



طلب التسجيل ببرنامج القدرة على دفع تكاليف رعاية الأطفال (CCAP)

سيتم تقديم جميع مدفوعات برنامج القدرة على دفع تكاليف رعاية الأطفال إلى مقدمي رعاية الأطفال نظير الخدمات المقدمة بين تاريخ البدء وتاريخ الانتهاء من خطاب المنحة. ويتحمل ولي الأمر المسؤولية عن أي خدمات رعاية تُستخدم قبل تاريخ إصدار خطاب المنحة.

خطوات استكمال وتقديم الطلب:

- اكتب البيانات بخط يد واضح ومقروء مستخدماً قلم حبر أسود
- أرسل الطلب بعد إكمال بياناته وتوقيعه بتعيين الرد على جميع الأسئلة
- أرسل نسخة من جميع الوثائق المطلوبة (انظر أدناه)
- الطلبات غير المكتملة ستأخر في المعالجة
- لطرح أي أسئلة بشأن هذا البرنامج أو الطلب، يُرجى إرسالها عبر البريد الإلكتروني ccap.dhhs@maine.gov أو الاتصال على رقم 624-7999
- إذا كنت ترغب في الحصول على معلومات حول الفحوصات التنموية، يُرجى زيارة الموقع التالي:
<https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/screening.html>

الوثائق المطلوبة:

بالنسبة لجميع البالغين في الأسرة المسؤولين عن الأطفال (منهم الزوج، شخص آخر مهم، وما إلى ذلك)

إثبات الجنسية للأطفال (شهادة الميلاد (نسخة صادرة عن الولاية)، جواز السفر، وثائق الهجرة أو التجنس) *لا تمثل بطاقات الضمان الاجتماعي دليلاً مقبولاً على الجنسية.

إثبات الإقامة لمقدم الطلب الأساسي (رخصة القيادة متضمنة العنوان الفعلي، عقد الإيجار، كشف الرهن العقاري، تسجيل السيارة، رخصة الصيد / صيد الأسماك، فواتير المرافق (الكهرباء، المياه، الغاز) مؤرخة خلال سنة واحدة من التقديم) *لا يتم قبول فاتورة الهاتف و/أو الإنترنت لإثبات الإقامة.

الجدول الدراسي الرسمي لولي الأمر (إن أمكن) لا يتم قبول برامج الدراسات العليا أو الدكتوراه.
بالنسبة لكل طالب؛ تقديم جدول دراسي رسمي حالي يوضح اسم المؤسسة واسم الطالب وأيام/وقت الحصص وتواريخ الفصول والساعات المعتمدة وخطاب المساعدة المالية ورسوم المدرسة. ويُرجى إرفاق وثيقة منفصلة تحتوي على جميع المعلومات المذكورة أعلاه لكل شخص بالغ إضافي ملتحق ببرنامج تعليمي/برنامج تدريب وظيفي.

إثبات الدخل
قسائم الراتب (آخر 4 أسابيع مؤرخة خلال 60 يوماً من تاريخ التقديم) أو وثيقة معلومات العمل (إذا كنت تتلقى أجوراً إكرامية/عمولة/مكافأة، فيجب عليك تقديم قسائم الراتب)

العمل الحر: أحدث نسخة مكتملة من الإقرار الضريبي من دائرة الإيرادات الداخلية أو أحدث كشف حساب أرباح وخسائر شهري

وثائق الحضانة أو إعالة الطفل (إن وجدت) نسخة كاملة من اتفاقية/جدول الحضانة التي أمرت بها المحكمة ووثائق الإعالة، أمر إعالة الطفل الإداري أو الطوعي الصادر عن قسم إنفاذ الإعالة والتعافي (Division of Support Enforcement and Recovery)، الوثائق الطوعية التي تشير إلى جدول الحضانة والإعالة

وثيقة معلومات مقدم الرعاية مكتملة البيانات من قبل مقدم رعاية الأطفال

أسرة مكونة من والدين، أحد الوالدين معاق (إن وجد) خطاب إعاقه موثق من إدارة الضمان الاجتماعي ومذكرة من الطبيب تشير إلى الإعاقة التي تمنعه من رعاية الأطفال

جميع الدخل غير المكتسب (إن أمكن) (خطاب منح الضمان الاجتماعي، وخطاب منح دخل الضمان التكميلي للطفل، ومنحة المعونة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF) للطفل فقط، وبيان المعاش التقاعدي/النفقة، وإعالة الطفل، والمساعدات المالية، والمزايا العسكرية، وما إلى ذلك)

وثائق الاحتياجات الخاصة التي يحددها متخصص مؤهل (إن أمكن)



وزارة الخدمات الصحية والإنسانية بولاية ماين
مكتب خدمات الطفل والأسرة (Office of Child and Family Services)

طلب التسجيل ببرنامج القدرة على دفع تكاليف رعاية الأطفال

صفحة 1

القسم 1: معلومات مقدم الطلب			
1. اسم مقدم الطلب الأساسي (الشخص البالغ المقدم للطلب):		تاريخ الميلاد:	
عنوان البريد الإلكتروني:		آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي:	
رقم هاتف المنزل:		رقم الهاتف المحمول:	
النوع:	اللغة الأساسية:	العرق:	
أصل إسباني أو لاتيني: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تحتاج إلى مترجم؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		
هل أنت وصي قانوني معين من قبل المحكمة؟ <input type="checkbox"/> نعم (إذا كان الجواب نعم، فيرجى إرفاق وثيقة إثبات الوصاية القانونية) <input type="checkbox"/> لا			
2. العنوان الفعلي: *يلزم تقديم إثبات الإقامة لمقدم الطلب الأساسي			
عنوان الشارع:			
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	المقاطعة:
3. عنوان المراسلات: (في حالة اختلافه عن المين أعلاه)			
عنوان المراسلات/رقم صندوق البريد:			
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:	المقاطعة:

القسم 2: يجب ذكر جميع أفراد الأسر الإضافيين (أطفال، زوج، شريك، وما إلى ذلك).			
4. الاسم:		تاريخ الميلاد:	
هل أنت مواطن أمريكي أم وافد مؤهل؟ <input type="checkbox"/> نعم (إذا كان الجواب نعم، فيرجى إرفاق الوثائق الخاصة بالأطفال الذين يحتاجون للرعاية) <input type="checkbox"/> لا		آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي:	
الجنس:	اللغة الأساسية:	العرق:	
أصل إسباني أو لاتيني: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	العلاقة بمقدم الطلب:		
5. الاسم:			
هل أنت مواطن أمريكي أم وافد مؤهل؟ <input type="checkbox"/> نعم (إذا كان الجواب نعم، فيرجى إرفاق الوثائق الخاصة بالأطفال الذين يحتاجون للرعاية) <input type="checkbox"/> لا		آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي:	
الجنس:	اللغة الأساسية:	العرق:	
أصل إسباني أو لاتيني: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	العلاقة بمقدم الطلب:		
6. الاسم:			
هل أنت مواطن أمريكي أم وافد مؤهل؟ <input type="checkbox"/> نعم (إذا كان الجواب نعم، فيرجى إرفاق الوثائق الخاصة بالأطفال الذين يحتاجون للرعاية) <input type="checkbox"/> لا		آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي:	
الجنس:	اللغة الأساسية:	العرق:	
أصل إسباني أو لاتيني: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	العلاقة بمقدم الطلب:		
7. الاسم:			
هل أنت مواطن أمريكي أم وافد مؤهل؟ <input type="checkbox"/> نعم (إذا كان الجواب نعم، فيرجى إرفاق الوثائق الخاصة بالأطفال الذين يحتاجون للرعاية) <input type="checkbox"/> لا		آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي:	
الجنس:	اللغة الأساسية:	العرق:	
أصل إسباني أو لاتيني: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	العلاقة بمقدم الطلب:		

القسم 3: الأسئلة

8. هل جميع الأفراد البالغين بالأسرة يعملون أو ملتحقين ببرنامح تعليم/تدريب وظيفي؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
إذا كان الجواب لا للسؤال 8: من في الأسرة لا يعمل أو غير ملتحق ببرنامح تعليم/تدريب وظيفي؟	
9. هل هذه أسرة مكونة من والدين يعمل فيها أحد البالغين أو ملتحق ببرنامح للتعليم/التدريب الوظيفي والآخر لديه إعاقة موثقة من إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) مع مذكرة طبيب تشير إلى الإعاقة التي تمنعه من رعاية الأطفال؟	لا <input type="checkbox"/> نعم (إذا كان الجواب نعم، فيرجى إرفاق الوثائق)
10. هل تم وضع الطفل تحت الوصاية القانونية لفرد بلغ سن التقاعد كما هو محدد في الضمان الاجتماعي؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
11. هل لديك ممتلكات تعادل قيمتها 1,000,000 دولار أو تزيد عنها؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
12. هل أنت بلا مأوى حاليًا؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
13. هل تتلقى معونة إسكان؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
14. هل حصلت على المعونة المؤقتة للأسر المحتاجة خلال الأشهر الاثني عشر الماضية؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
15. هل أنت موظف في مؤسسة رعاية أطفال مرخصًا؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
16. هل تتلقى معونة رعاية أطفال حاليًا من برنامج HOPE؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
17. هل تتلقى معونة تبليغ؟	لا <input type="checkbox"/> نعم* يرجى إرفاق وثائق الإثبات
18. يرجى وضع علامة إذا كنت في الوقت الحالي:	
<input type="checkbox"/> عضو في وحدة الحرس الوطني <input type="checkbox"/> عضو في وحدة الاحتياط العسكرية <input type="checkbox"/> في الخدمة الفعلية في الجيش الأمريكي	
19. هل لديك انتماء قبلي؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
20. هل تعلم أو لادك في المنزل؟	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

القسم 4: الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

21. هل يوجد أي أطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة يحتاجون للرعاية؟	لا <input type="checkbox"/> نعم (إذا كان الجواب نعم، فيرجى إرفاق الوثائق)
يقصد بالطفل ذو الاحتياجات الخاصة: (أ) طفل يبلغ من العمر ثلاثة عشر (13) عامًا وتم تشخيصه من قبل متخصص مؤهل أنه يعاني من إعاقة على النحو المحدد في المادة 602 من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (القسم 1401 من القانون الأمريكي رقم 20)، مؤهل للحصول على خدمات التدخل المبكر بموجب الجزء ج من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (القسم 1431 من القانون الأمريكي رقم 20 وما يليه)، مؤهل للحصول على الخدمات بموجب القسم 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973 (القسم من القانون الأمريكي رقم 794)، يفي بتعريف الإعاقة بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA) (P.L. 110-325)، يعتبر معرضًا لخطر المشاكل الصحية و/أو التنموية نتيجة لعوامل الخطر البيئية المحددة والتي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، التشرد و/أو سوء المعاملة و/أو الإهمال، والتسمم بالرصاص، والتعرض للمخدرات أو الكحول قبل الولادة؛ و/أو (ب) طفل يتراوح عمره بين ثلاثة عشر (13) عامًا وثمانية عشر (18) عامًا، وغير قادر جسديًا أو عقليًا على رعاية نفسه، أو يخضع لإشراف المحكمة. بالإضافة إلى ذلك، سوف تتلقى طلبًا للإفصاح عن المعلومات لسداد تكاليف مقدم الرعاية.	

القسم 5: معلومات ولي الأمر غير المتواجد

لا ينطبق إذا كان الوالدين مع الأسرة <input type="checkbox"/>	
بتعيين إكمالها للأسرة التي يقوم عليها أحد الوالدين فقط	
22. هل لديك حقوق/مسؤوليات أبوية مشتركة فيما يتعلق بدفع تكاليف رعاية الطفل؟	لا <input type="checkbox"/> نعم* يرجى إرفاق نسخة من أمر المحكمة أو الاتفاقية الموثقة
23. هل لديك أمر محكمة بمشاركة الوصاية؟	لا <input type="checkbox"/> نعم* يرجى إرفاق نسخة من أمر المحكمة أو جدول الزيارة الموثق
24. هل لديك أمر محكمة بالحصول على نفقة أطفال أو تحصل عليها طوعًا؟	لا <input type="checkbox"/> نعم* يرجى إرفاق نسخة مكتملة من أمر المحكمة. بالنسبة للمدفوعات الطوعية، يرجى تحديد المبلغ الذي تتلقاه أسبوعيًا <input type="checkbox"/> دولار/الأسبوع
لا، لا أصل على أي نفقة مالية تطوعية من الطرف الآخر	<input type="checkbox"/>
25. هل تدفع نفقة أطفال؟	لا <input type="checkbox"/> نعم* يرجى إرفاق وثائق الإثبات

جانيت تي ميلز
الحاكم

جين إم لامبرو، درجة الدكتوراه
مفوض



وزارة الخدمات الصحية والإنسانية بولاية ماين
(Maine Department of Health and Human Services)
مكتب خدمات الطفل والأسرة (Child and Family Services)
11 State House Station
2 Anthony Avenue
Augusta, Maine 04333-0011
هاتف 624-7999 (207)، الهاتف المجاني: 680-5866 (877)
رقم المبرقة الكاتبة: اتصل برقم 711 (محوّل ماين) فاكس: 287-6308 (207)

صفحة 4

يلزم التوقيع

أشهد تحت طائلة الحنث باليمين أن هذه المعلومات المقدمة صحيحة إلى حد علمي.

وأدرك أن هذه المعلومات ستُقدم إلى دائرة الخدمات الصحية والإنسانية بغرض استخدامها في إدارة هذا البرنامج.

وأفوض الوكالة للتحقق من صحة هذه المعلومات بأي وسيلة ضرورية.

أوافق على إبلاغ وزارة الخدمات الصحية والإنسانية وبرنامج القدرة على دفع تكاليف رعاية الأطفال في غضون عشرة أيام من حدوث أي مما يلي

1. التوقف عن العمل أو حضور برنامج التعليم أو التدريب الوظيفي و/أو
2. تغيير مقدم خدمات رعاية الأطفال و/أو
3. إذا تجاوز دخل الأسرة أكثر من خمسة وثمانين بالمائة (85٪) من متوسط الدخل المحدد من الولاية (SMI). و / أو
4. إذا تجاوز دخل الأسرة أكثر من مائة وخمس وعشرين بالمائة (125٪) من متوسط الدخل المحدد من الولاية

أقر وأوافق على قواعد برنامج القدرة على دفع تكاليف رعاية الأطفال المتوفرة عبر الموقع: www.maine.gov/dhhs/ocfs/support-for-families/child-care/paying-for-child-care

قد تستغرق مراجعة الطلب لدى الدائرة نحو 15 يوماً.

توقيع مقدم الطلب الأساسي (التوقيع المطبوع غير مقبول)

التاريخ

توقيع مُعد الطلب (إن وجد)

التاريخ

يُرجى التوقيع على جميع الصفحات والوثائق وتاريخها وإرجاعها عن طريق البريد أو البريد الإلكتروني أو الفاكس:

البريد الإلكتروني: CCAP.DHHS@Maine.gov

الفاكس: (207) 287-6308

البريد: مكتب خدمات الطفل والأسرة (Office of Child and Family Services)
برنامج القدرة على دفع تكاليف رعاية الأطفال
2 Anthony Avenue 11 State House Station
Augusta, ME 04333-0011



برنامج القدرة على دفع تكاليف رعاية الأطفال- وثيقة معلومات مقدم رعاية الأطفال
يُرجى مطالبة مقدم رعاية الأطفال بإكمال هذا النموذج وإعادته إليك لاستكمال ملفات الطلب

مقدم رعاية الأطفال مسؤول عن استكمال النموذج	
1. اسم ولي الأمر:	
2. اسم الطفل (أسماء الأطفال):	
3. التاريخ المتوقع أن يبدأ فيه الطفل برنامجك (لا يمكن إصدار فواتير الرعاية حتى تلقي خطاب المنحة ويبدأ الطفل برنامج الرعاية فعلياً):	

معلومات مقدم الرعاية	
1. اسم الشركة:	2. ساعات عمل مقدم الرعاية (على سبيل المثال: 7 صباحًا - 5 مساءً):
3. ساعات الخدمة قبل المدرسة أو بعدها (على سبيل المثال: 7 صباحًا - 8 صباحًا/3 مساءً - 5 مساءً):	
4. اسم جهة الاتصال:	5. رقم الهاتف:
6. العنوان:	
7. عنوان البريد الإلكتروني:	
8. نوع مقدم الرعاية: (حدد مما يلي)	
<input type="checkbox"/> مرخص	رقم الرخصة/رقم فواتير برنامج القدرة على دفع تكاليف رعاية الأطفال:
<input type="checkbox"/> مقدم الرعاية المعفى من الترخيص	*قد تستغرق معالجة أوراق صحيفة الحالة الجنائية ما يصل إلى 45 يومًا* *سُترسل أوراق إضافية لإكمالها*
<ul style="list-style-type: none">• يجب أن يبلغ من العمر 18 عامًا وألا يُقيم في العنوان ذاته الذي يُقيم فيه الطفل (الأطفال)، و• لا يمكنه مراقبة سوى طفلين كحد أقصى• يجب أن يكون من سكان ولاية ماين لمدة 6 أشهر	
حدد خيارًا:	
في منزل مقدمي الرعاية: <input type="checkbox"/> لا توجد علاقة <input type="checkbox"/> ذو علاقة (يجب توضيح العلاقة بالطفل)	_____
في منزل الطفل: <input type="checkbox"/> لا توجد علاقة <input type="checkbox"/> ذو علاقة (يجب توضيح العلاقة بالطفل)	_____
برنامج الأطفال في سن المدرسة/برنامج ترقيته <input type="checkbox"/>	

تقر بالتوقيع أدناه على أن برنامج القدرة على دفع تكاليف رعاية الأطفال لا يدفع المنحة بأثر رجعي وتقع على عاتق ولي الأمر مسؤولية جميع الدفعات حتى استلام خطاب المنحة. وإذا كنت مقدم رعاية جديدًا ببرنامج القدرة على دفع تكاليف رعاية الأطفال، فستحصل على أوراق إضافية بتعيين استكمالها.

اسم مقدم الرعاية (يُرجى الكتابة بخط واضح): _____ اللغة المفضلة: _____

توقيع مقدم الرعاية: _____ التاريخ: _____

التوقيع المطبوع غير مقبول

وثيقة معلومات صاحب العمل
يرجى مطالبة المشرف أو موظفي الموارد البشرية بإكمال هذا النموذج

معلومات العمل		<input type="checkbox"/> لا ينطبق
1. اسم صاحب العمل:		
2. اسم الموظف:		
3. الراتب/الأجر في الساعة:	4. تاريخ التوظيف:	5. تاريخ إعادة التوظيف:
6. هل مواعيد العمل تتضمن راحة غير مدفوعة مدتها 30 دقيقة؟		7. هل تتقاضى أجرك أسبوعياً أم كل أسبوعين أم شهرياً؟
8. هل تتلقى في هذا المنصب إكراميات أو عمولات أو مقابل وقت إضافي أو مكافآت؟ إذا كان الجواب نعم، فيجب عليك تقديم أي قسائم دفع.		

مواعيد عمل الموظف: (على سبيل المثال: 8 صباحاً - 5 مساءً)							
الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	إجمالي عدد الساعات

***ملاحظة:** إذا كانت مواعيد عمل الموظف متغيرة، فيرجى توضيح مواعيد العمل للأربعة أسابيع الماضية* إذا لم يعمل الموظف لمدة أربعة أسابيع كاملة، فيرجى تقدير الساعات المتوقعة للأسابيع المتبقية*

تواريخ بداية/نهاية الأسبوع (يوم/شهر/عام - يوم/شهر/عام)	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	إجمالي عدد الساعات

أشهد تحت طائلة الحنث باليمين أن هذه المعلومات صحيحة إلى حد علمي.

اسم المشرف/موظف الموارد البشرية (طباعة):

توقيع المشرف/موظف الموارد البشرية:
*التوقيع المطبوع غير مقبول

عنوان البريد الإلكتروني:

رقم الهاتف:

التاريخ:
