

CCS - DHS	Департамент образования штата Мэриленд/Управление по уходу за детьми Помощь по уходу за детьми /TCA & MORA УТВЕРЖДЕНО TCA / ФОРМА НАПРАВЛЕНИЯ DHS-MORA	Отправить электронное сообщение на электронную почту: CCSCentral2DHSReferral@maryland.gov
------------------	--	---

Раздел 1 Информация о главе домохозяйства семьи (ДАННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНО ТОЛЬКО ДЛЯ УТВЕРЖДЕННЫХ TCA ЗАЯВИТЕЛЕЙ)

Получила ли семья утверждение от Одобрена ли семья для TCA Да Нет (Если нет, не продолжайте. Используйте направление получение TCA в процессе обработки) ДАТА УТВЕРЖДЕНИЯ: МЕСЯЦ/ДЕНЬ/ГОД

ВЫБЕРИТЕ ТИП ПРИОРИТЕТА 1: _____ УТВЕРЖДЕНО ОДОБРЕНО TCA _____ MORA/TCA

Выбранный тип ухода: _____ Формальный _____ Неформальный (сообщите родителю, если этот процесс может занять до или дольше 60 дней)

ФИО (фамилия, имя, отчество):

Дата рождения:	Пол: <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Мужской	Номер социального страхования (SSN) (опционально):
----------------	---	--

Электронный адрес клиента:

Почтовый адрес клиента:

Улица	Город	Штат	Почтовый индекс
-------	-------	------	-----------------

- Получило ли данное лицо одобрение для SSI? Да Нет
- Является ли семья бездомной? Да Нет
- Является ли глава домохозяйства семьи ветераном? Да Нет
- Занято ли данное лицо в деятельности, утвержденной одобренной TCA деятельности?
- Осуществляется ли утвержденная деятельность в центре по уходу за детьми, где зарегистрирован ребенок? Была ли одобрена деятельность в центре по уходу за детьми, если ребенок был зачислен? Да Нет
- 6. Сколько часов в неделю осуществляется утвержденная одобренная деятельность:** _____
- Какие дни в неделю посещает родитель утвержденную одобренную деятельность. Обведите эти дни кружком: Вс Пн Вт Ср Чт Пт Сб
- Сколько часов в день посещает родитель утвержденную одобренную деятельность: _____
- Осуществляется ли утвержденная одобренная деятельность в промежутке между 19:00 и 6:00, с понедельника по пятницу? Да Нет
- Осуществляется ли утвержденная одобренная деятельность родителя в любое время по субботам или воскресеньям? Да Нет
- Сколько минут В ДЕНЬ необходимо родителю, чтобы добраться в Центр ухода за детьми для осуществления утвержденной деятельности из Центра по уходу за детьми до одобренной деятельности, **в одну сторону:** _____

Раздел 2 Информация о главе домохозяйства семьи (другом родителе или опекуне)

ВЫБЕРИТЕ ТИП ПРИОРИТЕТА 1: _____ Утвержденный Одобрено TCA _____ MORA/TCA

ФИО (фамилия, имя, отчество):

Дата рождения:	Пол: <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Мужской	Номер социального страхования (SSN) (опционально):
----------------	---	--

Электронный адрес клиента:

Почтовый адрес: Улица	Город	Штат	Почтовый индекс
-----------------------	-------	------	-----------------

- Получило ли данное лицо разрешение от одобрение для SSI? Да Нет
- Является ли семья бездомной? Да Нет
- Является ли данное лицо ветераном? Да Нет
- Занято ли данное лицо в деятельности, одобренной утвержденной TCA деятельности?
- Проводится ли утвержденная деятельность в центре по уходу за детьми, где зарегистрирован ребенок? Была ли одобрена деятельность в центре по уходу за детьми, если ребенок был зачислен? Да Нет
- Сколько часов в неделю занимает утвержденная одобренная деятельность: _____
- Какие дни в неделю посещают родители утвержденную одобренную деятельность, обведите эти дни кружком: Вс Пн Вт Ср Чт Пт Сб
- Сколько часов в день посещает родитель утвержденную одобренную деятельность: _____
- Осуществляется ли утвержденная одобренная деятельность в промежутке между 19:00 и 6:00, с понедельника по пятницу? Да Нет
- Осуществляется ли утвержденная одобренная деятельность родителя в любое время по субботам или воскресеньям? Да Нет
- Сколько минут В ДЕНЬ необходимо родителю, чтобы добраться в Центр ухода за детьми для осуществления утвержденной деятельности из Центра по уходу за детьми до одобренной деятельности, **в одну сторону:** _____

Раздел 3 Сведения о ребенке (детях)					
Ребенок 1	ФИО (фамилия, имя, отчество):		Пол: <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Мужской	Дата рождения:	Номер социального страхования (не обязательно):
	Этническое происхождение:	Вы выходец из Испании/Латинской Америки?: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Варианты для этнического происхождения: • Американский индеец или коренной житель Аляски • Азиат		• Афроамериканец • Коренной гаваец или житель тихоокеанских островов • Белый
	1. Укажите родственные отношения между ребенком и родителем?				
	2. НЕОБХОДИМА ЛИ РЕБЕНКУ ПОМОЩЬ ПО УХОДУ ЗА НИМ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
	3. Есть ли у этого ребенка инвалидность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
	4. Получает ли ребенок на данный момент SSI? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите сумму из письма SSI: \$ _____				
	5. Участвует ли этот ребенок в программе Head Start? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, то укажите дату начала? <i>месяц/день/год</i>				
	6. Получает ли данный ребенок государственную помощь? Состоит ли этот ребенок в финансируемом государством дошкольном учреждении? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, то укажите дату начала? <i>месяц/день/год</i>				
	7. Посещает ли ребенок государственную школу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, какой класс он закончил: _____				
	8. В какое время будет посещать ребенок центр по уходу за ребенком детьми на протяжении учебного года: _____				
	9. Будет ли посещать ребенок перед до или после школы во время учебного года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
10. Какие дни в неделю будет посещать ребенок центр по уходу за детьми, обведите эти дни кружком: Обведите кружком дни, в которые ребенок будет посещать центр по уходу: Вс Пн Вт Ср Чт Пт Сб					
11. Будет ли ребенок посещать центр по уходу за детьми хотя бы один час в промежутке между 19:00 и 6:00, с понедельника по пятницу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					

Раздел 3 Сведения о ребенке (детях)					
Ребенок 2	ФИО (фамилия, имя, отчество):		Пол: <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Мужской	Дата рождения:	Номер социального страхования (не обязательно):
	Этническое происхождение:	Вы выходец из Испании/Латинской Америки?: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Варианты для этнического происхождения: • Американский индеец или коренной житель Аляски • Азиат		• Афроамериканец • Коренной гаваец или житель тихоокеанских островов • Белый
	1. Какие родственные отношения между ребенком и родителем?				
	2. НУЖНА ЛИ РЕБЕНКУ ПОМОЩЬ НА ПОСЕЩЕНИЕ ЦЕНТРА ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
	3. Есть ли у этого ребенка инвалидность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
	4. Получает ли ребенок на данный момент SSI? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите сумму из письма SSI \$ _____				
	5. Участвует ли этот ребенок в программе Head Start? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, то укажите дату начала? <i>месяц/день/год</i>				
	6. Получает ли данный ребенок государственную помощь? Состоит ли этот ребенок в финансируемом государством дошкольном учреждении? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, то укажите дату начала? <i>месяц/день/год</i>				
	7. Посещает ли ребенок государственную школу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, какой класс он закончил: _____				
	8. В какое время будет посещать ребенок центр по уходу за ребенком детьми на протяжении учебного года: _____				
	9. Будет ли посещать ребенок перед до или после школы во время учебного года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
12. Какие дни в неделю будет посещать ребенок центр по уходу за детьми, обведите эти дни кружком: Обведите кружком дни, в которые ребенок будет посещать центр по уходу: Вс Пн Вт Ср Чт Пт Сб					
10. Будет ли ребенок посещать центр по уходу за детьми хотя бы один час в промежутке между 19:00 и 6:00, с понедельника по пятницу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					

Раздел 4  Первичный	Первичный Раздел 5, где предполагается, что заявитель получил утверждение от одобрен для TCA и: <ol style="list-style-type: none"> 1. Клиент находится в процессе или уже был утвержден для осуществления утвержденной деятельности участвует или был одобрен для деятельности, одобренной TCA, которая начинается на протяжении 10 рабочих дней с даты подачи на утверждения направления TCA 2. Менеджер, занимающийся делами DHS TCA/MORA включил количество часов и дней в неделю, а также место нахождения для утвержденной одобренной деятельности каждого главы домохозяйства семьи 3. Только дети, перечисленные в данном направлении, дети получают помощь на уход за ребёнком. 4. Если деятельность TCA является активной, и клиент хочет добавить другого ребенка в домохозяйство завести ещё одного ребенка в семье, которому требуется финансовая помощь, клиенту необходимо связаться с менеджером по ведению делам TCA/MORA и заполнить Форму Об изменении обстоятельств.
--	--

Заполнение направления на получение помощи для ухода за ребенком DHS предоставляет полномочия Администрации Управлению штата Мериленд по предоставлению помощи на уход за ребенком уходу за детьми предоставить помощь по уходу за ребенком родителю, который был утвержден одобрен для TCA и который занимается деятельностью, утвержденной одобренной TCA/MORA деятельностью. Помощь по уходу за ребенком предоставляется из за счёт государственных средств, а информация, которая содержится в направлении и сопровождающих документах TCA или MORA соответствует действительности. Центральный отдел CCS 2 займется проверкой одобренного статуса утверждения TCA во время рассмотрения направления, и отклонит любое дело будет отклонено при отсутствии активного статуса TCA. Центральный отдел CCS 2 будет предоставлять помощь только детям, которые перечислены в Разделе 4 направления, при этом будет учитываться количество часов на уход, запрашиваемых у DHS часов на уход. Количество часов должно основываться на утвержденных одобренных направлениях TCA, а также времени поездок, указанного в дороге от Программы по уходу за ребенком до одобренной деятельности. Если утвержденная TCA деятельность для клиента, одобренная TCA, включена в программу ухода за ребенком, время поездки в дороге не нужно будет авторизовать будет одобрена. Регистрация и проверка, что помощь, полученная помощь на ребенка/семью соответствует установленным требованиям TCA и утвержденной одобренной деятельности могут подлежать проверке со стороны федеральных органов или администрации штата. При принятии повторного решения, если родителю больше не положена помощью TCA, семья должна будет соответствовать всем требованиям для получения помощи по уходу за ребенком (CCS), ему придется заполнить заявление CCS и предоставить дополнительные документы для того, чтобы заявление в CCS было утверждено одобрено или отклонено.

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, виновно 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:

Подписавшись ниже, настоящим я уполномочиваю Департамент образования штата Мериленд, Администрацию Управлению по уходу за ребенком, Отдел предоставления помощи по уходу за ребенком (MSDE/CCS), Департамент штата Мериленд Администрации по работе с персоналом (DHR/OIG) или другие структуры, которые уполномочены MDSE для обеспечения связи, обработки и получения записей, предоставляемых отдельным лицом, организацией, корпорацией, ассоциацией или государственным агентством с целью предоставления доказательств соответствия требованиям на получения помощи CCS. Вышеуказанное включает, но не ограничено ограничивается: предоставлением доказательства о деятельности TCA, занятости, финансовом состоянии (включая банковские записи), записи со школы/об образовании, об аренде/владении жильем и записи об уплате налога на доход подоходного налога в штате Мериленд. Подписавшись ниже, я подтверждаю, что являюсь лицом, подписавшим данный документ, и что я являюсь компетентным в вопросах предоставления информации между Администрацией штата Мериленд в вопросах ухода за ребенком и услугами по запросу информации для Программы запуска от имени Главы домохозяйства, зарегистрированного для участия в Программе запуска штата Мериленд, и что я компетентен дать согласие на эту передачу информации между Управлением по уходу за детьми штата Мэриленд и Программой Head Start, запрашивающей услуги от имени Главы семьи, зарегистрированного в Программе Head Start штата Мэриленд. Ксерокопия этой формы имеет силу оригинала.

АДРЕС ДЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, УТВЕРЖДЕННОЙ ОДОБРЕННОЙ TCA ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	Тип утвержденной одобренной деятельности: <input type="checkbox"/> Работа <input type="checkbox"/> Профессиональное обучение <input type="checkbox"/> Образование <input type="checkbox"/> Другое: _____
Имя и должность контактного лица утвержденной для одобренной деятельности:	Номер телефона контактного лица для утвержденной одобренной деятельности:
Подпись и дата нижеприведенного сотрудника DHS/MORA, который уполномочивает центральный отдел CCS 2 на предоставление помощи по уходу за ребенком ребенку или детям домохозяйства семьи, которая была утверждено одобрена TCA.	Дата: <i>месяц/день/год</i>
_____ Подпись сотрудника DHS/MORA	_____ ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ СОТРУДНИКА DHS/MORA
КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ DHS/MORA	
ЭЛЕКТРОННЫЙ АДРЕС: _____	Контактный номер телефона DHS/MORA _____

**НАПРАВЛЕНИЯ НЕ ПОДПИСАНЫ И НЕ ДАТИРОВАНЫ БЕЗ ПОДПИСИ И ДАТЫ
ОНИ НЕ БУДУТ ВОЗВРАЩАТЬСЯ ВОЗВРАЩЕНЫ И НЕ МОГУТ БЫТЬ ОБРАБОТАНЫ.**

Электронные подписи от Менеджера по обработке дел DHS не принимаются. Указанная на заявлении дата не должна быть старше 45 дней на момент подачи. Дата начала выдачи помощи **не может** быть раньше даты получения центральным отделом CCS 2 **и** не может начинаться ранее, чем за 10 рабочих дней после начала деятельности TCA.