

أرسل عبر البريد الإلكتروني إلى: CCSCentral2DHSRef erral@maryland.gov	الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند/مكتب رعاية الطفل المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل/المساعدات النقدية المؤقتة & مكتب ولاية ماريلاند للاجئين وطالبي اللجوء المساعدات النقدية المؤقتة/المعتمدة/ مكتب ولاية ماريلاند للاجئين وطالبي اللجوء التابع لإدارة الصحة نموذج الإحالة	مركز المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل - إدارة الصحة
--	--	---

القسم 1	
معلومات رب الأسر (نموذج الإحالة هذا متعلق بمقدمي طلبات المساعدات النقدية المؤقتة المعتمدة فقط)	
هل حصلت الأسرة على موافقة بشأن المساعدات النقدية المؤقتة _____ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (إذا كانت الإجابة هي لا، فتوقف هنا.) استخدم نموذج إحالة المساعدات النقدية المؤقتة المعلقة تاريخ الموافقة الشهر/اليوم/السنة	
اختر نوع الأولوية 1: _____ المساعدات النقدية المؤقتة المعتمدة _____ مكتب ولاية ماريلاند للاجئين وطالبي اللجوء/المساعدات النقدية المؤقتة	
نوع الرعاية المختار: _____ الرسمية _____ غير الرسمية (أخطر الوالد بأن هذه العملية قد تستغرق حتى 60 يومًا أو أكثر الاسم (الأخير، الأول، الأوسط):	
تاريخ الميلاد:	الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر
رقم الضمان الاجتماعي (SSN) (اختياري): _____	
عنوان البريد الإلكتروني الخاص بالعميل:	
العنوان البريدي الخاص بالعميل:	
الشارع	المدينة
الولاية	الرمز البريدي
هل تمت الموافقة على حصول هذا الشخص على دخل ضمان تكميلي؟ هل تعاني الأسرة من التشرذم؟ هل رب الأسرة أحد المحاربين القدامى؟ هل هذا الشخص يعمل في عمل يخوله الحصول على المساعدات النقدية المؤقتة؟ هل العمل المعتمد في دار رعاية الطفل الذي التحق به الطفل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> 6. كم عدد الساعات التي يستغرقها العمل المعتمد في الأسبوع: ما هي أيام الأسبوع التي يحضر فيها الوالد العمل المعتمد، ضع دائرة حول أيام الأسبوع: الأحد الاثنين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة السبت ما هي ساعات اليوم التي يحضر فيها الوالد العمل المعتمد: هل العمل المعتمد للوالد بين الساعة 7 مساءً والسادسة صباحًا، من الاثنين إلى الجمعة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> هل يكون العمل المعتمد للوالد في أي وقت من يوم السبت أو الأحد؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> 11. كم عدد الدقائق التي يستغرقها الوالد للانتقال من مركز رعاية الطفل إلى مكان العمل المعتمد في اليوم، في اتجاه واحد: _____	

القسم 2	
معلومات رب الأسرة (الوالد أو الوصي الآخر)	
اختر نوع الأولوية 1: _____ المساعدات النقدية المؤقتة المعتمدة _____ مكتب ولاية ماريلاند للاجئين وطالبي اللجوء/المساعدات النقدية المؤقتة	
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط): _____	
تاريخ الميلاد:	الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر
رقم الضمان الاجتماعي (SSN) (اختياري): _____	
عنوان البريد الإلكتروني الخاص بالعميل:	
العنوان البريدي: الشارح	
المدينة	الولاية
الرمز البريدي	
هل تمت الموافقة على حصول هذا الشخص على دخل ضمان تكميلي؟ هل تعاني الأسرة من التشرذم؟ هل هذا الشخص أحد المحاربين القدامى؟ هل هذا الشخص يعمل في عمل يخوله الحصول على المساعدات النقدية المؤقتة؟ هل العمل المعتمد في دار رعاية الطفل الذي التحق به الطفل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> 6. كم عدد الساعات التي يستغرقها العمل المعتمد في الأسبوع: ما هي أيام الأسبوع التي يحضر فيها الوالد العمل المعتمد، ضع دائرة حول أيام الأسبوع: الأحد الاثنين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة السبت ما هي ساعات اليوم التي يحضر فيها الوالد العمل المعتمد: هل العمل المعتمد للوالد بين الساعة 7 مساءً والسادسة صباحًا، من الاثنين إلى الجمعة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> هل يكون العمل المعتمد للوالد في أي وقت من يوم السبت أو الأحد؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> 11. كم عدد الدقائق التي يستغرقها الوالد للانتقال من مركز رعاية الطفل إلى مكان العمل المعتمد في اليوم، في اتجاه واحد: _____	

القسم 3 معلومات الطفل--			
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):	تاريخ الميلاد:	الجنس: أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/>	الاسم (الأخير، الأول، الأوسط):
<ul style="list-style-type: none"> • أسود أو أمريكي من أصل أفريقي • من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ • أبيض 	<ul style="list-style-type: none"> • أمريكي من أصل هندي أو من سكان الاسكا الأصليين 	خيارات العرق: هل أنت من أصل يتحدث الإسبانية / لاتيني؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	العرق:
1. ما علاقة الطفل بالوالد؟			
2. هل يحتاج الطفل إلى منحة دراسية موجهة إلى رعاية الطفل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
3. هل هذا الطفل مُعاق؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
4. هل يحصل الطفل على دخل ضمان تكميلي؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة هي نعم، قم بذكر مبلغ المنحة الوارد في خطاب دخل الضمان التكميلي: دولار _____			
5. هل هذا الطفل مدرج في برنامج Head Start؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو تاريخ البدء؟ الشهر/اليوم/السنة _____			
6. هل هذا الطفل يتلقى أموالاً من برامج ما قبل الروضة التابعة للولاية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو تاريخ البدء؟ الشهر/اليوم/السنة _____			
7. هل يذهب الطفل إلى مدرسة عامة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة هي نعم، فما هو الصف الدراسي الذي أتمه: _____			
8. ما هي الساعات التي سيتلقى فيها الطفل لرعاية الطفل خلال العام الدراسي: _____			
9. هل الطفل يتلقى رعاية الطفل فقط قبل أو بعد المدرسة خلال العام الدراسي؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
10. ضع دائرة حول الأيام التي سيتلقى فيها الطفل رعاية الطفل: الأحد الاثنين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة السبت			
11. هل سيتلقى الطفل رعاية الطفل لمدة ساعة واحدة على الأقل من الاثنين إلى الجمعة من 7 م إلى 6 ص؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			

الطفل الأول

القسم 3 معلومات الطفل--			
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):	تاريخ الميلاد:	الجنس: أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/>	الاسم (الأخير، الأول، الأوسط):
<ul style="list-style-type: none"> • أسود أو أمريكي من أصل أفريقي • من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ • أبيض 	<ul style="list-style-type: none"> • أمريكي من أصل هندي أو من سكان الاسكا الأصليين • آسيوي 	خيارات العرق: هل أنت من أصل يتحدث الإسبانية / لاتيني؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	العرق:
1. ما علاقة الطفل بالوالد؟			
2. هل يحتاج الطفل إلى منحة دراسية موجهة إلى رعاية الطفل؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
3. هل هذا الطفل مُعاق؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
4. هل يحصل الطفل على دخل ضمان تكميلي؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة هي نعم، أذكر مبلغ المنحة الوارد في خطاب دخل الضمان التكميلي: دولار _____			
5. هل هذا الطفل مدرج في برنامج Head Start؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو تاريخ البدء؟ الشهر/اليوم/السنة _____			
6. هل هذا الطفل يتلقى أموالاً من برامج ما قبل الروضة التابعة للولاية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو تاريخ البدء؟ الشهر/اليوم/السنة _____			
7. هل يذهب الطفل إلى مدرسة عامة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة هي نعم، فما هو الصف الدراسي الذي أتمه: _____			
8. ما هي الساعات التي سيتلقى فيها الطفل لرعاية الطفل خلال العام الدراسي: _____			
9. هل الطفل يتلقى رعاية الطفل فقط قبل أو بعد المدرسة خلال العام الدراسي؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
10. ضع دائرة حول الأيام التي سيتلقى فيها الطفل رعاية الطفل: الأحد الاثنين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة السبت			
11. هل سيتلقى الطفل رعاية الطفل لمدة ساعة واحدة على الأقل من الاثنين إلى الجمعة من 7 م إلى 6 ص؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			

الطفل الثاني

- التوقيع بالأحرف الأولى على القسم 5، التأكيد على أن مقدم الطلب معتمد الحصول على المساعدات النقدية المؤقتة و:
1. العمل في عمل أو تم اعتماده في عمل معتمد الحصول على المساعدات النقدية المؤقتة يبدأ في غضون 10 أيام عمل من تقديم نموذج إحالة المساعدات النقدية المؤقتة
 2. قام مدير حالات المساعدات النقدية المؤقتة/ مكتب ولاية ماريلاند للاجئين وطالبي اللجوء التابع لإدارة الصحة بتضمين عدد ساعات وأيام العمل المعتمد في الأسبوع وموقعه لكل رب أسره
 3. سوف يحصل الأطفال المدرجون في نموذج الإحالة هذا فقط على منحة دراسية موجهة إلى رعاية الطفل
 4. إذا كانت المساعدة النقدية المؤقتة نشطة وكان العميل يريد إضافة طفل آخر في الأسرة بحاجة إلى منحة دراسية، فيجب على العميل حينئذ أن يتصل بمدير حالات المساعدات النقدية المؤقتة/ مكتب ولاية ماريلاند للاجئين وطالبي اللجوء وطلب ملء نموذج التغيير في الظروف

يتم من خلال تعبئة نموذج إحالة إدارة الصحة الخاص بالمنحة الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل، تحويل مكتب رعاية الطفل بولاية ماريلاند لإصدار منحة دراسية موجهة إلى رعاية الطفل للوالد المعتمد للحصول على المساعدة النقدية المؤقتة والمشارك في عمل معتمد لدى برنامج المساعدات النقدية المؤقتة/مكتب ولاية ماريلاند للاجئين وطالبي اللجوء. يتم تقديم مزايا المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل على نفقة الدولة؛ وتكون المعلومات المتضمنة في نموذج الإحالة والمعلومات الداعمة المتعلقة بالمساعدات النقدية المؤقتة المعتمدة أو مكتب ولاية ماريلاند للاجئين وطالبي اللجوء، صحيحة. سوف يتحقق مركز المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل رقم 2 من الوضع المعتمد للمساعدة النقدية المؤقتة في وقت تقديم نموذج الإحالة وسوف يرفض أي حالات ليست في وضع نشط بالنسبة للمساعدة النقدية المؤقتة. سوف يقدم مركز المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل رقم 2 المنح الدراسية فقط إلى الأطفال المدرجين في القسم 4 من نموذج الإحالة وسوف يستند في تحديد وحدة الرعاية إلى عدد الساعات المطلوبة في الحالة المنظورة من قبل إدارة الصحة. يجب أن يستند عدد الساعات إلى الأعمال المعتمدة للحصول على المساعدة النقدية المؤقتة ووقت السفر من مقر برنامج رعاية الطفل إلى مكان العمل المعتمد. إذا كان العمل المعتمد الخاص بالعمل الذي يحصل على المساعدة النقدية المؤقتة في أي برنامج من برامج رعاية الطفل، فلا ينبغي اعتبار وقت السفر. قد يتم التحقق من أنه قد تم تسجيل والتحقق من أن الطفل/الأسرة التي حصلت على منحة دراسية موجهة إلى رعاية الطفل تستوفي متطلبات الأهلية الخاصة بالمساعدات النقدية المؤقتة والعمل المعتمد لأغراض التدقيق الفيدرالية والولاية. عند إعادة البيت، إذا لم يعد الوالد مؤهلاً للحصول على المساعدة النقدية المؤقتة، فيجب أن تستوفي الأسرة جميع متطلبات الأهلية الخاصة ببرنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل (CCS)، وملء طلب المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل وتقديم الوثائق الداعمة حتى يمكن منح الموافقة على طلب المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل أو رفضه.

القسم 8-504 من القانون الجنائي في مدونة قانون ماريلاند المفصلة ينص على ما يلي:

- (a) أي شخص حصل على أو يحاول الحصول على، أو ساعد شخصاً آخر بطريقة احتيالية في الحصول على أو محاولة الحصول على أموال أو ممتلكات أو قسائم طعام أو رعاية طبية أو أي مساعدة أخرى لا يستحقها بناءً على الحاجة بموجب برنامج اجتماعي أو صحي أو تغذوي يتم تمويله كلياً أو جزئياً من ولاية ميريلاند وتديره الولاية أو تقسيماتها الفرعية السياسية، يعتبر مذنباً بارتكاب جناية. لأغراض هذا القسم، يشمل الاحتيال ما يلي:
- (1) الإدلاء ببيان أو إقرار زائف عن عمد؛ أو
 - (2) تعمّد عدم الكشف عن أي تغيير جوهري في الأسرة أو وضعها المالي؛ أو
 - (3) انتحال شخصية شخص آخر.
- (b) عند الإدانة، بعد الإشعار ومنح الفرصة لتقديم الرد بخصوص مبلغ الدفع وكيفية سداه، يجب على الشخص أن يعيد الأموال بالكامل، أو الممتلكات، أو قسائم الطعام، أو الرعاية الطبية، أو المساعدة الأخرى التي تم تلقيها بشكل غير قانوني، أو قيمتها المادية، ويجب معاقبته بغرامة لا تزيد عن 1000 دولار أو السجن مدة لا تزيد عن ثلاث سنوات، أو كلاهما معاً.

الموافقة على الإفصاح عن المعلومات:

بموجب التوقيع أدناه، أفوض بموجب هذه الوثيقة مكتب رعاية الطفل بقسم المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل التابع للإدارة التعليمية بولاية ماريلاند (MSDE / CCS)، أو مكتب المفتش العام التابع لإدارة الموارد البشرية بولاية ماريلاند (DHR / OIG) أو أي كيانات مرخص لها من قبل الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند، الاتصال بأي شخص أو شراكة أو مؤسسة أو جمعية أو وكالة حكومية والحصول على أي سجلات لديهم ومراجعتها لأغراض إثباتي للحصول على مزايا برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل. ويشمل ذلك، على سبيل المثال لا الحصر: إثبات عمل معتمد للحصول على المساعدة النقدية المؤقتة، والتوظيف، والشؤون المالية (بما في ذلك السجلات المصرفية)، والمدرسة/التعليم، والإيجار/السكن، وسجلات ضريبة الدخل بولاية ماريلاند. بموجب التوقيع أدناه، أقر بأنني الموقع أدناه وأنتي مؤهل للموافقة على هذا الإفصاح عن المعلومات إلى مكتب رعاية الطفل بولاية ماريلاند وبرنامج Head Start الذي يطلب الخدمات بالنيابة عن رب الأسرة المسجلة في برنامج Head Start بولاية ماريلاند. تكون أي نسخة من هذا النموذج سارية مثل الأصل.

عنوان العمل المعتمد للحصول على المساعدات النقدية المؤقتة:

نوع العمل المعتمد:

- عمل
 تدريب
 تعليم
 غير ذلك:

اسم جهة الاتصال في العمل المعتمد ومسامه الوظيفي:

رقم هاتف جهة الاتصال في العمل المعتمد:

يتم بموجب التوقيع والتاريخ المدرجين أدناه من قبل موظفي إدارة الصحة/مكتب ولاية ماريلاند للاجئين وطالبي اللجوء تحويل مركز المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل رقم 2 تقديم المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل إلى طفل أو عدد أطفال الأسرة الذين تم اعتماد حصولهم على مساعدة نقدية مؤقتة.

توقيع موظفو إدارة الصحة/مكتب ولاية ماريلاند للاجئين وطالبي اللجوء الاسم الواضح لموظفي إدارة الصحة /مكتب ولاية ماريلاند للاجئين وطالبي اللجوء

معلومات جهة اتصال إدارة الصحة/مكتب ولاية ماريلاند للاجئين وطالبي اللجوء

عنوان البريد الإلكتروني:

رقم هاتف جهة اتصال إدارة الصحة/مكتب ولاية ماريلاند للاجئين وطالبي اللجوء

نماذج الإحالات غير الموقع عليها وغير المؤرخة

لن تتم إعادتها ولن تتم معالجتها.

لا تكون التوقعات الإلكترونية من قبل مدير الحالات لدى إدارة الصحة مقبولة. يجب أن يكون تاريخ الطلب خلال فترة 45 يوماً من تقديمه. لا يمكن أن يكون تاريخ بدء المنحة الدراسية قبل تاريخ استلامها من قبل مركز المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل رقم 2 ولا يمكن بدؤها في غضون أكثر من 10 أيام من تاريخ بدء العمل معتمد الحصول على مساعدة نقدية مؤقتة.

تمت المراجعة في 11.1.2021