**Закон об Американском плане спасения (ARP) от 2021 года**

**Стабилизационные пособия по уходу за ребенком**

Благодарим вас за интерес к программе стабилизационных пособий по уходу за ребенком. Это будет первая из множества возможностей получения пособия.

Поставщики услуг по уходу за ребенком, получившие лицензию Министерства образования штата Мэриленд в срок до 11 марта 2021 года (в соответствии с требованиями Закона об Американском плане спасения 2021 года), имеют право на получение стабилизационного пособия по Американскому плану спасения (ARP) Закона об уходе за ребенком 2021 года, если они:

* Открыты и доступны для предоставления услуг по уходу за ребенком на дату подачи заявления, или
* Временно закрыты в день подачи заявления ввиду санитарной обстановки, финансовым трудностям или другим причинам, связанным с чрезвычайной ситуацией в области здравоохранения COVID-19, но обязуются возобновить работу для предоставления услуг по уходу за ребенком не позднее 1 сентября 2021 года.

**Период предоставления пособия**: 6 сентября 2021 года - 6 марта 2022 года

**Суммы предоставления пособий:** $15 000 базовая сумма и $300 за каждый лицензированный слот

Заявки на пособие принимаются до 16:00 по восточному времени 6 августа 2021 года.

Для получения пособия получателю необходимо подать форму W-9. Если вы не заполнили форму W-9 для получения пособий в связи с пандемией или других выплат от MSDE, пожалуйста, скачайте эту форму <https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw9.pdf> и отправьте ее по адресу [childcaregrants.msde@maryland.gov](mailto:childcaregrants.msde@maryland.gov) Получатели пособий в связи с пандемией, выданных в мае 2021 года, уже имеют форму W-9 и им не нужно подавать ее повторно.

Для более быстрой оплаты, пожалуйста, заполните форму прямого пополнения счета и отправьте ее Контролеру штата Мэриленд, как указано в форме <https://marylandtaxes.gov/forms/state-accounting/static-files/GADX10Form.pdf>

Все пособия подлежат налогообложению. Пожалуйста, проконсультируйтесь с вашим специалистом по налогообложению.

1. Имя поставщика услуг по уходу за ребенком в семье/директора центра

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

1. Адрес электронной почты поставщика услуг по уходу за ребенком в семье/директора центра

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

1. Номер телефона поставщика услуг по уходу за ребенком в семье/директора центра

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

1. Название лицензированной программы по уходу за ребенком (юридическое название, указанное в лицензии, выданной MSDE, а не другое название, которое вы можете использовать для ведения бизнеса)

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

1. Номер лицензии на уход за ребенком (указанный на вашей лицензии, выданной MSDE, или сертификате регистрации или письме о соответствии; НЕ вводите номер водительских прав, дату рождения, номер EIN (идентификационный номер работодателя) или номер социального страхования)

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

1. Дата первой выдачи вашей лицензии на уход за ребенком, свидетельство о регистрации или письмо о соответствии, как указано в вашей лицензии.

Дата вашей лицензии, свидетельства о регистрации или письма о соответствии:

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

1. Пожалуйста, предоставьте копию вашей лицензии на уход за ребенком, свидетельства о регистрации или письма о соответствии.
2. Номер удостоверения личности поставщика (указан в отчете о лицензионной проверке; НЕ вводите номер водительских прав, дату рождения, номер EIN или номер социального страхования)

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

1. Тип лицензированной программы по уходу за ребенком (отметьте один)

* Детский сад семейного типа
* Большой детский сад семейного типа
* Центр по уходу за ребенком
* Письмо о соответствии

1. Расовая и этническая принадлежность директора центра или владельца детского сада семейного типа в соответствии с требованиями Министерства образования США для целей отчетности (отметьте все, что применимо)

* Белый или европеец
* Черный или афроамериканец
* Испанец или латино-американец
* Азиат или американец азиатского происхождения
* Американский индеец или представитель коренного населения Аляски
* Коренной гаваец или другой уроженец островов Тихого океана
* Другая раса

1. Пол директора центра или владельца детского сада семейного типа в соответствии с требованиями Министерства образования США для целей отчетности (**отметьте один вариант**):

* Жен.
* Муж.
* Небинарный

1. **Физический адрес** программы по уходу за ребенком (включая почтовый индекс)

Адрес

Город/поселок

Почтовый индекс

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

1. **Округ/регион**, в котором находится программа по уходу за ребенком

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

1. **Почтовый адрес** программы по уходу за ребенком для платежей

Адрес

Город/поселок

Штат/провинция

Почтовый индекс

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

1. **Количество лицензированных слотов** - введите количество слотов, на которые вы имеете лицензию.
2. Приблизительно с какой производительностью вы работаете в настоящее время? (отметьте один вариант).

* Менее 50% лицензированной производительности
* Более 50% лицензированной производительности

1. Административные расходы - Пожалуйста, укажите *предполагаемые* ежемесячные административные расходы на содержание учреждения по уходу за ребенком (округлите до ближайшего доллара). Вводите только цифры, НЕ вводите знаки доллара или десятичные дроби. Вам необходимо ввести число для каждого вида расходов, если у вас нет такого расхода, введите в этой строке цифру ноль («0»). Если вы используете данные о годовых расходах, разделите их на 12, чтобы получить ежемесячные расходы. Пожалуйста, ознакомьтесь с разделом часто задаваемых вопросов для получения дополнительной помощи.

* Расходы на персонал $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Арендная плата или ипотека и налоги $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Коммунальные услуги, оборудование, техническое обслуживание и страхование $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Средства защиты персонала и уборка $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Оборудование и принадлежности $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Товары и услуги $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Пожалуйста, укажите цель, на которую планируется использовать средства пособия Американского плана спасения. Описание категорий см. в разделе Часто задаваемые вопросы (**отметьте все, что применимо**):

* Расходы на персонал
* Коммунальные услуги, оборудование, техническое обслуживание и страхование
* Средства защиты персонала, уборка и прочие меры по обеспечению здоровья и безопасности
* Оборудование и принадлежности
* Товары и услуги
* Психиатрическая помощь
* Оплата прошлых расходов

**СЕРТИФИКАЦИЯ:** *Для получения пособия необходимо проверить все сертификаты.*

1. Поставщик услуг по уходу за ребенком прошел лицензирование в Министерстве образования штата Мэриленд в срок до 11 марта 2021 года и является (**отметьте один вариант**)
   * **Открыт** и доступен для предоставления услуг по уходу за ребенком на дату подачи заявления, **или**
   * **Временно закрыт** в день подачи заявления ввиду санитарной обстановки, финансовым трудностям или другим причинам, связанным с чрезвычайной ситуацией в области здравоохранения COVID-19, но обязуются возобновить работу для предоставления услуг по уходу за ребенком не позднее 6 сентября 2021 года.
2. Отмечая указанные ниже ячейки, поставщик услуг по уходу за ребенком подтверждает, что в течение всего периода действия пособия (с 1 августа 2021 года по 31 января 2021 года):

* При открытии и предоставлении услуг поставщик будет внедрять политику в соответствии с руководством и распоряжениями соответствующих государственных и местных органов власти и, насколько это возможно, внедрять политику в соответствии с руководством Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC) (доступно на сайте <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/guidance-for-childcare.html>).
* Каждому сотруднику (включая ведущих воспитателей, помощников и сотрудников, нанятых поставщиком услуг по уходу за ребенком для работы в сфере транспорта, приготовления пищи и любого другого персонала) поставщик услуг должен выплачивать как минимум одинаковую сумму еженедельной заработной платы и поддерживать одинаковые льготы (такие как медицинское страхование и пенсионное обеспечение, если применимо) в течение всего срока действия пособия. Поставщики услуг по уходу за ребенком не могут принудительно увольнять сотрудников с момента подачи заявки до окончания срока действия пособия.
* Поставщик услуг по уходу за ребенком, **насколько это возможно**, предоставит семьям, зачисленным в программу поставщика услуг, освобождение от дополнительных платежей и платы за обучение, и в первую очередь предоставит такое освобождение семьям, испытывающим трудности с внесением любого из видов платежей. Если поставщик услуг не в состоянии предоставить освобождение от дополнительных платежей и оплаты за обучение всем семьям, участвующим в программе, он должен сделать это в приоритетном порядке для семей, наиболее нуждающихся в освобождении, и нацелить их на семьи с доходом ниже 85% от среднего дохода по штату.
* Поставщик услуг по уходу за ребенком предоставит данные и документацию об использовании средств по запросу MSDE не позднее 1 марта 2022 года и выполнит все запросы аудита.
* Поставщик услуг по уходу за ребенком согласен выполнять вышеуказанные условия и понимает, что их несоблюдение может привести к требованию вернуть штату все средства из выделенного пособия.

1. Имя, должность и контактная информация заявителя

Имя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Эл.почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

НЕ ОТПРАВЛЯЙТЕ ЭТО В MSDE

ЭТО ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ДЛЯ ПОМОЩИ В ЗАПОЛНЕНИИ ОНЛАЙН-ЗАЯВКИ

ВСЕ ЗАЯВКИ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ЗАПОЛНЕНЫ В РЕЖИМЕ ОНЛАЙН

ПОЖАЛУЙСТА, СОХРАНИТЕ ЭТОТ ДОКУМЕНТ ДЛЯ СВОЕГО УЧЕТА