

	Департамент образования штата Мэриленд/Управление по уходу за детьми Программа пособий по уходу за детьми ХОДАТАЙСТВО ОБ ОТЗЫВЕ АПЕЛЛЯЦИОННОЙ ЖАЛОБЫ	Вернуть: https://family.childcareportals.org/
--	---	--

Нам сообщили, что вы больше не желаете подавать апелляционную жалобу с целью объективного разбирательства в Управлении по административным слушаниям. Прежде чем мы сможем отозвать вашу апелляцию, нам необходимо получить подписанное заявление об отзыве апелляционной жалобы. Подпишите эту форму и отошлите ее по указанному адресу.

Раздел 1 Общие сведения	
Имя:	Фамилия:
Дата рождения:	Номер контактного телефона:
Номер социального страхования (SSN) (не обязательно):	

Раздел 2 Подпись	
Ставя свою подпись, я заявляю, что желаю отозвать свою апелляционную жалобу, поданную с целью объективного разбирательства в Управление по административным слушаниям.	
Подпись	Дата
Без подписи отказ от апелляционной жалобы не подлежит рассмотрению.	

	Департамент образования штата Мэриленд/Управление по уходу за детьми Программа субсидирования ухода за детьми УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ УХОДЕ В ОТПУСК ПО СВОЕМУ ЖЕЛАНИЮ	Email To: CCSInvoices@maryland.gov
--	--	--

Раздел 1: Общие сведения	
Имя субъекта:	
Идентификационный номер субъекта:	Номер контактного телефона:

Раздел 2: Укажите день(дни), в которые вы не планируете работать. Об уходе в отпуск по своему желанию родитель (родители) и Центр по субсидированию ухода за детьми (CCS Central 2) должны быть уведомлены <u>ЗАБЛАГОВРЕМЕННО</u> .	
Дата начала (месяц/день/год)	Дата окончания (месяц/день/год)

Примечание: Субъекты по уходу за детьми имеют право по своему желанию пойти в оплачиваемый отпуск до двух недель подряд в год.

Раздел 3: Подпись	
☐ Я подтверждаю, что я(мы) уведомил(-и) всех родителей об указанных нерабочих днях.	
Подпись субъекта, оказывающего услуги по уходу за ребенком:	Дата:

Департамент образования штата Мэриленд/Управление по уходу за детьми
Программа пособия по уходу за детьми
СОГЛАШЕНИЕ О ДОБРОВОЛЬНОЙ УПЛАТЕ АЛИМЕНТОВ

Вернуть:
<https://family.childcareportals.org/>

Раздел 1 Общие сведения о заявителе (сторона, осуществляющая содержание ребенка [детей])

Имя:	Фамилия:
Дата рождения:	Номер контактного телефона:
Номер социального страхования (SSN) (не обязательно):	

Раздел 2 Отдельно проживающий родитель

Имя:	Фамилия:				
Номер социального страхования (SSN) (не обязательно):					
Домашний адрес:	Улица	Номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс

Раздел 3 Сумма платежа

Уплаченная сумма:	Периодичность:
-------------------	----------------

Раздел 4 Ребенок

Имя ребенка 1:	Имя ребенка 2:
Имя ребенка 3:	Имя ребенка 4:

Раздел 5 Подпись

Ставя свою подпись, я заявляю, что я плачу указанную выше сумму стороне, осуществляющей содержание ребенка (детей), и что в настоящее время я не являюсь членом семьи. В случае присоединения к семье я подпишу заявление в CCS о пересмотре и сообщу свой доход и род деятельности.	
Подпись отдельно проживающего родителя	Дата
Ставя свою подпись, я заявляю, что я получаю указанную выше сумму от отдельно проживающего родителя и что отсутствующий родитель в настоящее время не является членом семьи. Если отсутствующий родитель присоединиться к семье, то при оформлении заявления о пересмотре отсутствующий родитель подпишет заявку на получение пособия по уходу за ребенком и сообщит свой доход и укажет свой род деятельности.	
Подпись родителя, совместно проживающего с ребенком	Дата
Соглашение о добровольной уплате алиментов должно быть подписано обоими родителями. Только после этого оно будет рассмотрено.	

	Департамент образования штата Мэриленд/Управление по уходу за детьми Программа выплаты пособий по уходу за детьми ЗАЯВЛЕНИЕ О ПОДТВЕРЖДЕНИИ САМОЗАНЯТОСТИ	Вернуть: https://family.childcareportals.org/
--	--	--

Раздел 1: Общие сведения	
Имя:	Фамилия:
Дата рождения:	Номер контактного телефона:
Номер социального страхования (необязательно):	Название компании:

Раздел 2 Доход (укажите свой доход за последние 3 месяца). Прикрепите подтверждение дохода			
Название работы:		Идентификационный номер работодателя (EIN):	
Месяц	Зарплата до вычетов	Дата получения	Отработанные часы
График работы: <i>(Если график работы непостоянный, укажите количество рабочих дней в неделю)</i>			
В какое время вы работаете ежедневно, например с 9 до 17:		Вы работаете: ☐ По вечерам ☐ В выходные дни	
Количество отработанных часов в неделю:		Среднее количество отработанных часов за последние 3 месяца:	

Раздел 3: Аттестация
Я, _____, настоящим подтверждаю следующую информацию: Я подтверждаю, что данный доход получен от моей собственной samozанятости. Я вправе декларировать и уплачивать налоги в казну штата и федеральную казну из прибыли, полученной от деятельности, осуществляемой на основе samozанятости. У меня есть возможность получать прибыль и покрывать убытки. Информация, предоставленная мной в данной форме, является в меру моих знаний верной и точной. Я понимаю, что, если я предоставляю недостоверную информацию или утаю ее, я могу быть наказан по закону за мошенничество или лжесвидетельство. Мне также придется возратить штату Мэриленд все платежи, выплаченные мне в результате подлога или по ошибке.

Раздел 4 Подпись	
Согласие на разглашение информации <i>Я понимаю, что данная информация будет проверена и использована в рамках стипендиальной программы по уходу за детьми для определения моего права на получение стипендии по уходу за детьми.</i>	
Подпись: _____	Дата: _____

	Департамент образования штата Мэриленд/Управление по уходу за детьми Программа выплаты пособий по уходу за детьми Форма заявки на продление выплаты пособия	Вернуться к: https://family.childcareportals.org/
--	---	---

Раздел 1 Общие сведения			
Имя:		Фамилия:	
Номер участника:		Дата рождения:	
Номер социального страхования (SSN) (опционально):		Номер контактного телефона:	
Почтовый адрес:	Улица	Город	Штат Почтовый индекс

Раздел 2 Информация о ваучере			
Дети, которым требуется продление ваучера			
Имя ребенка	Дата рождения ребенка (DOB)	Детское социальное страхование Номер карты социального страхования SSN (Опционально)	Дата начала продления

Раздел 3 Сведения о деятельности			
Сведения о подтвержденном виде деятельности			
Имя члена домохозяйства	Вид деятельности	Дата начала	Дата окончания
Для всех видов деятельности, являющихся «Работой», Вам необходимо приложить письмо от работодателя с подтверждением рабочего времени. Для всех видов деятельности, являющихся «Образованием» или «Профессиональным обучением», Вам необходимо приложить копию текущего расписания с указанием дней и часов занятий.			
Раздел 3 Подпись			
Будучи предупрежденным об ответственности за предоставление заведомо ложных сведений, я подтверждаю, что в меру моих знаний и убеждений предоставленная информация является верной и точной.			
Подпись		Дата	
Данная заявка на продление выплаты пособия не будет обработана, если форма не подписана.			

Управление по административным слушаниям
Administrative Law Building
11101 Gilroy Road
Hunt Valley, MD 21031-1301

Ходатайство о слушании – Пособие по уходу за ребенком

❖ **Как я могу подать ходатайство о слушании?**

Заполните форму, распечатанную на обратной стороне этой страницы. Отослите форму в Центр субсидирования ухода за детьми (CCS Central 2) в Программу выплаты пособий по уходу за детьми.



❖ **В течение какого срока я могу подать ходатайство о слушании?**

Вы должны подать ходатайство о слушании не позднее **90 дней** с даты уведомления.

❖ **Как я могу по-прежнему получать пособие по уходу за ребенком (детьми), пока жду слушания?**

Если ходатайство о слушании подано не позднее **10 дней** с даты самого последнего уведомления, а услуги Программы выплаты пособий по уходу за детьми продолжают вам оказываться, то они могут быть продлены до истечения вашего права на участие в этой программе.

❖ **Должен (должна) ли я вернуть деньги, полученные в рамках пособий по уходу за ребенком (детьми), пока ожидаю слушаний?**

Да, если судья согласится с нами и ваша апелляционная жалоба не будет удовлетворена, деньги, потраченные на уход за вашим ребенком (детьми), необходимо будет вернуть.

❖ **Когда и где состоится слушание?**

Управление по административным слушаниям уведомит вас с указанием времени и места слушания.

❖ **Необходимо ли мне присутствовать на слушании?**

Да, вы проиграете дело, если не явитесь. Если вы не можете явиться, позвоните в Управление по административным слушаниям по номеру 410-229-4100 и согласуйте перенос времени слушания.

❖ **Могу ли я привести кого-нибудь, чтобы помочь мне или высказываться за меня?**

Вы можете привести юриста, друга или родственника. Если вам необходима бесплатная юридическая помощь, позвоните в Legal Aid по номеру 1-800-999-8904.

❖ **Как мне подготовиться к слушанию?**

Вы можете связаться с CCS Central, чтобы поговорить с представителем управления, который вместе с вами обсудит решение о праве на участие в программе и предоставит все необходимые документы.

Департамент образования штата Мэриленд/Управление по уходу за детьми Программа выплаты пособий по уходу за детьми ХОДАТАЙСТВО О СЛУШАНИИ – ПОСОБИЕ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ (ДЕТЬМИ)	Вернуть: https://family.childcareportals.org/
---	--

Заполните эту форму **ТОЛЬКО** в случае вашего несогласия с решением, касающимся оказываемых вам услуг. Если вы не согласны с действием сотрудников стипендиальной программы по уходу за детьми, вы имеете право высказать свои доводы и обсудить их с руководителем. Мы поможем вам заполнить форму либо вы можете подать ходатайство о слушании по телефону 1-877-227-0125.

Раздел 1 Расскажите нам, кто вы Заполните поля в этой рамке, а также заполните разделы 2-4. Пожалуйста, пишите разборчивыми печатными буквами		
Фамилия, имя		Дата рождения:
Адрес:		Округ:
Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Номер контактного телефона:		Номер социального страхования (SSN) (не обязательно):

Раздел 2 Вы хотите обжаловать решение по Программе выплаты пособий по уходу за детьми (CCS)? Отметьте да или нет.
☐ Да, я хочу обжаловать решение по программе CCS. ☐ Нет, я не хочу обжаловать решение по программе CCS.

Раздел 3 По каким причинам вы желаете провести слушание?	
☐ Мне не позволили подать заявку. ☐ Моя заявка была отклонена. ☐ Моя заявка не была рассмотрена должным образом. ☐ Я не получаю необходимых мне услуг.	☐ Сумма полученной мною помощи оказалась неправильной. ☐ Положенная мне помощь по ошибке была приостановлена, сокращена или прекращена. ☐ Я не согласен с возвратом полученной помощи.
Если вы получили уведомление об этом, то укажите дату, которая стоит на уведомлении?: <i>месяц/день/год</i>	
Почему вы хотите провести слушание? Объясните, что произошло:	

Раздел 4 Подпись	
Я понимаю, что если я прошу о проведении слушания в течение 10 дней с даты уведомления, и я получал(а) пособие, я по-прежнему могу получать пособие до проведения слушания, если только период моего обслуживания не закончится. Возможно, мне придется вернуть полученные мною пособия, если моя апелляционная жалоба не будет удовлетворена.	
☐ Поставьте отметку, если вы не желаете получать пособия в период ожидания слушания по делу.	
Подпись:	Дата:

	Департамент образования штата Мэриленд/Управление по уходу за детьми Программа выплаты пособий по уходу за детьми Форма уведомления о смене адреса и пособия, перечисляемого субъекту, осуществляющему уход за ребенком (детьми)	Вернуть: https://family.childcareportals.org/
--	---	---

Раздел 1 Общие сведения						
Имя:			Фамилия:			
Номер участника:			Дата рождения: <i>месяц/день/год</i>			
Номер социального страхования (SSN) (<i>не обязательно</i>):			Номер контактного телефона:			
Адрес:	Улица	Номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс	Округ

Раздел 2 Сведения о пособии			
Дети, которым необходима новое пособие			
Имя ребенка	Дата рождения ребенка	Номер социального страхования (SSN) ребенка (<i>не обязательно</i>)	Дата начала выплаты нового пособия

Раздел 3 Сведения о субъекте ухода за ребенком	
Сведения о переезде субъекта ухода за ребенком	
Имя субъекта	Новый адрес субъекта

Раздел 3 Подпись	
Осознавая ответственность за предоставление заведомо ложных сведений, я подтверждаю, что в соответствии с моей осведомленностью предоставленная информация является верной.	
Подпись	Дата
Уведомление о смене адреса и пособия, перечисляемого субъекту ухода за ребенком должно быть подписано. Только после этого оно будет рассмотрено.	

	Департамент образования штата Мэриленд/Управление по уходу за детьми Программа выплаты пособий по уходу за детьми ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ ОБ ИЗМЕНЕНИИ АДРЕСА СУБЪЕКТА, ОКАЗЫВАЮЩЕГО УСЛУГИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ (ДЕТЬМИ)	Вернуть: https://family.childcareportals.org/
--	---	--

Раздел 1 Общие сведения	
Имя субъекта:	☐ Официальный субъект ☐ Неофициальный субъект
ID номер субъекта:	Номер контактного телефона:

Раздел 2 Текущий адрес для перечисления платежей						
Адрес для перечисления платежей:	Улица	Номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс	Округ

Раздел 3 Новый адрес для перечисления платежей						
Адрес для перечисления платежей:	Улица	Номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс	Округ
Дата вступления изменений в силу: <i>месяц/день/год</i>						
Для подтверждения вашего нового адреса необходимо приложить копии документов, таких как счет за коммунальные услуги, первая страница с вашим именем и страница с подписью договора аренды, ипотечная декларация.						

Раздел 4 Подпись	
Осознавая ответственность за предоставление заведомо ложных сведений, я подтверждаю, что в соответствии с моей осведомленностью предоставленная информация является верной.	
Подпись субъекта, оказывающего услуги по уходу за ребенком:	Дата:
Эта форма уведомления об изменении адреса субъекта, оказывающего услуги по уходу за ребенком, должна быть подписана. Только после этого она будет рассмотрена.	

Примечание: Если вам нужно изменить свой почтовый адрес для других документов, таких как счета и письма, или если изменилось местоположение вашего учреждения, обратитесь в следующие учреждения:

- Лицензиат — обратитесь в региональное подразделение по лицензированию. (Убедитесь, что у специалиста по лицензированию имеется ваш действующий адрес электронной почты)
- Зарегистрированный поставщик услуг по уходу за детьми в семье - обратитесь в региональное подразделение по лицензированию. (Убедитесь, что у специалиста по лицензированию имеется ваш действующий адрес электронной почты)
- Неофициальный субъект, оказывающий услуги по уходу за детьми - обратитесь в Центр субсидирования ухода за детьми. (Убедитесь, что у специалиста Центра субсидирования ухода за детьми имеется ваш действующий адрес электронной почты)

	Департамент образования штата Мэриленд/Управление по уходу за детьми Программа выплаты пособий по уходу за детьми ФОРМА СМЕНЫ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	Вернуть: https://family.childcareportals.org/
--	---	--

Раздел 1 Общие сведения	
Имя:	Фамилия:
Номер участника:	Дата рождения: <i>месяц/день/год</i>
Номер социального страхования (SSN) (не обязательно):	Номер контактного телефона:

Раздел 2 Причины смены поставщика услуг	
<i>Вам необходимо заполнить отдельную форму смены поставщика по каждому сменяемому поставщику.</i>	
Дата вступления изменений в силу: <i>ММ/ДД/ГГГГ</i>	
Название текущего поставщика услуг:	Номер телефона поставщика услуг:
Адрес поставщика услуг:	Улица Квартиры № Город Штат Почтовый индекс
Имя ребенка	Дата смены поставщика услуг
	<i>ММ/ДД/ГГГГ</i>
	<i>ММ/ДД/ГГГГ</i>
	<i>ММ/ДД/ГГГГ</i>
	<i>ММ/ДД/ГГГГ</i>
	<i>ММ/ДД/ГГГГ</i>
Помните! - Вы должны уведомить поставщика услуг об уходе от него не менее чем за 5 дней. - У вас не должно быть задолженности по платежу CCS учреждению по уходу за ребенком, из которого вы уходите	
Подписывая данный документ, обе стороны соглашаются, что перед поставщиком услуг отсутствует какая-либо задолженность. Если поставщик услуг не желает подписывать данный документ, родитель должен приложить квитанцию по платежу, подтверждающую отсутствие задолженности перед учреждением по уходу за ребенком.	
Подпись родителя	Дата
Подпись текущего поставщика услуг	Дата

Раздел 3 Информация о новом поставщике услуг	
Вам необходимо заполнить отдельную форму смены поставщика услуг для каждого нового поставщика услуг по уходу за детьми. Примечание: Новое пособие вступит в силу, в зависимости от того, что наступит позже, в первый день ухода за ребенком или дата получения данной формы в CCS Central.	
Новый поставщик услуг:	☐ Официальный (лицензированный) ☐ Неофициальный (позвоните в CCS Central по телефону 1-877-227-0125, чтобы получить формы, необходимые для неофициального ухода.)
Имя ребенка	Первый день ухода
	<i>ММ/ДД/ГГГГ</i>
	<i>ММ/ДД/ГГГГ</i>
	<i>ММ/ДД/ГГГГ</i>
	<i>ММ/ДД/ГГГГ</i>
	<i>ММ/ДД/ГГГГ</i>

Раздел 4 Запрос на пособие по временному уходу <i>К данному требованию следует прибегать, когда Ваш поставщик услуг добровольно закрылся на срок от 1 дня до 2 недель.</i>		
Временное пособие	Дата начала: <i>ММ/ДД/ГГГГ</i>	Дата окончания: <i>ММ/ДД/ГГГГ</i>
Поставщик услуг: ☐ Официальный (лицензированный) ☐ Неофициальный (<i>позвоните в CCS Central по телефону 1-877-227-0125, чтобы получить формы, необходимые для неофициального ухода.</i>)		

Раздел 5 Подпись	
Будучи предупрежденным об ответственности за предоставление заведомо ложных сведений, я подтверждаю, что в меру моих знаний и убеждений предоставленная информация является верной и точной.	
Подпись	Дата
Данная заявка не будет обработана, если форма не подписана.	
Если Вы намеренно скрываете информацию об изменениях в своей семье, Вас могут обязать возместить агентству затраты в размере любых произведенных выплат по уходу за ребенком.	
В течение 10 дней Вы должны сообщить о следующих изменениях: • Увеличение общего дохода семьи до уровня 85% или выше от среднего дохода по штату • Изменения в доходе, включая SSI, TCA или Head Start • Изменение общего количества членов семьи (увеличения количества детей. Сообщить о присоединении к семье супруга(-и) при подаче заявления о пересмотре) • Новый адрес, если Вы переехали • Изменения, касающиеся поставщика услуг по уходу за ребенком • Отпала необходимость в уходе за ребенком • Семья больше не проживает в штате Мэриленд • Прирост активов, превышающих один миллион долларов	

	Департамент образования штата Мэриленд/Управление по уходу за детьми Программа выплаты пособий по уходу за детьми ПИСЬМО С ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ОНЛАЙН-ЗАНЯТИЙ	Вернуть: https://family.childcareportals.org/
--	---	--

Онлайн-занятия считаются подтвержденной деятельностью. Для того, чтобы ваше занятие было рассмотрено, вы должны предоставить описание занятия из официального каталога, а также заявление с указанием, в какие дни и часы вы будете заниматься онлайн. **Не следует** включать время учебы в отчетные часы.

Раздел 1 Общие сведения	
Имя:	Фамилия:
Дата рождения:	Номер контактного телефона:
Номер социальной страховки (SSN) (не обязательно):	

Раздел 2 Описание онлайн-занятий							
Наименование организации:				Интернет-сайт организации:			
Наименование занятий:				Описание занятий:			
Вид деятельности	Воскресенье	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота
Часы							
Если род вашей деятельности не имеет стабильного расписания, укажите общее количество часов в неделю , затраченное на данный вид деятельности:							

Раздел 3 Подпись	
Ставя свою подпись, я подтверждаю, что посещаю онлайн-занятия в течение указанного общего количества часов в неделю.	
Подпись	Дата

	Департамент образования штата Мэриленд/Управление по уходу за детьми Программа выплаты пособий по уходу за детьми ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЕ	Вернуть: https://family.childcareportals.org/
--	--	--

Раздел 1 Общие сведения о заявителе (сторона, осуществляющая содержание ребенка [детей])	
Имя:	Фамилия:
Дата рождения:	Номер контактного телефона:
Номер социальной страховки (SSN) (не обязательно):	

Раздел 2 Отдельно проживающий родитель	
Имя:	Фамилия:
Номер социального страхования (SSN) (не обязательно):	

Раздел 3 Определение «уважительной причины»
«Уважительная причина для отказа от сотрудничества по взысканию алиментов» означает, что взыскание алиментов может нанести вред заинтересованному ребенку или клиенту. Эти причины ограничиваются следующим: • Меры по взысканию алиментов могут причинить ребенку серьезный физический или эмоциональный вред; • Меры по взысканию алиментов могут нанести серьезный физический или эмоциональный вред клиенту, так что клиент не сможет позаботиться о ребенке; • Ребенок родился в результате инцеста или изнасилования; • Ребенок усыновлен по решению суда; • Орган по усыновлению помогает клиенту принять решение, оставить ли ребенка у себя либо отдать его на усыновление (при условии, что этот процесс не продолжается более 3 месяцев).

Раздел 4 Подтверждение «уважительной причины»
Приемлемыми доказательствами для подтверждения наличия «уважительной причины» могут быть следующие: • Свидетельство о рождении, медицинская документация, материалы полицейского расследования, подтверждающие рождение ребенка в результате инцеста или изнасилования; • Судебные документы, подтверждающие, что решение о законном усыновлении ребенка принял суд; • Судебные документы, медицинская документация, материалы полиции, заключение психолога, подтверждающие, что отсутствующий родитель может причинить вред ребенку или клиенту. • Заключение врача или специалиста в области психиатрии о том, что меры по взысканию алиментов могут нанести вред эмоциональному здоровью ребенка или клиента; • Заявления под присягой других лиц, помимо клиента, которые знают об обстоятельствах, подтверждающих заявление клиента об уважительной причине.

Раздел 5 Подпись
Я прочитал(а) или мне было прочитано определение «уважительной причины», и в настоящее время я хочу заявить об «уважительной причине» для отказа от взыскания алиментов.
Подпись клиента CCS Дата

ПРИМЕЧАНИЕ ДЛЯ КЛИЕНТА:

Если вы хотите заявить об «уважительной причине», вы должны предоставить все имеющиеся доказательства, подтверждающие обоснованность такого заявления, в течение 30 дней с момента подачи заявки на получение пособия по уходу за ребенком (детьми) в CCS Central 2. Если вы не представите доказательства в течение 30 дней, вам придется подать иск о взыскании алиментов, иначе рассмотрение заявки на получение пособия по уходу за ребенком будет прекращено.

Департамент образования штата Мэриленд/Управление по уходу за детьми Программа выплаты пособий по уходу за детьми ЗАЯВЛЕНИЕ О ПОДТВЕРЖДЕНИИ ЗАНЯТОСТИ		Вернуть: https://family.childcareportals.org/
--	--	---

Раздел 1 Общие сведения

Имя:	Фамилия:
Дата рождения:	Номер контактного телефона:
Номер социального страхования (SSN) (не обязательно):	

Раздел 2 Новое/текущее место работы

Должность:		Дата начала работы: <i>месяц/день/год</i>	
Почасовая ставка:	Чаевые:	Коммиссионное вознаграждение:	
Оплата за: ☐ неделю ☐ две недели ☐ полмесяца ☐ месяц			
Окончание периода	Зарплата до вычетов	Дата получения	Отработанные часы
График работы: (Если график работы непостоянный, укажите количество рабочих дней в неделю)			
Количество отработанных часов в неделю:		Работает ли сотрудник:	☐ В вечернее/ночное время (19:00 – 06:00) ☐ В выходные дни

Раздел 3 Прекращение работы

Последний рабочий день: <i>месяц/день/год</i>	Дата получения расчета: <i>месяц/день/год</i>	Общая сумма в итоговом чеке:
Сотрудник находится в отпуске без сохранения заработной платы? ☐ Да ☐ Нет		Если да, указать предполагаемую дату возвращения:

Раздел 4 Сведения о работодателе

Название компании:		Номер телефона:
Адрес:		
Имя лица, заполнившего форму:		Подпись:
Должность:	Дата: <i>месяц/день/год</i>	Номер телефона:

Раздел 5 Подпись

Согласие на разглашение информации
Я понимаю, что эта информация будет проверена и использована сотрудниками Программы выплаты пособий по уходу за детьми для определения моего права на получение пособия по уходу за ребенком (детьми).

Подпись:	Дата:
----------	-------

	Департамент образования штата Мэриленд/Управление по уходу за детьми Программа выплаты пособий по уходу за детьми ФОРМА СООБЩЕНИЯ ОБ ИЗМЕНЕНИИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ	Вернуть: https://family.childcareportals.org/
--	---	--

Если Вам нужна помощь в заполнении данной формы, позвоните в центр поддержки CCS Central 2 по телефону 877-227-0125.

Раздел 1 Общие сведения				
Имя:		Фамилия:		
Номер участника:		Дата рождения: <i>месяц/день/год</i>		
Номер социального страхования (SSN) (<i>опционально</i>):		Номер контактного телефона:		
Почтовый адрес:	Улица	Город	Штат	Почтовый индекс

Раздел 2 Тип сообщаемого изменения (<i>обязательно, выберите один или более пунктов</i>)	
☐ Увеличение объема деятельности	Заполните раздел 3 Затем подпишите, поставьте дату и приложите подтверждающую документацию.
☐ Появление дополнительного ребенка в домовладении	Заполните раздел 4 Затем подпишите, поставьте дату и приложите подтверждающую документацию.
☐ Упущенный доход ☐ Увеличение дохода (см. диаграмму среднего дохода по штату в Разделе 5)	Заполните Раздел 5 Затем подпишите, поставьте дату и приложите подтверждающую документацию.
☐ SSI открыт ☐ SSI закрыт	Заполните Раздел 6 Затем подпишите, поставьте дату и приложите подтверждающую документацию.
☐ Ожидающее TCA одобрено ☐ Ожидающее TCA не одобрено ☐ TCA закрыто	Заполните раздел 7 Затем подпишите, поставьте дату и приложите подтверждающую документацию.
☐ Смена имени	Заполните Раздел 8 Затем подпишите, поставьте дату и приложите подтверждающую документацию.

SSI – дополнительный доход по социальному обеспечению; TCA – временная денежная помощь

Раздел 3 Сообщение об увеличении активности							
Имя члена семьи (из раздела 1):				Род деятельности:			
Выбор типа деятельности:		- Поиск работы - Общественные работы - Образование		- Работа - Профессиональное обучение - План личной ответственности FIA			
Наименование организации:				Телефон организации:			
Адрес организации: Улица		Город		Штат		Почтовый индекс	
Если у Вас нет стандартного расписания занятий, введите общее количество часов в неделю :				Как долго Вы добираетесь на работу и обратно каждую неделю? Часы: Минуты:			
Часы работы	Воскресенье	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота
	до	до	до	до	до	до	до
Необходимые документы для Раздела 3 - Вы должны приложить доказательство рабочих часов (например, квитанции о заработной плате, школьное расписание, план FIA).							

Раздел 4 Сообщение о ребенке, добавленном в домохозяйство

Информация о ребенке, добавленном в домохозяйство

Примечание. Необходимо принять меры по поддержке детей, нуждающихся в уходе, и предоставить документацию вместе с данным запросом на изменение.

ФИО (фамилия, имя, отчество):		Пол: ☐ Женский ☐ Мужской	Дата рождения:	Номер социального страхования
Этническое происхождение:	Вы являетесь лицом испанского или латиноамериканского происхождения? ☐ Да ☐ Нет	Гражданин США: ☐ Да ☐ Нет	Иммиграционный статус (если не гражданин США):	
Выбор в отношении расы:	- Американский индеец или коренной житель Аляски - Азиат - Афроамериканец - Коренной гаваец или житель тихоокеанских островов - Белый	Варианты статуса иностранца:	- Постоянный вид на жительство - Лицо, получившее убежище - Иностранец с условным въездом - Условно-досрочно освобожденный (1 год или больше) - Иностранец, депортация которого приостановлена - Беженец - Пострадавший от жестокого обращения иностранный супруг, ребенок или родитель ребенка - Без документов - Ребенок законно допущенного на постоянное жительство иностранца	
Нужен ли этому ребенку уход? ☐ Да ☐ Нет				
1. Получает ли этот ребенок дополнительный гарантированный доход (SSI)?		☐ Да ☐ Нет		
2. В каком родстве с Вами состоит этот ребенок?				
3. Есть ли у этого ребенка инвалидность?		☐ Да ☐ Нет		
4. Получает ли ребенок пособие по социальному обеспечению?		☐ Да ☐ Нет		
5. Обращались ли Вы с заявлением об удержании алиментов на этого ребенка?		☐ Да ☐ Нет	Если нет и у Вас имеется веская причина, позвоните по телефону 1-866-243-8796 для получения соответствующей формы.	
6. Получаете ли Вы алименты на этого ребенка?		☐ Да ☐ Нет		
7. Укажите имя отсутствующего родителя(родителей) этого ребенка.				
8. Участвует ли этот ребенок в программе Head Start?		☐ Да ☐ Нет	Если да, то укажите дату начала? месяц/день/год	

Необходимые документы для раздела 4 - Вы должны приложить свидетельство о рождении ребенка; и, если применимо, приложите **доказательство опеки**; и, если возможно, приложите письмо с **подтверждением SSI**; и, если возможно, приложите иное(-ые) письмо(-а) о **подтверждении пособий по социальному обеспечению**; и, если применимо, **подтверждение алиментов на ребенка**: 1) добровольно; 2) постановление суда; 3) уважительная причина; или 4) доказательство алиментов.

Раздел 5 Сообщение об изменении дохода

Сведения о потерянном или изменившемся доходе

Характер изменения	Фамилия, имя члена семьи	Характер дохода (Выберите из предложенных вариантов)	Новая сумма дохода (только для изменения дохода)
☐ Упущенный доход			
☐ Увеличение дохода, см. диаграмму среднего дохода по штату ниже.			
Выбор типа дохода:	- Алименты - Плата за службу в вооруженных силах - Алименты на ребенка — постановление суда - Алименты на ребенка — добровольные	- Пособие по социальному обеспечению - Дополнительный гарантированный доход - Самозанятость, общий доход - Временная денежная помощь	- Чайевые/комиссионные платежи - Пособие по безработице - Помощь/пособие ветеранам - Заработная плата - Компенсация рабочим - Другое

Сообщение об увеличении дохода:

См. Таблицу средних доходов по штату справа, соответствующую размеру вашей семьи.

- ☐ Если Ваш совокупный семейный доход **превышает** 85% от среднего дохода по штату, отправьте данную форму и приложите необходимые документы.
- ☐ Если ваш совокупный семейный доход составляет **менее** 85% от среднего дохода по штату, не отправляйте эту форму. Сообщите об изменениях в доходе во время пересмотра.

85% от среднего дохода по штату Мэриленд (SMI)

Размер семьи	85% среднего дохода по штату
2	\$63153
3	\$78013
4	\$92873
5	\$107732
6	\$122592
7	\$125378

Необходимые документы для раздела 5

В случае **потери дохода** Вы должны приложить письмо о прекращении трудовой деятельности от каждого бывшего работодателя, начиная с момента последнего определения Вашего права на льготы. Если **увеличение совокупного семейного дохода** превышает 85% от приведенной выше таблицы средних доходов по штату, приложите подтверждение дохода.

Раздел 6 Изменение дополнительного дохода по социальному обеспечению (SSI)

Имя ребенка (фамилия, имя, отчество):

Дата рождения:

☐ SSI открыт

☐ SSI закрыт

Необходимые документы для раздела 6 - Приложите письмо с уведомлением о получении дополнительного дохода по социальному обеспечению (SSI).

Раздел 7 Изменение временной денежной помощи (TCA)

☐ Получение TCA одобрено

☐ Получение TCA отклонено

☐ TCA закрыто

Необходимые документы для раздела 7

При одобрении TCA: приложите письмо с уведомлением о предоставлении временной денежной помощи (TCA);

При отказе в TCA: приложите подтверждение часов активности (пример: квитанции о заработной плате, расписание занятий, план FIA);

При закрытии TCA: приложите подтверждение активности (например: квитанции о заработной плате, расписание занятий, план FIA) и письмо с уведомлением о закрытии TCA.

Раздел 8 Изменение имени

Предыдущее имя:

Новое имя:

Дата вступления в силу:

Необходимые документы для раздела 8 - Вы должны приложить доказательство смены вашего официального имени.

Раздел 9 Подпись и дата	
Будучи предупрежденным об ответственности за предоставление заведомо ложных сведений, я подтверждаю, что в меру моих знаний и убеждений предоставленная информация является верной и точной.	
Подпись (обязательно)	Дата (обязательно)
Заявления на изменение должны быть подписаны и датированы для обработки. Электронные подписи не принимаются. Указанная на заявлении дата не должна быть старше 45 дней на момент подачи.	

— **Уведомление** —

Каждое сообщаемое изменение требует от Вас **предоставления подтверждающей документации** с этой формой изменения обстоятельств.

Сообщенное изменение вступает в силу после того, как все необходимые документы будут получены в Child Care Central 2.

	Департамент образования штата Мэриленд/Управление по уходу за детьми Программа выплаты пособий по уходу за детьми ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ ОБ ИЗМЕНЕНИИ АДРЕСА	Вернуть: https://family.childcareportals.org/
--	--	--

Раздел 1 Общие сведения	
Имя:	Фамилия:
Номер участника:	Дата рождения: <i>месяц/день/год</i>
Номер социального страхования (SSN) (<i>не обязательно</i>):	Номер контактного телефона:

Раздел 2 Сведения о новом адресе						
Домашний адрес:	Улица	Номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс	Округ
Дата переезда: <i>месяц/день/год</i>						
Адрес для почтовых отправок, если отличается от домашнего адреса:	Улица	Номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс	
Дата переезда: <i>месяц/день/год</i>						
Для подтверждения вашего нового адреса необходимо приложить копии документов, таких как счет за коммунальные услуги, первую страницу с вашим именем и страницу с подписью договора аренды или копию ипотечной декларации.						

Раздел 3 Подпись	
Осознавая ответственность за предоставление заведомо ложных сведений, я подтверждаю, что в соответствии с моей осведомленностью предоставленная информация является верной. Я подтверждаю, что остаюсь резидентом штата Мэриленд.	
Подпись	Дата
Эта форма уведомления об изменении адреса должна быть подписана. Только после этого она будет рассмотрена.	

Если вы намеренно скрываете информацию об изменениях в своей семье, вы должны будете вернуть стоимость всех произведенных платежей по уходу за ребенком.
В течение 10 дней вы должны сообщить о следующих изменениях: • Увеличение общего дохода семьи до уровня 85% или выше от медианного дохода в штате • Изменения дохода, в том числе: пособий по SSI, TCA или Head Start • Изменение общего количества членов семьи (сообщите о добавлении детей. О присоединении к семье взрослых лиц сообщите при подаче заявления о пересмотре) • Новый адрес, если вы переехали • Изменение субъекта ухода за ребенком • Отпала необходимость в уходе за ребенком • Семья больше не проживает в штате Мэриленд • Прирост активов с превышением одного миллиона долларов

	Департамент образования штата Мэриленд/Управление по уходу за детьми Программа выплаты пособий по уходу за детьми ХОДАТАЙСТВО ОБ ОТЗЫВЕ ЗАЯВКИ	Вернуть: https://family.childcareportals.org/
--	---	--

Нам сообщили, что вы больше не желаете подавать заявку на получение услуг Программы выплаты пособий по уходу за детьми. Прежде чем мы сможем отозвать вашу заявку, нам необходимо получить подписанное вами заявление. Подпишите эту форму и отошлите ее по указанному адресу.

Раздел 1 Общие сведения	
Имя:	Фамилия:
Дата рождения:	Номер контактного телефона:
Номер социального страхования (SSN) (не обязательно):	

Раздел 2 Подпись	
Ставя свою подпись, я заявляю о своем желании отозвать мою заявку на получение услуг по Программе выплаты пособий по уходу за детьми.	
Подпись	Дата
Без подписи заявление об отзыве заявки не подлежит рассмотрению.	



CCS Central 2

ТЕМА: Заявка на получение пособия по уходу за детьми

Уважаемый Заявитель!

Программа пособий по уходу за детьми предназначена для детей из семей, имеющих право на получение субсидии, исходя из уровня доходов и потребностей в соответствии со сводом законов штата Мэриленд (COMAR 13A.14.06).

Заполните прилагаемое заявление и верните его нам, приложив все необходимые документы. Ответьте на все вопросы и заполните все поля в заявлении. Заявления, полностью заполненные и поданные вместе со всеми необходимыми документами, рассматриваются быстрее. Если ваше заявление заполнено не полностью и/или подано без необходимых документов, срок его рассмотрения может достигать 30 дней, при этом оно может быть отклонено.

Обратите внимание на **Дату рождения** и **Номер телефона для связи**, которые вы указали в разделе 2. Эти сведения необходимы для получения доступа к информации по вашей заявке через автоматизированное телефонное меню в CCS Central (Центр по субсидированию ухода за детьми).



Подаявая заявление, вы **ДОЛЖНЫ** сообщить запрашиваемые сведения обо всех членах семьи. Это относится к вам, вашему супругу (супруге) или иному лицу, являющемуся родителем ребенка и проживающему совместно с вами.

Используйте этот контрольный список, чтобы убедиться в полноте заполнения заявки:

- ☐ Необходимо указать адрес электронной почты
- ☐ Расчетные листы за последние последовательные четыре (4) недели (4 при еженедельном начислении заработной платы, 2 при начислении заработной платы каждые две недели)
- ☐ Удостоверение личности (водительское удостоверение, свидетельство о рождении, удостоверение личности государственного образца)
- ☐ Подтверждение рода деятельности на бланке работодателя или учебного заведения (работа, школа, профессиональное обучение)
- ☐ Подтверждение всех других доходов
- ☐ Подтверждение о принятии мер по взысканию алиментов или уплате алиментов на содержание ребенка (детей)
- ☐ Подтверждение адреса проживания (например, счет за коммунальные услуги, договор аренды)
- ☐ Свидетельство о рождении каждого ребенка в семье
- ☐ Только неофициальный уход, осуществляемый родственником — доказательство родственных отношений субъекта, осуществляющего уход, с ребенком

Пособие выдается при условии, что вы имеете на него право, и на него имеются средства. Департамент образования штата Мэриленд (MSDE) оплачивает услуги дошкольного учреждения, семейного ухода за детьми и неофициальный уход за ребенком. Сотрудники CCS Central расскажут вам о различных видах ухода за детьми и ответят на все вопросы по Стипендиальной программе по уходу за детьми. Для этого позвоните по телефону 1-877-227-0125.

С уважением,
CCS Central
1-877-227-0125

Если у вас возникают подозрения в мошенничестве в отношении к Программы пособий по уходу за детьми, сообщите об этом на Reportccsfraud.org

Ознакомление с этой инструкцией поможет вам оформить заявку.

Необходимо ответить на все вопросы.

Раздел 1 Общие сведения

Вид заявки:

- **«Новая»** заявка оформляется лицом, не получающим на сегодняшний день пособие по уходу за ребенком (CCS) либо лицом, которому было отказано в удовлетворении заявки и которое подает новую заявку с актуальными сведениями.
- **«Пересмотр»** Эта заявка должна заполняться минимум один раз в 12 месяцев лицами, которые получают пособие в настоящее время.

Вид субъекта, осуществляющего уход за ребенком (детьми)

- **«Официальный»** субъект — это дошкольное учреждение или детский дом семейного типа, имеющий лицензию и осуществляющий свою деятельность в соответствии с законодательством штата Мэриленд. Официальные субъекты ухода за детьми, получающие оплату из средств программы CCS, должны участвовать в программе Maryland EXCELS.
- **«Неофициальный»** субъект не имеет лицензии в соответствии с законодательством штата Мэриленд и может заниматься следующими видами ухода за ребенком: 1) уход, осуществляемый родственником, 2) уход на дому лицом, не являющимся родственником. Если вы выбираете уход за ребенком родственником, то правомочными родственниками будут прабабушки, прадедушки, дедушки, бабушки, тети, дяди или старшие братья и сестры старше 18 лет, не проживающие в семье ребенка. К заявке должны быть приложены документы, подтверждающие родство. Если вы выбираете «неофициальный» тип субъекта ухода за ребенком, к пакету документов должны быть приложены дополнительные формы, которые должны быть заполнены до утверждения неофициального субъекта ухода за ребенком. Пособие на оплату услуг неофициального субъекта ухода за ребенком будет назначена только после утверждения этого субъекта. Более подробные сведения можно получить у сотрудников CCS Central по телефону 1-877-227-0125.

Раздел 2 Сведения о заявителе

Округ вашего места жительства:

- Если вы проживаете в Балтиморе, укажите «Город»

Обратите внимание на дату рождения и номер контактного телефона, который вы указываете в форме. Эти сведения будут необходимы для получения доступа к информации по вашей заявке через автоматизированную телефонную систему. Если будет установлено, что вы имеете право на получение пособия по уходу за ребенком, вам будет назначен номер участника, который будет отправлен вам по почте и который будет необходим для доступа к автоматизированной телефонной системе.

Раздел 3 Сведения о необходимости в уходе за ребенком (детьми)

Ответьте на все вопросы, чтобы подтвердить необходимость помощи по уходу за ребенком (детьми).

Раздел 4 Сведения о ребенке (детях)

- Ответьте на вопросы в этом разделе для каждого ребенка в возрасте до 13 лет, за которым требуется присмотр.
- Если в семье больше 3 детей, сделайте дополнительные копии бланка этого раздела, чтобы внести всю необходимую информацию.
- **Необходимо приложить свидетельство о рождении каждого ребенка, указанного как член семьи.**

«Веская причина» отказа от взыскания алиментов включает случаи, когда подача такого иска может причинить серьезный физический или эмоциональный ущерб ребенку или лицу, проживающему с ребенком; когда рассматривается вопрос усыновления ребенка или происходит процедура оформления усыновления; если ребенок был зачат в результате изнасилования или инцеста. Если вы не предпринимали меры по взысканию алиментов на этого ребенка и у вас есть на это «веская причина», позвоните в CCS Central по номеру 1-877-227-0125, чтобы получить необходимую форму.

Раздел 5 Другие члены семьи

Ответьте на все вопросы этого раздела по каждому члену семьи, который не указан как ребенок в разделе 4 «Сведения о ребенке». Если в семье больше 4 членов, сделайте дополнительные копии бланка этого раздела, чтобы внести всю необходимую информацию.

Раздел 6 Сведения о роде деятельности

Ответьте на все вопросы в этом разделе для каждого рода деятельности каждого члена семьи, указанного в разделе 5 «Другие члены семьи», где ответ на вопрос №1 «Да». Выбранный «род деятельности» должен соотноситься с «Названием организации», указанной в каждом поле осуществляемой деятельности.

Общее время в пути следует рассчитывать как время, необходимое для того, чтобы добраться от субъекта, осуществляющего уход за ребенком, до места вашей работы или учебы и обратно. Время, превышающее 2 часа в день, должно быть дополнительно обосновано. Время в пути не будет учтено при назначении пособия, если не указаны «Часы работы/учебы».

Часы работы или учебы указывайте как время начала и время окончания:

Понедельник	Вторник
с 8:00 до 17:00	с 10:00 до 15:00

Если работают или учатся более 4 членов семьи, сделайте дополнительные копии этого раздела, для того чтобы указать всю необходимую информацию.

Для всех видов деятельности, относящихся к категории «Работа», вы должны приложить справку от работодателя на фирменном бланке компании с подтверждением рабочего времени.

Для всех видов деятельности, которые относятся к «Образованию» или «Профессиональному обучению», необходимо приложить копию текущего расписания на бланке учреждения образования с указанием дней и часов занятий.

Раздел 7 График ухода за ребенком

Ответьте на вопросы в этом разделе с указанием всех дней и часов, в которые вы хотели бы, чтобы осуществлялся уход за ребенком, исходя из рода(родов) вашей деятельности, указанного в разделе 6 «Сведения о роде деятельности».

Часы ухода за ребенком указывайте как время начала и время окончания:

Понедельник	Вторник
с 8:00 до 17:00	с 10:00 до 15:00

Раздел 8 Сведения о доходах

Ответьте на все вопросы в этом разделе для каждого вида дохода каждого отдельного члена семьи, указанного в разделе 5 «Другие члены семьи». Если доход получают более 4 членов семьи, сделайте дополнительные копии этого раздела, для того чтобы указать всю необходимую информацию.

«Совокупный доход» — это общее количество полученных денег до удержания налогов.

Необходимо приложить подтверждение всех доходов за последние 4 недели для: заявителя, супруга, другого родителя в доме, родителей несовершеннолетнего родителя, взрослого и супруга, осуществляющего физическую опеку над несовершеннолетним ребенком (4 расчетных листа при еженедельном начислении заработной платы или 2 при начислении каждые две недели).

	Департамент образования штата Мэриленд/Управление по уходу за детьми Программа субсидий по уходу за детьми ЗАЯВКА/ПЕРЕСМОТР ЗАЯВКИ НА ВЫДЕЛЕНИЕ ПОСОБИЯ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ (ДЕТЬМИ)	Вернуть: https://family.childcareportals.org/
--	--	---

Если вам необходима помощь в заполнении заявки, позвоните в CCS Central по телефону 1-877-227-0125

Раздел 1 Общие сведения	
Вид заявки:	☐ Новая ☐ Пересмотр
Вид субъекта, осуществляющего уход за ребенком:	
☐ Официальный ☐ Неофициальный уход за ребенком, осуществляемый родственником: ☐ Неофициальный субъект ухода не родственником в детском доме	

Раздел 2 Сведения о заявителе					
Фамилия, имя, второе имя:			Номер социального страхования (SSN) (не обязательно):		
Дата рождения: <i>месяц/день/год</i>	Пол:	Семейное положение:			
	☐ Женский ☐ Мужской	☐ Холост/не состоял(а) в браке ☐ Женат/замужем ☐ Разведен(а) ☐ Разведен(а) ☐ Вдовец/вдова			
Этническое происхождение:		Вы выходец из Испании/Латинской Америки?		Основной язык, на котором вы разговариваете дома:	
☐ Да ☐ Нет		☐ Да ☐ Нет			
Гражданин США:		Иммиграционный статус (если не гражданин США):		Вы военнообязанный(-ая)?	
☐ Да ☐ Нет				☐ Да ☐ Нет	
Варианты для этнического происхождения: - Американский индеец или коренной житель Аляски - Уроженец Азии - Афроамериканец - Коренной гаваец или житель тихоокеанских островов - Белый		Варианты для Иммиграционный статус: - Постоянный вид на жительство - Лицо, получившее убежище - Иностранец с условным въездом - Условно-досрочно освобожденный (1 год или больше) - Иностранец, депортация которого приостановлена		- Беженец - Пострадавший от жестокого обращения иностранный супруг, ребенок или родитель ребенка - Без документов - Ребенок законно допущенного для постоянного жительства иностранца	
Домашний адрес:		Улица	Номер квартиры	Город	Штат
					Почтовый индекс Округ
Адрес для почтовых отправок, если отличается от домашнего адреса:		Улица	Город	Штат	Почтовый индекс
Номер контактного телефона:		Дополнительный номер телефона:		Адрес электронной почты:	
Выплачиваете ли вы алименты детям, не проживающим дома?		☐ Да ☐ Нет			
Вы родитель-одиночка?		☐ Да ☐ Нет			
Вы несовершеннолетний родитель (младше 18 лет)?		☐ Да ☐ Нет			
Вы получаете помощь по программе SNAP (талоны на питание)?		☐ Да ☐ Нет			
Вы получаете жилищную субсидию?		☐ Да ☐ Нет			

Раздел 3 Сведения о необходимости в уходе за ребенком (детьми)	
1. Вы получаете временную денежную помощь (ТКА)?	☐ Да ☐ Нет ☐ Никогда Если да, дата начала:
2. Временная денежная помощь оказывается только для детей, находящихся на вашем попечении?	☐ Да ☐ Нет
3. Из какого количества человек состоит ваша семья?	Количество:
4. Каков ваш общий годовой доход?	В долларах США:
5. Каков род вашей деятельности?	☐ Поиск работы/работаю ☐ Общественные работы ☐ Государственная школа (начальные, средние, старшие классы) ☐ Колледж (студент)
6. Вы хотите получить помощь по уходу за детьми, которые не являются вашими биологическими детьми?	☐ Да ☐ Нет
7. Сколько детей находится на вашем попечительстве?	Количество:
8. Получаете ли вы или кто-либо из членов вашей семьи дополнительный гарантированный доход (SSI)?	☐ Да ☐ Нет

9. Несете ли вы ответственность за ребенка (детей) с ограниченными возможностями?	☐ Да ☐ Нет
10. В настоящее время вы бездомный?	☐ Да ☐ Нет
11. У вас есть активы на миллион долларов?	☐ Да ☐ Нет

Раздел 4 Сведения о ребенке					
Р Е Б Е Н О К 1	Фамилия, имя, второе имя:		Пол: ☐ Женский ☐ Мужской	Дата рождения:	Номер социального страхования (не обязательно):
	Этническое происхождение:	Вы выходец из Испании/Латинской Америки? ☐ Да ☐ Нет	Гражданин США: ☐ Да ☐ Нет	Иммиграционный статус (если не гражданин США):	
	Варианты для этнического происхожде ния:	- Американский индеец или коренной житель Аляски - уроженец Азии - Афроамериканец - Коренной гаваец или житель тихоокеанских островов - Белый	Варианты для Иммиграц ионный статус:	- Постоянный вид на жительство - Лицо, получившее убежище - Иностранец с условным въездом - Условно-досрочно освобожденный (1 год или больше) - Иностранец, депортация которого приостановлена	- Беженец - Пострадавший от жестокого обращения иностранный супруг, ребенок или родитель ребенка - Без документов - Ребенок законно допущенного для постоянного жительства иностранца
	1. Получает ли этот ребенок дополнительный гарантированный доход (SSI)? ☐ Да ☐ Нет				
	2. В каком родстве этот ребенок состоит с вами?				
	3. Есть ли у этого ребенка инвалидность? ☐ Да ☐ Нет				
	4. Получает ли ребенок пособие по социальному обеспечению? ☐ Да ☐ Нет				
	5. Обращались ли вы с заявлением об удержании алиментов на этого ребенка? ☐ Да ☐ Нет Если нет, ознакомьтесь с инструкциями на с. 6.				
	6. Получаете ли вы алименты на этого ребенка? ☐ Да ☐ Нет				
	7. Укажите имя отсутствующего родителя(родителей) этого ребенка.				
8. Этот ребенок участвует в программе Head Start? ☐ Да ☐ Нет Если да, то укажите дату начала					
9. При использовании услуг неофициального ухода за ребенком родственником укажите родственное отношение к ребенку ухаживающего за ним лица? <i>Родственное отношение</i>					
Р Е Б Е Н О К 2	Фамилия, имя, второе имя:		Пол: ☐ Женский ☐ Мужской	Дата рождения:	Номер социального страхования (не обязательно):
	Этническое происхождение:	Вы выходец из Испании/Латинской Америки? ☐ Да ☐ Нет	Гражданин США: ☐ Да ☐ Нет	Иммиграционный статус (если не гражданин США):	
	1. Получает ли этот ребенок дополнительный гарантированный доход (SSI)? ☐ Да ☐ Нет				
	2. В каком родстве этот ребенок состоит с вами?				
	3. Есть ли у этого ребенка инвалидность? ☐ Да ☐ Нет				
	4. Получает ли ребенок пособие по социальному обеспечению? ☐ Да ☐ Нет				
	5. Обращались ли вы с заявлением об удержании алиментов на этого ребенка? ☐ Да ☐ Нет Если нет, ознакомьтесь с инструкциями на стр. 6.				
	6. Получаете ли вы алименты на этого ребенка? ☐ Да ☐ Нет				
	7. Укажите имя отсутствующего родителя(родителей) этого ребенка.				
	8. Этот ребенок участвует в программе Head Start? ☐ Да ☐ Нет Если да, то укажите дату начала				
9. При использовании услуг неофициального ухода за ребенком родственником укажите родственное отношение к ребенку ухаживающего за ним лица? <i>Родственное отношение</i>					
Р Е Б Е Н О К 3	Фамилия, имя, второе имя:		Пол: ☐ Женский ☐ Мужской	Дата рождения:	Номер социального страхования (не обязательно):
	Этническое происхождение:	Вы выходец из Испании/Латинской Америки? ☐ Да ☐ Нет	Гражданин США: ☐ Да ☐ Нет	Иммиграционный статус (если не гражданин США):	
	1. Получает ли этот ребенок дополнительный гарантированный доход (SSI)? ☐ Да ☐ Нет				
	2. В каком родстве этот ребенок состоит с вами?				
	3. Есть ли у этого ребенка инвалидность? ☐ Да ☐ Нет				
	4. Получает ли ребенок пособие по социальному обеспечению? ☐ Да ☐ Нет				
5. Обращались ли вы с заявлением об удержании алиментов на этого ребенка? ☐ Да ☐ Нет Если нет, ознакомьтесь с инструкциями на с. 6.					

6. Получаете ли вы алименты на этого ребенка? ☐ Да ☐ Нет						
7. Укажите имя отсутствующего родителя(родителей) этого ребенка.						
8. Этот ребенок участвует в программе Head Start? ☐ Да ☐ Нет Если да, то укажите дату начала						
9. При использовании услуг неофициального ухода за ребенком родственником укажите родственное отношение к ребенку ухаживающего за ним лица? <i>Родственное отношение</i>						
Раздел 5 Другие члены семьи						
Ч Л Е Н С Е М Ь И	Фамилия, имя, второе имя:		Пол: ☐ Женский ☐ Мужской	Дата рождения:	Номер социального страхования (не обязательно):	
	Этническое происхождение:		Вы выходец из Испании/Латинской Америки? ☐ Да ☐ Нет	Гражданин США: ☐ Да ☐ Нет	Иммиграционный статус (если не гражданин США):	
	Варианты для этнического происхождения: - Американский индеец или коренной житель Аляски - уроженец Азии - Афроамериканец - Коренной гаваец или житель тихоокеанских островов - Белый		Варианты для Иммиграционн ый статус: - Постоянный вид на жительство - Лицо, получившее убежище - Иностранец с условным въездом - Условно-досрочно освобожденный (1 год или больше) - Иностранец, депортация которого приостановлена - Беженец - Пострадавший от жестокого обращения иностранный супруг, ребенок или родитель ребенка - Без документов - Ребенок законно допущенного для постоянного жительства иностранца			
	Вы военнообязанный(ая)? ☐ Да ☐ Нет		Основной язык:	Родственное отношение к заявителю:		
	Варианты выбора родственных о отношения к заявителю: - Усыновленный ребенок - Биологический ребенок - Брат/сестра - Приемный ребенок		- Двоюродный брат/сестра - Ребенок, воспитывающийся в чужой семье - Бабушка(дедушка)/прабабушка(пра дедушка) - Племянница/племянник - Подопечный - Другое (родственник) - Другое (не родственник)			
	1. Занимается ли член семьи деятельностью, из-за которой он(она) не может заботиться о ребенке? ☐ Да ☐ Нет					
	2. Есть ли у члена семьи трудовой или нетрудовой доход? ☐ Да ☐ Нет					
	3. Имеются ли обстоятельства, из-за которых член семьи не может заботиться о ребенке? ☐ Да ☐ Нет					
	Ч Л Е Н С Е М Ь И	Фамилия, имя, второе имя:		Пол: ☐ Женский ☐ Мужской	Дата рождения:	Номер социального страхования (не обязательно):
		Этническое происхождение:		Вы выходец из Испании/Латинской Америки? ☐ Да ☐ Нет	Гражданин США: ☐ Да ☐ Нет	Иммиграционный статус (если не гражданин США):
Вы военнообязанный(ая)? ☐ Да ☐ Нет		Основной язык:	Родственное отношение к заявителю:			
1. Занимается ли член семьи деятельностью, из-за которой он(она) не может заботиться о ребенке? ☐ Да ☐ Нет						
2. Есть ли у члена семьи трудовой или нетрудовой доход? ☐ Да ☐ Нет						
2	3. Имеются ли обстоятельства, из-за которых член семьи не может заботиться о ребенке? ☐ Да ☐ Нет					
	Фамилия, имя, второе имя:		Пол: ☐ Женский ☐ Мужской	Дата рождения:	Номер социального страхования (не обязательно):	
	Этническое происхождение:		Вы выходец из Испании/Латинской Америки? ☐ Да ☐ Нет	Гражданин США: ☐ Да ☐ Нет	Иммиграционный статус (если не гражданин США):	
Ч Л Е Н С Е М Ь И	Вы военнообязанный(-ая)? ☐ Да ☐ Нет		Основной язык:	Родственное отношение к заявителю:		
	1. Занимается ли член семьи деятельностью, из-за которой он(она) не может заботиться о ребенке? ☐ Да ☐ Нет					
	2. Есть ли у члена семьи трудовой или нетрудовой доход? ☐ Да ☐ Нет					
	3. Имеются ли обстоятельства, из-за которых член семьи не может заботиться о ребенке? ☐ Да ☐ Нет					
	3	Фамилия, имя, второе имя:		Пол: ☐ Женский ☐ Мужской	Дата рождения:	Номер социального страхования (не обязательно):
Этническое происхождение:		Вы выходец из Испании/Латинской Америки? ☐ Да ☐ Нет	Гражданин США: ☐ Да ☐ Нет	Иммиграционный статус (если не гражданин США):		
Вы военнообязанный(-ая)? ☐ Да ☐ Нет		Основной язык:	Родственное отношение к заявителю:			
1. Занимается ли член семьи деятельностью, из-за которой он(она) не может заботиться о ребенке? ☐ Да ☐ Нет						
2. Есть ли у члена семьи трудовой или нетрудовой доход? ☐ Да ☐ Нет						
Ч Л Е Н С Е М Ь И	3. Имеются ли обстоятельства, из-за которых член семьи не может заботиться о ребенке? ☐ Да ☐ Нет					
	Фамилия, имя, второе имя:		Пол: ☐ Женский ☐ Мужской	Дата рождения:	Номер социального страхования (не обязательно):	
	Этническое происхождение:		Вы выходец из Испании/Латинской Америки? ☐ Да ☐ Нет	Гражданин США: ☐ Да ☐ Нет	Иммиграционный статус (если не гражданин США):	
С Е М Ь И	Вы военнообязанный(ая)?		Основной язык:	Родственное отношение к заявителю:		

Ь И 4	☐ Да ☐ Нет		
	1. Занимается ли член семьи деятельностью, из-за которой он(она) не может заботиться о ребенке?		☐ Да ☐ Нет
	2. Есть ли у члена семьи трудовой или нетрудовой доход?		☐ Да ☐ Нет
	3. Имеются ли обстоятельства, из-за которых член семьи не может заботиться о ребенке?		☐ Да ☐ Нет

Раздел 6 Сведения о роде деятельности								
Р О Д Д Е Я Т Е Л Ь Н О С Т И 1	Имя заявителя/члена семьи (из раздела 2 или 5):				Род деятельности: <i>Выберите из предложенных вариантов</i>			
	Варианты для выбора рода деятельности:				- Поиск работы - Общественные работы - Образование - Работа - Профессиональное обучение - План личной ответственности FIA			
	Наименование организации:				Телефон организации:			
	Адрес организации: Улица Город Штат Почтовый индекс							
	Если род вашей деятельности не имеет стабильного графика, укажите всего часов в неделю :				Укажите ежедневное время на дорогу от организации/лица, осуществляющего уход за ребенком до места работы/учебы (туда и обратно):			
РОД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Часы		Воскресенье	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота
		до	до	до	до	до	до	до
Р О Д Д Е Я Т Е Л Ь Н О С Т И 2	Имя заявителя/члена семьи (из раздела 2 или 5):				Род деятельности: <i>Варианты см. выше</i>			
	Наименование организации:				Телефон организации:			
	Адрес организации: Улица Город Штат Почтовый индекс							
	Если род вашей деятельности не имеет стабильного расписания, укажите всего часов в неделю :				Укажите ежедневное время на дорогу от организации/лица, осуществляющего уход за ребенком до места работы/учебы (туда и обратно):			
	РОД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Часы		Воскресенье	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница
		до	до	до	до	до	до	до
Р О Д Д Е Я Т Е Л Ь Н О С Т И 3	Имя заявителя/члена семьи (из раздела 2 или 5):				Род деятельности: <i>Варианты см. выше</i>			
	Наименование организации:				Телефон организации:			
	Адрес организации: Улица Город Штат Почтовый индекс							
	Если род вашей деятельности не имеет стабильного расписания, укажите всего часов в неделю :				Укажите ежедневное время на дорогу от организации/лица, осуществляющего уход за ребенком до места работы/учебы (туда и обратно):			
	РОД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Часы		Воскресенье	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница
		до	до	до	до	до	до	до
Для всех видов деятельности, относящихся к категории «Работа», вы должны приложить справку от работодателя на фирменном бланке компании с подтверждением рабочего времени. Для всех видов деятельности, которые относятся к «Образованию» или «Профессиональному обучению», необходимо приложить копию текущего расписания на бланке учреждения образования с указанием дней и часов занятий.								

Раздел 7 График ухода за ребенком							
Дети школьного возраста: Если график ухода не предоставлен, ребенку будет выделено пособие в размере 1 единицы (15 часов в неделю).							
Если у вас нет стабильного графика ухода за ребенком, укажите всего часов в неделю :							
В какие конкретные дни и часы вам необходимо, чтобы за ребенком был присмотр в зависимости от характера вашей занятости?							
Ребенок один	Воскресенье	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота
	до	до	до	до	до	до	до
Если у вас нет стабильного графика ухода за ребенком, укажите всего часов в неделю :							
В какие конкретные дни и часы вам необходимо, чтобы за ребенком был присмотр в зависимости от характера вашей занятости?							

Ребенок два	Воскресенье	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота
	до	до	до	до	до	до	до
Если у вас нет стабильного графика ухода за ребенком, укажите всего часов в неделю :							
В какие конкретные дни и часы вам необходимо, чтобы за ребенком был присмотр в зависимости от характера вашей занятости?							
Ребенок три	Воскресенье	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота
	до	до	до	до	до	до	до

Раздел 8

Сведения о доходах

Имя члена семьи, имеющего доход:

Характер дохода: Выберите из предложенных вариантов

Варианты для выбора

Характер дохода:

- Алименты
- Плата за службу в вооруженных силах
- Алименты на ребенка — постановление суда
- Алименты на ребенка — добровольные
- Пособие по социальному обеспечению

- Дополнительный гарантированный доход
- Самозанятость, общий доход
- Временная денежная помощь
- Чаевые/комиссионные платежи
- Пособие по безработице

- Помощь/пособие ветеранам
- Заработная плата
- Компенсация рабочим
- Другое

Как часто член семьи получает доход?

Общий доход, который получает член семьи каждый раз (\$):

Если доход составляют алименты, укажите имя отсутствующего родителя, уплачивающего их.

Имя члена семьи, имеющего доход:

Характер дохода: Варианты см. выше

Как часто член семьи получает доход?

Общий доход, который получает член семьи каждый раз (\$):

Если доход составляют алименты, укажите имя отсутствующего родителя, уплачивающего их.

Имя члена семьи, имеющего доход:

Характер дохода: Варианты см. выше

Как часто член семьи получает доход?

Общий доход, который получает член семьи каждый раз (\$):

Если доход составляют алименты, укажите имя отсутствующего родителя, уплачивающего их.

Имя члена семьи, имеющего доход:

Характер дохода: Варианты см. выше

Как часто член семьи получает доход?

Общий доход, который получает член семьи каждый раз (\$):

Если доход составляют алименты, укажите имя отсутствующего родителя, уплачивающего их.

Приложите подтверждение всех доходов за последние 4 недели для: заявителя, супруга, другого родителя в доме, родителей несовершеннолетнего родителя, взрослого и супруга, осуществляющего физическую опеку над несовершеннолетним ребенком.

В вашем заявлении содержится информация о том, имеете ли вы право на получение льгот и услуг. Эти льготы предоставляются за государственный счет, и вы должны предоставлять правдивую информацию. Достоверность сведений может быть проверена государственными органами, частными агентствами и фирмами. О любых изменениях в сведениях, указанных в данной форме, необходимо сообщить в течение 10 дней с момента возникновения изменений. Если вы сознательно предоставите ложные сведения или умышленно не сообщите об изменениях, вы можете быть дисквалифицированы и подвергнуты указанному ниже наказанию.

Раздел 8-504 статьи уголовного закона аннотированного свода законов штата Мэриленд гласит:

- (a) Любое лицо, которое обманным путем получает, пытается получить или помогает другому лицу мошенническим путем получить или попытаться получить деньги, имущество, талоны на питание, медицинскую помощь или другую помощь, на которую он не имеет права, в рамках социальной программы, программы здравоохранения или программы продовольственной помощи, основанных на нуждаемости, полностью или частично финансируемых штатом Мэриленд и находящихся в ведении штата или его административно-территориальных единиц, виновен в преступлении средней тяжести. Под мошенничеством для целей данного раздела понимают:
 - (1) умышленное предоставление ложных сведений или заявлений; либо
 - (2) умышленное сокрытие сведений о существенных изменениях в домашнем или финансовом положении; либо
 - (3) выдача себя за другое лицо.
- (b) В случае признания виновным, после уведомления и возможности быть выслушанным относительно суммы платежа и того, как платеж должен быть произведен, лицо должно полностью вернуть деньги, имущество, талоны на питание, выплаты на медицинскую помощь или другую незаконно полученную помощь, или ее стоимость, и подлежит штрафу в размере не более 1000 долларов или тюремному заключению на срок не более трех лет, либо одновременно штрафу и тюремному заключению.

Согласие на разглашение информации:

Настоящим я разрешаю Отделу субсидирования ухода за детьми Департамента образования штата Мэриленд (MSDE/CCS), Управлению главного инспектора Департамента трудовых ресурсов штата Мэриленд (DHR/OIG) или другим организациям, уполномоченным MDSE, связываться, знакомиться и получать документы, которые оформляет любое лицо, товарищество, корпорация, ассоциация или правительственное учреждение с целью подтверждения моего права на льготы по программе CCS. Это включает, но не ограничивается сведения о занятости, финансах (включая банковские сведения), школе/образовании, аренде/жилье и подоходном налоге в штате Мэриленд. Подписываясь ниже, я подтверждаю, что я, нижеподписавшийся, вправе дать согласие на раскрытие информации и что я разрешаю MSDE/CCS предоставлять информацию о программе по электронной почте и/или текстовым сообщением. Ксерокопия этой формы имеет силу оригинала.

Фамилия, имя родителя Печатными буквами	Дата
Подпись родителя	Дата
Фамилия, имя второго родителя (родитель/супруг в семье или родитель несовершеннолетнего ребенка) Печатными буквами	Дата
Подпись второго родителя (родитель/супруг в семье или родитель несовершеннолетнего ребенка)	Дата

ЗАЯВЛЕНИЯ, НЕ ПОДПИСАННЫЕ И БЕЗ УКАЗАНИЯ ДАТЫ БУДУТ ВОЗВРАЩЕНЫ.

Электронные подписи принимаются, если заявка подана через онлайн-портал для родителей/субъектов ухода за детьми CCS Central 2.

Заявка должна быть подана в течение 45 дней с момента ее подписания. Не отправляйте пересмотре ранее, чем за 45 дней до даты окончания действия предыдущего пересмотра.

Если у вас возникают подозрения в мошенничестве со Стипендиальной программой по уходу за детьми, сообщите об этом на [Reportccsfraud.org](https://reportccsfraud.org)