (4) últimas semanas. Se o colaborador não tiver estado a trabalhar durante quatro (4) semanas completas, dê uma estimativa do horário esperado nas semanas restantes.								
Datas de início/término da semana (dia/mês/ano – dd/mm/aaaa)	Domingo	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Total de Horas

Certifico, sob pena de perjúrio que, tanto quanto me é dado saber, a informação supracitada é verdadeira.

Nome do Supervisor/Membro dos Recursos Humanos (Impresso): _____

Assinatura do Supervisor/Membro dos Recursos Humanos Assinatura:_____ Data: _____

Endereço de e-mail: _____ Telefone: _____

ESTADO DO MAINE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE E SERVIÇOS SOCIAIS
Gabinete da Criança e dos Serviços Familiares

Programa de Subsídios de Apoio à Criança – Ficha Informativa do Prestador de Apoio à Criança

Peça ao seu Prestador de Apoio à Criança que preencha este formulário

Prestador de Apoio à Criança Responsável pelo Preenchimento
1. Nome do progenitor:
2. Nome(s) da(s) criança(s):
3. Quando é previsto que a criança frequente o seu programa?

Informação do prestador	
1. Nome da empresa:	**2.** Qual é o seu nível da fase QRIS:
3. Nome da pessoa de contacto:	**4.** Número de telefone:
5. Morada:	
6. Endereço de e-mail:	
7. Participa actualmente no Sistema de Classificações de Qualidade e Melhoria do Maine? ☐ Sim ☐ Não	
8. Tipo de prestador: (seleccione abaixo)	
☐ Licenciado Número de licença:	
☐ Prestador não licenciado ***A documentação de verificação de antecedentes poderá levar até 45 dias a processar*** ***Será enviada documentação adicional para preenchimento***	

- Deve ter 18 anos e não pode residir na mesma morada que a(s) criança(s); e
- Pode apenas vigiar, no máximo, duas (2) crianças
- Deve residir no Maine durante 6 meses

Assinale uma opção:

Em casa dos *Prestadores:* ☐ Não relacionado ☐ Relacionado (deve indicar a relação) _____

Em casa da *criança:* ☐ Não relacionado ☐ Relacionado (deve indicar a relação) _____

Programa em idade escolar/recreativo ☐

Ao assinar abaixo confirma que o Programa de Subsídios de Apoio à Criança não paga retroactivamente e o progenitor é responsável por todos os pagamentos até você receber uma carta de atribuição. Se é um novo prestador do Programa de Subsídios de Apoio à Criança irá receber documentação adicional que deve preencher.

Nome do Prestador (Impresso): _____ Idioma preferencial: _____

Assinatura do Prestador: _____ Data: _____

*** Assinatura necessária - Assine, date e devolva o formulário para a morada seguinte:**

Departamento de Saúde e Serviços Sociais
Gabinete da Criança e dos Serviços Familiares
Programa de Subsídios de Apoio à Criança
2 Anthony Avenue
11 State House Station
Augusta, ME 04333-0011

Telefone: (207) 624-7999 Fax: (207) 287-6308 Grátis: 1-877-680-5866 Os utilizadores de TTY podem contactar o posto 711 do Maine
E-mail: CCSP.DHHS@Maine.gov