قانون خطة الإنقاذ الأمريكية **ARP** لعام 2021

منح صندوق الاستقرار لرعاية الطفولة

شكرًا لك على اهتمامك بمنح صندوق الاستقرار لرعاية الطفولة. سيكون هذا أولى فرص المنح المتعددة.

تصبح الجهات التي تقدم خدمة رعاية الطفولة المعتمدة من وزارة التربية والتعليم بولاية ماريلاند حتى تاريخ 11 مارس 2021 (بموجب قانون خطة الإنقاذ الأمريكية لعام 2021) مؤهلة للحصول على منحة خطة الإنقاذ الأمريكية (ARP) لعام 2021 إذا توفرت فيها الشروط التالية:

* أن تكون تلك الجهات مفتوحة ومتاحة لتقديم خدمات رعاية الطفولة في تاريخ تقديم الطلب، أو
* مغلقة مؤقتًا في تاريخ تقديم الطلب لسبب يتعلق بالصحة العامة أو المشاكل المالية أو لأسباب أخرى تتعلق بحالة الطوارئ الصحية العامة الناتجة عن تفشي كوفيد-19، ولكنها تعهدت بإعادة تقديم خدمات رعاية الطفولة في موعد أقصاه 1 سبتمبر 2021.

**مدة المنحة:** 6 سبتمبر 2021 – 6 مارس 2022

**مبالغ المنح:** منحة أساسية 15000 دولار و300 دولار لكل نطاق مرخص

آخر موعد لتقديم طلبات المنحة تمام الساعة 4:00 م بتوقيت شرق الولايات المتحدة بتاريخ 6 أغسطس 2021.

يجب أن يكون لدى متلقي المنحة استمارة W-9 في الملف للحصول عليها. إذا لم تملأ استمارة W-9 الخاصة بمنح الإغاثة من الجائحة أو إذا لم تكن تتلقى مدفوعات أخرى من وزارة التربية والتعليم بولاية ماريلاند MSDE، فيرجى تنزيل هذه الاستمارة <https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw9.pdf> ، وإرسالها على البريد الإلكتروني: childcaregrants.msde@maryland.gov . يوجد بالفعل لدى متلقي المنح في صناديق الإغاثة الوبائية لرعاية الطفولة والتي تم توزيعها في مايو 2021، استمارة W-9 في الملف ومن ثم لا يحتاجون إلى إعادة تقديمها.

للدفع بشكل أسرع، يرجى ملأ استمارة الإيداع المباشر وإرسالها إلى المراقب المالي لولاية ماريلاند كما هو موضح في النموذج <https://marylandtaxes.gov/forms/state-accounting/static-files/GADX10Form.pdf>

جميع المنح خاضعة للضريبة. يرجى استشارة أخصائي الضرائب الخاص بك.

1. اسم مقدم رعاية الأسرة والطفولة/اسم مدير المركز

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. عنوان البريد الإلكتروني الخاص بمقدم رعاية الأسرة والطفولة/مدير المركز

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. رقم الهاتف الخاص بمقدم رعاية الأسرة والطفولة/مدير المركز

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. اسم برنامج رعاية الطفولة المعتمد (الاسم القانوني/الرسمي الوارد في الترخيص الصادر عن وزارة التربية والتعليم بولاية ماريلاند أو أي اسم آخر يستخدم في تنفيذ بالأعمال التجارية)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. رقم ترخيص رعاية الطفولة (المدون في ترخيصك الصادر من وزارة التربية والتعليم بولاية ماريلاند، أو شهادة التسجيل أو خطاب مطابقة المستندات؛ لا تُدخل رقم رخصة القيادة الخاصة بك، أو تاريخ الميلاد، أو الرقم الضريبي الأمريكي، أو رقم الضمان الإجتماعي)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. تاريخ أول إصدار لترخيص رعاية الطفولة الخاصة بك، وشهادة التسجيل، وخطاب مطابقة المستندات كما يتضح في الترخيص الخاص بك

تاريخ الترخيص الخاص بك، شهادة التسجيل، أو خطاب مطابقة المستندات.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. يرجى تقديم نسخة من ترخيص رعاية الطفولة الخاص بك، وشهادة التسجيل، أو خطاب مطابقة المستندات.
2. يرجى تقديم رقم الهوية (كما هو مذكور في تقرير فحص الترخيص الخاص بك، ولا تدخل رقم رخصة القيادة، أو تاريخ الميلاد، أو الرقم الضريبي الأمريكي، أو رقم الضمان الاجتماعي)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. نوع برنامج رعاية الطفولة المعتمد (يرجى تحديد واحد مما يلي)
* نُزل لرعاية الأسرة والطفولة
* نُزل ضخم لرعاية الأسرة والطفولة
* مركز لرعاية الطفولة
* خطاب مطابقة المستندات
1. العرق والأصل الإثني لمدير المركز أو مالك جهة تقديم رعاية الأسرة والطفولة حسبما تطلبه وزارة التعليم الأمريكية لأغراض الإبلاغ (حدد كل ما ينطبق)
* أبيض أو قوقازي
* من أصحاب البشرة السمراء أو أمريكي من أصل أفريقي
* اسباني أو لاتيني
* أمريكي آسيوي أو آسيوي
* أمريكي هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين
* من سكان هاواي الأصليون أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ
* عرق آخر
1. جنس مدير المركز أو مالك جهة تقديم رعاية الأسرة والطفولة حسبما تطلبه وزارة التعليم الأمريكية لأغراض الإبلاغ (**حدد خيار واحد**)
* أنثى
* ذكر
* غير منتمي للثنائية الجنسية
1. **العنوان الفعلي** لبرنامج رعاية الطفولة (ويشمل الرمز البريدي)

العنوان

المدينة/البلدة

الرمز البريدي

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **المقاطعة/السلطة القضائية** التي يقع فيها برنامج رعاية الطفولة

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **عنوان البريد** الخاص ببرنامج رعاية الطفولة والمخصص لإرسال المدفوعات

العنوان

المدينة/البلدة

الولاية/المقاطعة

الرمز البريدي

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. عدد النطاقات المرخصة– أدخل عدد النطاقات التي حصلت على ترخيص لها.
2. ما هي السعة التقريبية التي تعمل بها حاليًا؟ (حدد خيار واحد).
* أقل من 50٪ من السعة المرخصة
* أكثر من 50٪ من السعة المرخصة
1. التكاليف الإدارية - الرجاء إدخال التكاليف الإدارية الشهرية المقدرة لتشغيل مرفق رعاية الطفولة (مقربًا إلى أقرب قيمة بالدولار). أدخل أرقام فقط، ولا تدخل رموز أخرى مثل الدولار أو الكسور العشرية. يجب إدخال رقم لكل فئة من الفئات التالية، إذا لم يكن لديك أحد هذه الفئات، أدخل الرقم صفر ("0") في هذا السطر المخصص لها. إذا كنت تستخدم أرقام التكلفة السنوية، اقسم القيمة الإجمالية على 12 للحصول على النفقات الشهرية. يرجى الاطلاع على الأسئلة الشائعة للحصول على المساعدة
* تكاليف الموظفين $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* الإيجار أو الرهن العقاري والضرائب $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* المرافق والمنشآت والصيانة والتأمين $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* معدات الحماية الشخصية والتنظيف $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* المعدات واللوازم $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* البضائع والخدمات $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. يرجى تحديد الغرض تخطط لاستخدام أموال منحة قانون خطة الإنقاذ الأمريكية ARP من أجله. يرجى الاطلاع على الأسئلة الشائعة للحصول على وصف الفئات (**حدد كل ما ينطبق**):
* تكاليف الموظفين
* الإيجار/الرهن، والمرافق، والمنشآت، والصيانة والتأمين
* معدات الحماية الشخصية، والتنظيف، وممارسات الصحة والسلامة الأخرى
* المعدات واللوازم
* البضائع والخدمات
* خدمات الصحة العقلية
* سداد المصروفات السابقة

الشهادات: يجب فحص كل الشهادات للحصول على المنحة.

1. تكون الجهات التي تقدم خدمة رعاية الطفولة والمعتمدة من وزارة التربية والتعليم بولاية ماريلاند حتى تاريخ 11 مارس 2021، (**يرجى تحديد خيار واحد**)
* **مفتوحة** ومتاحة لتقديم خدمات رعاية الطفولة في تاريخ تقديم الطلب، **أو**
* **مغلقة مؤقتًا** في تاريخ تقديم الطلب لسبب يتعلق بالصحة العامة أو المشاكل الاقتصادية أو لأسباب أخرى تتعلق بحالة الطوارئ الصحية العامة الناتجة عن تفشي كوفيد-19، ولكنها تعهدت بإعادة تقديم خدمات رعاية الطفولة في موعد أقصاه 1 سبتمبر 2021.
1. يقر مقدم رعاية الطفولة، من خلال تحديد المربعات أدناه، بما يلي طوال فترة المنحة (من 1 أغسطس 2021 إلى 31 يناير 2021):
* ينفذ مقدم رعاية الطفولة، عند فتح الخدمات وتقديمها، السياسات بما يتماشى مع التوجيهات والأوامر الصادرة عن السلطات الحكومية والمحلية المعنية، وينفذ -إلى أقصى حد ممكن- السياسات بما يتماشى مع التوجيهات الصادرة عن مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC) (والمتاحة على الرابط التالي: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/guidance-for-childcare.html>)
* يدفع مقدم خدمة رعاية الطفولة لكل موظف (بما في ذلك كبار المعلمين والمساعدين والموظفين الذين يتم توظيفهم من قبل مقدم رعاية الطفولة للعمل في خدمات النقل وإعداد الطعام وأي موظف آخر يعمل لدى مقدم الخدمة)، نفس المبلغ على الأقل في الأجور الأسبوعية مع الحفاظ على نفس المزايا (مثل التأمين الصحي والمعاش التقاعدي، إن وجد) طوال مدة المنحة. لا يجوز لمقدمي رعاية الطفولة إجازة الموظفين قسريًا من تاريخ تقديم الطلب وخلال فترة المنحة.
* تقدم جهة رعاية الطفولة إعفاءً من المدفوعات المشتركة والمدفوعات الدراسية للأسر المسجلة في برنامجه، **إلى أقصى حد ممكن**، وتعطي أولوية هذا الإعفاء للأسر التي تكافح من أجل سداد أيٍ من نوعي المدفوعات. إذا كان مقدم الخدمة غير قادر على تقديم إعفاء من المدفوعات المشتركة والمدفوعات الدراسية لجميع العائلات المسجلة في البرنامج، فيجب عليه إعطاء أولوية القيام بذلك للأسر الأكثر احتياجًا للإغاثة واستهداف الأسر التي تحصل على أقل من 85% من متوسط الدخل في الولاية.
* يقدم مقدم رعاية الطفولة البيانات والوثائق التي توضح كيف تم استخدام أموال المنحة حسبما تشترط وزارة التربية والتعليم بولاية ماريلاند في موعد أقصاه 1 مارس 2022، ويلتزم بكل طلبات التدقيق.
* يوافق مقدم رعاية الطفولة على الالتزام بالشهادات الواردة أعلاه ويقر أن عدم الالتزام بها سيؤدي إلى المطالبة برد جميع المنح إلى الولاية.
1. اسم مقدم الطلب ومنصبه وبيانات الاتصال به

الاسم: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

المنصب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

لا ترسل هذه الوثيقة إلى وزارة التربية والتعليم بولاية ماريلاند

الغرض من هذه الوثيقة هو المساعدة في ملء الطلب الإلكتروني

يجب ملء كل طلبات المنحة عبر الأنترنت

يرجى الاحتفاظ بهذا المستند في سجلاتك