

Section 1 Informations sur le/la chef/fe de ménage (CETTE RÉFÉRENCE SERT UNIQUEMENT POUR LES CANDIDATS APPROUVÉS POUR LA TCA)

 La famille est-elle approuvée pour la TCA _____ Oui Non (Si la réponse est non, n'allez pas plus loin. Utilisez la référence TCA en attente) DATE D'APPROBATION : MM/JJ/AAAA

SÉLECTIONNEZ LE TYPE DE PRIORITÉ 1 : _____ TCA approuvé _____ MORA/TCA

Type de soins sélectionné : _____ Formel _____ Informel (Prévenir le parent que ce processus peut prendre jusqu'à 60 jours ou plus).

Nom (Nom, Prénom, Deuxième prénom) :

Date de naissance:

 Sexe : Femme
 Homme

Numéro de sécurité sociale (SSN) (facultatif) :

Adresse électronique du client :

Adresse postale du client :

Rue Ville État Code postal

1. Cette personne est-elle approuvée pour le SSI ? Oui Non
2. La famille est-elle sans abri ? Oui Non
3. Le/la chef/fe de ménage est-il/elle un/e ancien/ne combattant/e ? Oui Non
4. Cette personne participe-t-elle à une activité approuvée pour la TCA ?
5. L'activité approuvée a-t-elle lieu dans la garderie où l'enfant est inscrit ? Oui Non
6. **Quel est le nombre d'heures par semaine de l'activité approuvée :** _____
7. Quels jours par semaine le parent participe-t-il à l'activité approuvée, encerclez les jours par semaine : **L M M J V S D**
8. Combien d'heures par jour le parent participe-t-il à l'activité approuvée ? _____
9. L'activité approuvée du parent se déroule-t-elle entre 19 heures et 6 heures du matin, du lundi au vendredi ? Oui Non
10. L'activité approuvée pour le parent a-t-elle lieu le samedi ou le dimanche ? Oui Non
11. Combien de minutes PAR JOUR faut-il au parent pour se rendre du centre de garde d'enfants au lieu de l'activité approuvée, **dans un sens:** _____

Section 2 Informations sur le chef de famille (autre parent ou tuteur)
SÉLECTIONNEZ LE TYPE DE PRIORITÉ 1 : _____ TCA approuvé _____ MORA/TCA

Nom (Nom, Prénom, Deuxième prénom) :

Date de naissance (DOB) :

 Sexe : Femme
 Homme

Numéro de sécurité sociale (SSN) (facultatif) :

Adresse électronique du client :

Adresse postale : Rue Ville État Code postal

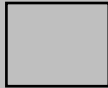
1. Cette personne est-elle approuvée pour le SSI ? Oui Non
2. La famille est-elle sans abri ? Oui Non
3. Cette personne est-elle un ancien combattant ? Oui Non
4. Cette personne participe-t-elle à une activité approuvée pour la TCA ?
5. L'activité approuvée se déroule-t-elle dans la garderie où l'enfant est inscrit ? Oui Non
6. Combien d'heures par semaine est l'activité approuvée : _____
7. Quels sont les jours de la semaine où le parent participe à l'activité approuvée, encerclez les jours par semaine : **L M M J V S D**
8. Combien d'heures par jour le parent participe-t-il à l'activité approuvée ? _____
9. L'activité approuvée du parent se déroule-t-elle entre 19 heures et 6 heures du matin, du lundi au vendredi ? Oui Non
10. L'activité approuvée pour le parent a-t-elle lieu le samedi ou le dimanche ? Oui Non
11. Combien de minutes PAR JOUR faut-il au parent pour se rendre du centre de garde d'enfants à l'activité approuvée, **dans un sens:** _____

Section 3 Informations sur les enfants

Enfant 1	Nom (Nom, Prénom, Deuxième prénom) :		Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Date de naissance (DOB) :	SSN (facultatif) :
	Origine ethnique :	Êtes-vous hispanique/latino ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Choix pour l'origine ethnique : • Amérindien ou autochtone d'Alaska • Asie		• Noir ou afro-américain • Natif Hawaïen ou insulaire du Pacifique • Blanc	
	1. Quel est le lien entre l'enfant et le parent ?					
	2. L'ENFANT A-T-IL BESOIN D'UNE BOURSE DE GARDE D'ENFANTS ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
	3. Cet enfant souffre-t-il d'un handicap ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
	4. L'enfant bénéficie-t-il actuellement de SSI ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez le montant de l'allocation figurant dans la lettre SSI : \$ _____					
	5. Cet enfant fait-il partie du programme Head Start ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quelle est la date de début ? MM/JJ/AAAA					
	6. Cet enfant bénéficie-t-il d'un programme d'éducation préscolaire financé par l'État ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quelle est la date de début ? MM/JJ/AAAA					
	7. L'enfant fréquente-t-il l'école publique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quel est son niveau de scolarité : _____					
	8. Quelles heures l'enfant fréquentera-t-il la garderie pendant l'année scolaire : _____					
	9. L'enfant fréquente-t-il uniquement une garderie avant ou après l'école pendant l'année scolaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
10. Encercler les jours où l'enfant fréquentera la garderie : D L M M J V Sam						
11. L'enfant fréquentera-t-il la garderie pendant au moins une heure du lundi au vendredi de 19h à 6h <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						

Section 3 Informations sur les enfants

Enfant 2	Nom (Nom, Prénom, Deuxième prénom) :		Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Date de naissance (DOB) :	SSN (facultatif) :
	Origine ethnique :	Êtes-vous hispanique/latino ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Choix pour l'origine ethnique : • Amérindien ou autochtone d'Alaska • Asie		• Noir ou afro-américain • Natif Hawaïen ou insulaire du Pacifique • Blanc	
	1. Quel est le lien entre l'enfant et le parent ?					
	2. L'ENFANT A-T-IL BESOIN D'UNE BOURSE DE GARDE D'ENFANTS ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
	3. Cet enfant souffre-t-il d'un handicap ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
	4. L'enfant bénéficie-t-il actuellement de SSI ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez le montant de l'allocation de la lettre SSI \$ _____					
	5. Cet enfant fait-il partie du programme Head Start ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quelle est la date de début ? MM/JJ/AAAA					
	6. Cet enfant bénéficie-t-il d'un programme d'éducation préscolaire financé par l'État ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quelle est la date de début ? MM/JJ/AAAA					
	7. L'enfant fréquente-t-il l'école publique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quel est son niveau de scolarité : _____					
	8. Quelles heures l'enfant fréquentera-t-il la garderie pendant l'année scolaire: _____					
	9. L'enfant fréquente-t-il uniquement une garderie avant ou après l'école pendant l'année scolaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
10. Encercler les jours où l'enfant fréquentera la garderie : D L M M J V Sam						
11. L'enfant fréquentera-t-il une garderie pendant au moins une heure du lundi au vendredi de 19 heures à 6 heures ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						

Section 4

Initiales

Inscrivez vos initiales à la section 5, affirmant que le demandeur est approuvé par la TCA et :

1. **Le client exerce ou a été approuvé pour une activité approuvée pour la TCA qui commence dans les 10 jours ouvrables suivant la soumission de la recommandation de TCA.**
2. **Le gestionnaire de cas TCA/MORA du DHS a inclus les heures, les jours par semaine et le lieu de l'activité approuvée de chaque chef de famille.**
3. **Seuls les enfants figurant sur cette recommandation recevront une bourse de garde d'enfants.**
4. **Si la TCA est effective et que le client souhaite ajouter un autre enfant au ménage qui a besoin d'une bourse, il doit contacter le gestionnaire de cas TCA/MORA et lui demander de remplir le formulaire de changement de situation.**

En remplissant le formulaire de demande de bourse pour la garde d'enfants, le DHS autorise le Maryland Office of Child Care à accorder une bourse pour la garde d'enfants à un parent approuvé pour la TCA et participant à une activité approuvée pour le TCA/MORA. Les prestations de bourse pour la garde d'enfants sont fournies aux frais de l'État et les informations contenues dans la demande et les informations TCA ou MORA à l'appui sont véridiques. CCS Central 2 vérifiera le statut TCA approuvé au moment de la demande et refusera tout cas qui n'est pas en statut TCA actif. CCS Central 2 n'accordera des bourses qu'aux enfants énumérés à la section 4 de la demande et basera l'unité de soins sur les heures demandées par le dossier du DHS. Les heures doivent être basées sur les activités approuvées pour la TCA et le temps de déplacement entre le programme de garde d'enfants et l'activité approuvée. Si l'activité approuvée pour la TCA du client est dans un programme de garde d'enfants, le temps de déplacement ne sera pas autorisé. L'inscription et la vérification que l'enfant/la famille ayant reçu une bourse de garde d'enfants répondait aux conditions d'admissibilité à la TCA et à une activité approuvée peuvent être vérifiées à des fins d'audit fédéral et étatique. Lors de la révision, si le parent n'est plus éligible à la TCA, la famille doit répondre à toutes les conditions d'éligibilité pour le programme de bourses pour la garde d'enfants (CCS), remplir une demande de CCS et fournir les documents justificatifs pour que la demande de CCS soit approuvée ou refusée.

La section 8-504 de l'article sur le droit pénal du code annoté du Maryland stipule que:

- (a) Toute personne qui obtient ou tente d'obtenir frauduleusement, ou aide une autre personne à obtenir ou tenter d'obtenir frauduleusement de l'argent, des biens, des bons d'alimentation, des soins médicaux ou toute autre assistance à laquelle elle n'a pas droit, dans le cadre d'un programme social, sanitaire ou nutritionnel basé sur les besoins, financé en tout ou en partie par l'État du Maryland et administré par l'État ou ses subdivisions politiques, se rend coupable d'un délit. Aux fins de la présente section, la fraude inclut :
 - (1) faire volontairement une fausse déclaration ou représentation ; ou
 - (2) omettre volontairement de divulguer un changement important dans le ménage ou la situation financière ; ou
 - (3) se faire passer pour une autre personne.
- (b) Sur déclaration de culpabilité, après notification et possibilité d'être entendu quant au montant du paiement et à la manière dont il doit être effectué, la personne doit restituer intégralement l'argent, les biens, les bons d'alimentation, les soins médicaux ou toute autre aide reçus illégalement, ou la valeur de ceux-ci, et est passible d'une amende maximale de 1 000 dollars ou d'une peine d'emprisonnement maximal de trois ans, ou des deux.

Consentement à la divulgation d'informations :

En signant ci-dessous, j'autorise le Maryland State Department of Education, Office of Child Care, Child Care Scholarship Branch (MSDE/CCS), le Maryland State Department of Human Resources Office of Inspector General (DHR/OIG) ou toute entité autorisée par le MDSE à contacter, examiner et obtenir les dossiers conservés par toute personne, tout partenariat, toute société, toute association ou agence gouvernementale dans le but d'établir la preuve de mon éligibilité aux prestations CCS. Cela inclut, sans s'y limiter, les preuves d'activité TCA, d'emploi, de finances (y compris les relevés bancaires), de scolarité/éducation, de location/logement et d'impôt sur le revenu de l'État du Maryland. En signant ci-dessous, je certifie que je suis le soussigné et que j'ai la capacité à consentir à cette communication d'informations entre le Maryland Office of Child Care et le programme Head Start qui demande des services au nom du chef de famille inscrit à un programme Head Start du Maryland. Une photocopie de ce formulaire est aussi valable que l'original.

ADRESSE POUR L'ACTIVITÉ APPROUVÉE POUR LA TCA :

Type d'activité approuvée :

- Travail
 Formation
 Éducatif
 Autre : _____

Nom et titre de la personne à contacter pour l'activité approuvée :

Numéro de téléphone du contact pour l'activité approuvée :

La signature et la date apposées par le personnel du DHS/MORA ci-dessous autorisent CCS Central 2 à délivrer une bourse de garde d'enfants à l'enfant ou aux enfants appartenant au ménage d'une famille qui a été approuvée pour le TCA.

Date: MM/JJ/AAAA

Signature du personnel

**DHS/MORA NOM IMPRIMÉ DU
 PERSONNEL DHS/MORA**

COORDONNÉES DHS/MORA

ADRESSE ÉLECTRONIQUE : _____

 Numéro de téléphone du contact DHS/MORA

LES RENVOIS NON SIGNÉS ET DATÉS

NE SERONT PAS RETOURNÉS ET NE POURRONT PAS ÊTRE TRAITÉS.

Les signatures électroniques du gestionnaire de cas du DHS **ne sont pas** acceptables. La date doit être dans les 45 jours suivant la soumission. La date de début de la bourse **ne peut** être antérieure à la date de réception par CCS Central 2 **et** ne peut commencer plus de 10 jours ouvrables après la date de début de l'activité TCA.