



بخصوص: طلب معلومات مقدم الرعاية غير المرخص له

عزيري مقدم الرعاية:

مرحبًا بكم في برنامج إعانة رعاية الطفل التابع لإدارة الخدمات الصحية والإنسانية. يساعد هذا البرنامج في سداد مقابل رعاية الأطفال للعائلات المؤهلة من حيث دخلها، ممن يعملون أو يحضرون برنامجًا تعليميًا معتمدًا. يُرجى إعادة الرزمة المرفقة في غضون أسبوعين من تاريخ هذا الخطاب.

يجب أن يكون عمر مقدم الرعاية 18 عامًا على الأقل. وقد لا يقيم مقدمو الرعاية للأطفال في العنوان ذاته الذي يقيم فيه الأطفال.

- اتفاقية مقدم رعاية كاملة
- صحيفة معلومات مقدم الرعاية للأطفال
- خطاب أهلية صحيفة الحالة الجنائية صادر من مكتب خدمات الطفل والأسرة (يجب أن تحتفظ المراكز الترفيحية بجميع خطابات أهلية موظفي الرعاية المباشرة في ملف)
- نموذج مورد جديد بولاية ماين
- يُرجى توفير نسخة من صحيفة تسجيل دخول وخروج فارغة.
- يجب إكمال تدريب الصحة والسلامة عبر الإنترنت في غضون 90 يومًا من التاريخ الذي تصبح فيه مقدم رعاية معتمدًا من برنامج إعانة رعاية الطفل.
- إذا كنت تود تلقي دفعات إعانة رعاية الطفل عن طريق الإيداع المباشر، يُرجى تعبئة نموذج الإيداع المباشر المرفق مع إرفاق شيك مُلغى أو خطاب من مؤسستك المالية يؤكد معلومات الحساب.
- أسعار سوق رعاية الطفل، الأسعار القصوى (مرفقة)

تمويل هذا البرنامج محدود. إذا كان الوالد أو الوصي مؤهلاً للحصول على إعانة بيد أن التمويل غير متاح، فسيُوضع اسمه على قائمة الانتظار حتى يصبح التمويل متاحًا.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بي على رقم 1-877-680-5866، أو إرسال بريد إلكتروني إلى
CCSP.DHHS@maine.gov

للوصول إلى الموقع الإلكتروني لبرنامج إعانة رعاية الطفل، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني:

<http://www.maine.gov/dhhs/ocfs/ec/occhs/step.htm>

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،
أخصائي الموارد المالية



اتفاقية مقدم رعاية الطفل المُعفى من ترخيص إعانة رعاية الطفل

للتأهل كمقدم رعاية طفل مُعفى من الترخيص (يشير إلى مقدم رعاية طفل غير حاصل على ترخيص لتقديم خدمات رعاية الأطفال)، يجب أن يكون مقدمو الرعاية أياً مما يلي:

1. يعني مقدم رعاية الطفل في المنزل مقدم رعاية أطفال مُعفى من الترخيص يبلغ من العمر ثمانية عشر (18) عاماً أو أكبر، وأحد سكان ولاية ماين، ويوفر خدمات رعاية الأطفال لما لا يزيد عن طفلين في منزل الطفل.
2. يعني مقدم رعاية الطفل المُعفى من الترخيص مقدم رعاية أطفال لا يتعين أن يكون مرخصاً له توفير خدمات رعاية الطفل لما لا يزيد عن طفلين، ويبلغ من العمر ثمانية عشر (18) عاماً أو أكبر، وأحد سكان ولاية ماين، ولا يقيم في المنزل ذاته.
3. يعني البرنامج الترفيهي مقدم خدمات رعاية الأطفال غير المقيم والمُعفى من الترخيص على النحو الذي تحدده قواعد ترخيص رعاية الطفل.

يجب أن يوافق مقدم رعاية الطفل على جميع ما يلي:

1. يجب أن يوفر مقدمو الرعاية خدمات رعاية الأطفال على النحو المبين وفقاً لقواعد إعانة رعاية الطفل بالولاية.
2. كل 5 سنوات، يتعين على مقدم رعاية الطفل المرخص له والمُعفى من الترخيص (باستثناء مقدمي رعاية الطفل من الأقارب) استكمال صحيفة الحالة الجنائية لجميع الموظفين الحاليين والمحتملين، وجميع البالغين المقيمين في مكان توفير خدمات رعاية الطفل، وكذا أي أفراد تنطوي أنشطتهم على رعاية الأطفال أو الإشراف عليهم أو من يملكون وصولاً غير خاضع للإشراف إلى الأطفال، ومقدم أو مقدمة رعاية الطفل نفسه أو نفسها كما هو مطلوب بموجب القانون الفيدرالي (45 C.F.R. § 98.43). ويجب أن يكون بحوزة مقدم الرعاية والمالك والمدير وجميع موظفي الرعاية المباشرة خطاب أهلية صحيفة الحالة الجنائية محفوظ في ملف ومتاح للمحققين. ويجب تقديم نسخة من خطابات أهلية صحيفة الحالة الجنائية إلى برنامج إعانة رعاية الطفل قبل أن يصبح إصدار منح الوالدين ممكناً. وحتى تصدر منحة الوالدين، تقع على عاتق الوالد مسؤولية سداد جميع الدفعات إلى مقدم رعاية الطفل. ولا يؤرخ برنامج إعانة رعاية الطفل المبالغ المسددة بتاريخ سابق.

- a. باستخدام متصفح الويب على الكمبيوتر، قم بزيارة الموقع الإلكتروني: <https://www.identogo.com/> وانتقل لأسفل حتى "Find the nearest Identogo center" (العثور على أقرب مركز Identogo) للبحث بحسب الرمز البريدي أو "Search for services by state" (البحث عن الخدمة بحسب الولاية) للبحث حسب الولاية. حدد "Digital fingerprinting" (البصمة الرقمية).
- b. إذا لم يكن بمقدورك الاتصال بالإنترنت، فيمكنك الاتصال بالرقم المجاني (855)-667-7422 لتحديد موعد. وسيطلب منك في حالة اتصالك تقديم معلومات بدلاً من استكمال هذه الخطوات بنفسك.
- c. انقر فوق "Schedule a New Appointment" (تحديد موعد جديد) واختر اللغة التي ترغب في استخدامها لتحديد الموعد (الإنجليزية أو الإسبانية).
- d. اختر وكالة التوظيف أو الترخيص المناسبة (رعاية الطفل بدائرة الصحة والخدمات البشرية) كاسم وكالتك وانقر فوق "go" (انتقال).

- e. اختر نوع مقدم الطلب المناسب (المنشأة المرخصة، أو رعاية عائلية للطفل، أو مقدم رعاية مُعفى من الترخيص) وانقر فوق "go".
- f. حدد السبب وراء البصمة أو رقم وكالة الحالة المنشئة أو أرقام التعريف الأخرى التي تطلبها وكالة التوظيف أو الترخيص بالنقر فوق "go" بعد كل منها.
- g. حدد المكان الذي ترغب في تقديم بصمة إصبعك به. ويمكنك اختيار منطقة من الولاية، أو النقر فوق الخريطة، أو إدخال الرمز البريدي للحصول على قائمة بالمواقع في منطقة معينة. اضغط على "go".
- h. انقر فوق الكلمات، "Click to Schedule" (انقر لتحديد موعد) مقابل المكان الذي تريده، وتحت اليوم الذي ترغب في تقديم بصمة إصبعك به. وإذا كنت تريد تاريخًا لاحقًا في المستقبل، فانقر فوق رابط "Next Week" (الأسبوع المقبل) لعرض مزيد من التواريخ. وبمجرد تحديد مجموعة المكان/التاريخ، فحدد وقت الموعد وانقر فوق "go".
- i. أكمل صفحة المعلومات الديموغرافية. ويُشار إلى الحقول المطلوبة بعلامة نجمة حمراء (*). وعند الاكتمال، انقر فوق "Send Information" (إرسال المعلومات).
- j. يُرجى تأكيد المعلومات. اتبع التعليمات الظاهرة على الشاشة لإجراء أي تغييرات ضرورية. وبمجرد أن ترى أن البيانات صحيحة، انقر فوق "Send Information".
- k. اطبع صفحة التأكيد الخاصة بك.
- l. أحضر معك مستندات الهوية المعتمدة إلى الموعد. ويتم تحديد خيارات المستندات المعتمدة عند تأكيد الموعد.
- m. احرص على الوصول إلى المنشأة في التاريخ والوقت المحددين.
- n. سيتحقق مسؤول التسجيل من هويتك بالموقع، ويتحقق كذلك من معلوماتك وسدادك ويأخذ بصمات أصابعك ويقدم بياناتك. ويستغرق هذا الأمر في العادة أقل من خمس دقائق.
- o. ستستلم إيصلاً موقعاً عليه بنهاية جلسة أخذ بصمات الأصابع يمكن تقديمه إلى وكالتك لإثبات بصمات الأصابع، إن لزم الأمر.
- p. احرص على موافاة برنامج إعانة رعاية الطفل بنسخة من خطاب الأهلية الخاص بك.
3. يجب أن يكون جميع مقدمي رعاية الطفل والمعلمين والمديرين المرتبطين بمقدمي رعاية الطفل (باستثناء مقدمي رعاية الطفل من الأقارب) قد حصلوا على الحد الأدنى من تقييم الجودة بخطوة واحدة من مركز Maine Roads to Quality وأن يكونوا قد أكملوا التدريب التوجيهي المعتمد من جانب الدائرة والذي يشمل على الأقل، معايير الصحة والسلامة المبينة أدناه، في غضون تسعين (90) يوماً تقويمياً من بداية تعاملهم مع الأطفال على النحو المطلوب بموجب القانون الفيدرالي (45 C.F.R. § 98.41).
- a. يُرجى زيارة Maine Roads to Quality PDN على الموقع الإلكتروني: <https://mrtq.org/> للوصول إلى التدريب التوجيهي المجاني لمدة ست 6 ساعات على الصحة والسلامة عند الطلب أو التدريب السنوي على الصحة والسلامة.
- b. فيما يتعلق بتدريب و/أو المساعدة الفنية لمقدم رعاية الطفل، أو الخط الساخن للإدراج أو المساعدة في الوقاية من الطرد والتعليق، يُرجى الاتصال برقم (844) 209-5964 أو تفضل بإرسال رسالة إلى البريد الإلكتروني mrtq.warmline@maine.edu
4. يتعين على مقدمي الرعاية إبلاغ أي كيان معيّن تابع لولاية أو إقليم أو قبيلة عن أي إصابات خطيرة أو حالات وفاة بين الأطفال في أماكن رعاية الأطفال.
5. يجب على مقدمي الرعاية إخطار دائرة الخدمات الصحية والإنسانية في ولاية ماين في حالة ظهور أي أمراض معدية أو تهديدات محتملة للصحة العامة.

6. يجب على جميع العاملين في مجال رعاية الأطفال أن يكونوا مراسلين مفوضين؛ وهو ما يعني أن موظفي رعاية الأطفال يتعين عليهم الإبلاغ عن أي حادث مشتبه به يتعلق بإساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم، ويلتزمون بإكمال تدريب المراسلين المفوضين على الأقل مرة واحدة كل 4 أعوام والمعتمد من جانب الدائرة. يمكن العثور على التدريب في الموقع التالي: <https://www.maine.gov/dhhs/ocfs/mandated-reporters.shtml>
7. يجب على مقدمي الرعاية قبول جميع الإحالات الواردة من دائرة الخدمات الصحية والإنسانية دون تمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو النسب أو العمر أو الجنس أو الدين أو حالة الاحتياجات الخاصة.
8. تحصيل رسوم الوالدين:
- a. حصل رسوم الوالدين الأسبوعية على النحو المحدد في خطاب منح إعانة رعاية الطفل.
- b. افرض سعرًا إجماليًا لا يتجاوز السعر المُحصَّل من الآباء الآخرين لمقدم رعاية الطفل نظير خدمات رعاية الطفل المماثلة.
- c. احتفظ بدفتر يومية للإيصالات النقدية لجميع الرسوم التي يتم تحصيلها من الآباء الذين يتلقون إعانة رعاية الطفل وقدم إيصالات لهؤلاء الآباء مقابل رسوم الوالدين التي يدفعونها.
- d. رد أي مدفوعات زائدة إلى الآباء في غضون ثلاثين (30) يومًا.
9. السداد
- a. يجب إكمال نموذج فاتورة السداد الخاصة بدائرة الخدمات الصحية والإنسانية والتوقيع عليه وإعادته إما بواسطة البريد العادي أو البريد الإلكتروني أو عبر الإنترنت أو عن طريق الفاكس كل أسبوعين وفقًا لجدول الفواتير الصادر من جانب دائرة الخدمات الصحية والإنسانية وذلك بغرض معالجة النموذج. ويجوز لمقدم الرعاية تقديم فواتير عن الأسابيع السابقة في موعد غايته الجمعة في تمام الساعة 5:00 مساءً. ويجب على مقدم الرعاية تقديم فواتير عن الأسابيع السابقة في موعد أقصاه الأربعاء في تمام الساعة 12:00 ظهرًا.
- b. لا يمكن لمقدمي الرعاية تقديم الفواتير والتصحيحات التي مضى عليها أكثر من ستين (60) يومًا.
- c. يجب على مقدم رعاية الطفل الاحتفاظ بنظام لتسجيل الأيام وعدد الساعات التي يقضيها الطفل (الأطفال) في رعاية مقدم رعاية الطفل. ويجب أن يسجل هذا النظام حالات الغياب غير المقبولة وحالات الغياب الواقعة لسبب معقول لكل طفل في سجل الحضور. وسيطلب من الآباء التوقيع على سجلات الحضور هذه أو على نظام معرف فريد لبيان موافقتهم على عدد ساعات الرعاية المقدمة بصورة أسبوعية. ويجب الاحتفاظ بسجلات الحضور لمدة ثلاث (3) سنوات على الأقل.
- d. للاستمرار في تقديم خدمات رعاية الطفل، ستدفع الدائرة لمقدم رعاية الطفل مقابل الإجازات الفيديرالية والإجازات على مستوى الولاية، حتى أربعة (4) أيام تدريب، وحتى أسبوع واحد من وقت أجازة مقدم رعاية الطفل في فترة اثني عشر (12) شهرًا.
- e. تحتفظ دائرة الخدمات الصحية والإنسانية بالحق في إجراء مراجعات ميدانية أو مكتبية غير معلن عنها لمقدمي رعاية الطفل ممن يتلقون إعانة رعاية الطفل.
- f. بموجب القانون الفيديرالي، وباعتبارك مقدم رعاية طفل في المنزل، يمكن اعتبارك موظفًا لدى الوالد بشرط حصولك على أدنى أجر، فضلًا عن خضوعك لضريبة استقطاع وربما تخضع لمتطلبات قانون معايير العمل العادلة.

10. الإبلاغ

a. عندما يبلغ مقدم رعاية الطفل الدائرة بأن الطفل قد سجّل غيابًا غير مقبول لأكثر من عشرين (20) ساعة في الشهر، سيتم إرسال خطاب إلى الوالد يوضح السياسة المتعلقة بحالات الغياب غير المقبول. وعندما يتغيب طفل عن البرنامج لأكثر من أسبوعين متتاليين للسبب المعقول ذاته، يجب على مقدم رعاية الطفل الحصول على موافقة خطية مسبقة من الدائرة لمواصلة سداد إعانة رعاية الطفل.

i. يعني **الغياب غير المقبول** عدم حضور الطفل في دائرة رعاية الطفل لمدة تزيد عن يومين تقويميين شهريًا دون سبب معقول أو موافقة مسبقة من الدائرة.

ii. يعني **السبب المعقول** الأسباب المعتمدة من جانب الدائرة لغياب الطفل من برنامج مقدم رعاية الطفل والتي قد تشمل، دون أن تقتصر على: العطلات الفيدرالية/على مستوى الولاية؛ أو أيام عطلة الآباء؛ أو الطقس العاصف الذي يتحول إلى يوم ثلجي حيث تغلق المدارس المحلية أبوابها أمام الطلاب؛ أو مرض الطفل أو أحد أفراد العائلة المباشرين؛ أو المواعيد؛ أو مشاكل النقل التي تؤثر على قدرة الوالد على نقل الطفل إلى الرعاية؛ أو الزيارات العائلية: حالات الطوارئ العائلية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، الجراحة أو العلاجات الطبية أو الحوادث أو الأحداث الكارثية التي تؤثر على العائلة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، الحرائق أو العواصف أو الحوادث.

iii. أثناء العطلات الصيفية، سيتعين وضع حالة برنامج إعانة رعاية الطفل "قيد الانتظار" فيما يتعلق بالأطفال غير المتلقين للرعاية بسبب ترتيبات زيارة الوالدين.

b. أبلغ دائرة الخدمات الصحية والإنسانية على الفور إذا أنهى الوالد خدمات رعاية الطفل قبل تاريخ الانتهاء المصرح به في خطاب أو عقد منحة إعانة رعاية الطفل. ويُرجى توضيح ما إذا كان قد تم سداد رسوم الوالدين عن الأسبوعين الماضيين بالكامل.

c. أبلغ دائرة الخدمات الصحية والإنسانية، مقدما قبل إنهاء الخدمات باثني عشر (12) يومًا تقويميًا على الأقل.

d. سيُعتبر الأطفال في سن المدرسة إذا بلغوا من العمر خمس (5) سنوات في تاريخ 15 أكتوبر أو قبله، وما لم يتم إخطار الدائرة بأن الطفل لن يذهب إلى المدرسة، فسينطبق سعر سن المدرسة على الفواتير؛

e. فيما يتعلق برعاية الأطفال في سن المدرسة، ستطبق الرعاية الكاملة على الإجازات المدرسية. وستعتمد الرعاية لبعض الوقت ونصف الوقت وربع الوقت على عمل الوالد والجدول المدرسي للطفل.

11. حفظ السجلات

a. احتفظ بجميع خطابات منح إعانة رعاية الطفل المستخدمة لإكمال نموذج فواتير السداد لمدة ثلاثة (3) أعوام على الأقل.

- b. يُرجى السماح لدائرة الخدمات الصحية والإنسانية بالاطلاع على جميع السجلات (بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الإيصالات النقدية والدفاتر وسجلات الحضور).
- c. حافظ على سرية جميع السجلات والمعلومات الأخرى المتعلقة بالأباء و/أو الأطفال، باستثناء عمليات الإفشاء المصرح بها إلى موظفي دائرة الخدمات الصحية والإنسانية أو موظفي الوكالة الآخرين على مستوى الولاية أو الفيدراليين المفوضين بموجب القانون

12. الأسعار

- a. تسري أسعار عقد الإعانة طوال فترة هذه الاتفاقية. وعندما يُبلغ الوالد عن تغيير في ظروف تؤدي إلى تغيير في رسوم الوالدين و/أو دفعة إعانة رعاية الطفل، سيصبح التغيير ساريًا بعد إعادة تحديد الأهلية وتنفيذ منح إعانة رعاية الطفل الجديدة.
- b. يجب ألا تكون أسعار منحة رعاية الطفل للوالدين أعلى من الأسعار المفروضة على الوالدين بالقطاع الخاص مقابل نوع البرنامج ذاته. وإذا كان مقدم رعاية الطفل يطبق سياسة تتطلب إيداعًا لمرة واحدة أو دفع رسوم تسجيل أو رسوم طلب لجميع الآباء، فسيكون الوالد مسؤولًا عن سداد تلك الرسوم.
- c. بمجرد التسجيل، تكون الرسوم الوحيدة التي يتعين على الوالد الذي يحصل على إعانة رعاية الطفل سدادها هي رسوم الوالدين، باستثناء تلك الرسوم المنصوص عليها في قواعد إعانة رعاية الطفل. ولا يجوز فرض أي رسوم أو تكاليف أخرى على الوالد. كذلك، لا يجوز فرض رسوم الوالدين إلا في أسابيع تحرير فاتورة برنامج إعانة رعاية الطفل.
- d. تحقيقًا لغرض التسجيل وتحرير الفواتير نظير رعاية الأطفال الرضع والأطفال الصغار والأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، يكون وقت الرعاية الكامل ثلاثين (30) ساعة أو أكثر أسبوعيًا؛ على أن يكون وقت الرعاية الجزئي أكثر من عشرين (20) ساعة لكن أقل من ثلاثين (30) ساعة أسبوعيًا؛ وأن تكون الرعاية لنصف الوقت أكثر من عشر (10) ساعات لكن أقل من عشرين (20) ساعة أسبوعيًا؛ وأن تكون الرعاية لربع الوقت أكثر من ساعة (1) واحدة لكن أقل من عشر (10) ساعات أسبوعيًا. ويجب أن تتزامن الفواتير مع هذه الساعات.
- e. تحقيقًا لغرض التسجيل وتحرير الفواتير نظير رعاية الأطفال في سن المدرسة، يكون وقت الرعاية الكامل ثلاثين (30) ساعة أو أكثر أسبوعيًا؛ على أن يكون وقت الرعاية الجزئي أكثر من إحدى عشرة (11) ساعة لكن أقل من ثلاثين (30) ساعة أسبوعيًا؛ وأن تكون الرعاية لنصف الوقت أكثر من ست (6) ساعات لكن أقل من إحدى عشرة (11) ساعة أسبوعيًا؛ وأن تكون الرعاية لربع الوقت أكثر من ساعة (1) واحدة لكن أقل من ست (6) ساعات أسبوعيًا. وتتزامن الفواتير مع هذه الساعات.
- f. يمكن أن تستمر إعانة رعاية الطفل حتى سن اثني عشر (12) عامًا أو عندما يبلغ من العمر ثلاثة عشر (13) عامًا أثناء فترة المنحة ويمكن أن تضم طفلًا ما بين عمر الثالثة عشر (13) والثامنة عشر (18) عامًا والذي قرر أخصائي أنه طفل معاق.

13. مسؤوليات الدائرة

- a. عندما يكون نموذج فاتورة مقدم رعاية الطفل خاليًا من الأخطاء ويتم تقديمه إلى الدائرة في غضون الإطار الزمني المنصوص عليه في اتفاقية مقدم الرعاية الماثلة، فستدفع الدائرة لمقدم رعاية الطفل في غضون واحد وعشرين (21) يومًا تقويميًا من الاستلام.

b. احرص على موافاة مقدم رعاية الطفل بنسخة من إخطار الإنهاء الصادر إلى الوالد أو استخدم نموذجاً بديلاً للإخطار عندما يكون من الضروري عدم مشاركة معلومات حساسة مع مقدم رعاية الطفل.

14. زيارات الموقع

a. اسمح بزيارات الموقع لموظفي دائرة الخدمات الصحية والإنسانية. وقد تشمل زيارات الموقع زيارات عشوائية غير معلن عنها وزيارات مخطّط لها.

b. شجّع على زيارة الوالد والطفل للبرنامج قبل القبول.

c. شجّع على مشاركة الآباء واسمح لهم بوصول غير محدود وزودهم بمعلومات عن أنشطة برنامج الطفل.

*راجع قائمة التحقق من صحة وسلامة مقدم رعاية الأطفال المُعفى من الترخيص المرفقة للحصول على معلومات بخصوص زيارة المراقبة الخاصة بك.

مقدم رعاية الطفل المُعفى من الترخيص
القائمة المرجعية لمراقبة الصحة والسلامة

يُرجى العلم أنه يجب عليك الامتثال لجميع ما يلي.

- السماح لدائرة الخدمات الصحية والإنسانية بأداء مراقبة سنوية للمقر الذي أقدم فيه خدمات الرعاية على أن يشكّل توقيعي إذنًا بدخول العقار ومعاينته.
- ضمان أن يكون في حوزة مقدم الرعاية والمسؤول والمدير وجميع موظفي الرعاية المباشرين خطابات أهلية صحيفة الحالة الجنائية محفوظة في ملف.
- التأكد من استخدام مقدم الرعاية لأساليب إيجابية في التوجيه مع الطفل أو الأطفال.
- التأكد من إشراف مقدم رعاية الطفل على جميع الأطفال في جميع الأوقات، بما في ذلك، على الأقل، الإشراف الداخلي، الذي قد يكون إشرافًا بصريًا وصوتيًا في الهواء الطلق (بما في ذلك السباحة)، والذي يجب أن يكون عن طريق البصر.
- عند موافقة برنامج إعانة رعاية الطفل على نقل مقدم الرعاية للأطفال، يجب عليه:
 - حيازة رخصة قيادة سارية.
 - اتباع جميع قوانين القيادة، بما في ذلك استخدام مقاعد السيارة وأحزمة الأمان.
 - اتباع قانون ولاية ماين، الذي يحظر التدخين داخل السيارة بصحبة أي أطفال تحت سن السادسة عشرة عامًا (16).
- التأكد من وجود هاتف يعمل داخل منزل مقدم رعاية الطفل.
- يجب الحفاظ على سلامة المبنى والمقر وحمايتهما من المخاطر والمسطحات المائية وحركة المركبات. يجب أن تكون جميع المواد الخطيرة بعيدة عن متناول الأطفال.
- يجب تخزين جميع الأسلحة النارية والذخيرة بشكل منفصل وقلعها والاحتفاظ بها بعيدًا عن متناول جميع الأطفال.
- يتعين وضع خطة استعداد للطوارئ مكتوبة وستتضمن، على الأقل، ما يلي:
 - معلومات الاتصال بالوالدين أو معلومات الاتصال الثانوية في حالة الطوارئ.
 - لوائح الإسعافات الأولية ودليل يشرح كيفية استخدامها.
 - إذن خطي من والد كل طفل يسمح بالحصول على علاج طارئ لطفله.
 - وسيلة لإخطار الوالد على الفور بأي إصابة تتطلب علاجًا طارئًا.
 - فهم طرق الوقاية والاستجابة لحالات الطوارئ الناجمة عن ردود الفعل تجاه الطعام أو ردود الفعل التحسسية.
 - اتباع الإجراءات المعمول بها في حالات الإخلاء وإعادة التوطين والإبواء في المكان والإغلاق وإثبات وقت ممارسة كل منها (على الأقل، بشكل سنوي).

الامتثال لمعايير السلامة من الحرائق والمخاطر والسموم، التي تنص على:

- أجهزة الكشف عن الدخان التي تعمل دون تغيير والمعتنى بها جيداً.
- مخرجان على الأقل خاليان من العوائق مثل الأبواب المغلقة أو المخزن أو العوائق المحتملة من الأجسام الكبيرة القريبة التي يمكن أن تسقط وتسد المخارج.
- طفايات الحريق، المشحونة بصورة ملائمة، والتي يسهل وصول البالغين إليها.
- إذن خطي من والد الطفل يسمح بتوفير دواء غير منتهي الصلاحية سواء أكان يُصرف بوصفة طبية أو بدونها للطفل.
- يُنصح بغسل اليدين بعد استخدام المرحاض وتغيير الحفاضات، وقبل إعداد الطعام.

نسخة من سجلات تحصين كل طفل/رضيع.

يجب تنفيذ ممارسات النوم الآمن للأطفال الرضع وتشمل وضع الطفل الرضيع للنوم على ظهره وعلى فراش ثابت وفي مكان خالٍ من المخاطر التي قد تسبب الاختناق أو الخنق.

يجب إبعاد جميع المخاطر المسببة للاختناق/البلع بعيداً عن متناول الأطفال الرضع.

يجوز لدائرة الخدمات الصحية والإنسانية التحقق من أن مقدم رعاية الطفل يمثل لجميع الفقرات المذكورة أعلاه. وسيكون أمام مقدمي رعاية الطفل الذين ثبت عدم امتثالهم لما سبق ثلاثون (30) يوماً للامتثال. وقد يؤدي استمرار عدم الامتثال بعد مرور الثلاثين (30) يوماً إلى إنهاء المشاركة في برنامج إعانة رعاية الطفل.



اتفاقية مقدم رعاية الطفل المُعفى من ترخيص برنامج إعانة رعاية الطفل

اسم مقدم الرعاية: _____
العنوان الفعلي: _____
عنوان المراسلات: _____
المقاطعة: _____ رقم الهاتف: _____ الفاكس: _____
اللغة: _____ البريد الإلكتروني: _____
الضمان الاجتماعي / رقم تعريف صاحب العمل: _____ تاريخ الميلاد: _____ رقم الفاتورة: _____
(مقدم الرعاية الحالي فقط)

نوع مقدم رعاية الطفل (ضع دائرة حول الخيار المناسب):
مقدم رعاية الطفل في المنزل (في منزل الوالد)
مقدم رعاية الطفل المُعفى من الترخيص
برنامج ترفيهي

هل سبق لك أن تعرضت لعقوبة إلغاء ترخيص رعاية الطفل؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى ذكر تاريخ الإلغاء ورقم الترخيص _____
يُرجى ذكر السعر الذي تتقاضاه نظير توفير الرعاية على مدى ساعات. وإذا كان السعر غير مكتمل، فستحصل على سعر السوق الحالي.

سعر وقت رعاية كامل	سعر وقت رعاية جزئي	سعر الرعاية لنصف الوقت	سعر الرعاية لربع الوقت	
30+ ساعة أسبوعيًا	29-20 ساعة أسبوعيًا	19-10 ساعة أسبوعيًا	9-1 ساعات أسبوعيًا	طفل رضيع (6 أسابيع < 13 شهرًا)
30+ ساعة أسبوعيًا	29-20 ساعة أسبوعيًا	19-10 ساعة أسبوعيًا	9-1 ساعات أسبوعيًا	سعر رعاية الطفل الصغير (13 شهرًا حتى 36 شهرًا)
30+ ساعة أسبوعيًا	29-20 ساعة أسبوعيًا	19-10 ساعة أسبوعيًا	9-1 ساعات أسبوعيًا	سعر رعاية الأطفال في سن مرحلة ما قبل المدرسة (36 شهرًا للمُسجّلين في حضارة بوقت كامل
30+ ساعة أسبوعيًا	29-11 ساعة أسبوعيًا	10-6 ساعات أسبوعيًا	5-1 ساعات أسبوعيًا	سعر رعاية الطفل في سن المدرسة (مسجل في مدرسة)

هل تتقاضى رسوم تسجيل؟ نعم لا

تواريخ سريان اتفاقية مقدم رعاية الطفل

لا تصبح أسعار برنامج إعانة رعاية الطفل سارية حتى يتم اعتمادها من جانب دائرة الخدمات الصحية والإنسانية، ولا يمكن تعديل هذه الأسعار إلا بصورة سنوية أو بمجرد إتمام هذه الاتفاقية. ولا تصبح هذه الاتفاقية سارية إلا بتوقيع كلا الطرفين عليها. وتظل هذه الاتفاقية سارية حتى 2024/05/07 وفي هذا الوقت يجب توقيع اتفاقية جديدة إذا كان يتعين مواصلة توفير خدمة الرعاية. ويجوز إنهاء الاتفاقية من جانب أي من الطرفين بموجب إخطار خطي قبل الإنهاء باثنا عشر (12) يوماً أو تعليقها في الحال في حالة اتخاذ إجراء طارئ من جانب دائرة الخدمات الصحية والإنسانية.

أدرك أنني أبرم هذه الاتفاقية بصفتي مفاوضاً مستقلاً ولا يجوز، بأي حال من الأحوال، اعتباري موظفاً لدى حكومة الولاية أو الحكومة الفيدرالية. وأوافق أيضاً على إبراء ذمة حكومة الولاية والحكومة الفيدرالية من أي أضرار تلحق بالأفراد أو الممتلكات قد تنشأ عن تقديم الخدمات بموجب هذه الاتفاقية.

أمنح إذني لدائرة الخدمات الصحية والإنسانية للاطلاع على معلوماتي من دائرة الخدمات الصحية والإنسانية وإدارة المركبات، والتي تتعلق بقدرتي على رعاية الأطفال.

أفهم السياسات الواردة في هذه الاتفاقية وأوافق على الامتثال لها بشكل كامل. وبالإضافة إلى ذلك، أشهد بأن الأسعار المدرجة معتمدة وفقاً لسياسة إعانة رعاية الطفل. وأفهم أنه عند إجراء مراجعة إضافية لمعلومات الأسعار من جانب دائرة الخدمات الصحية والإنسانية، فيجب تقديم مبرر لدعم الأسعار، أو سيتم تعديل الأسعار وفقاً لذلك.

التوقيع مطلوب: يُرجى التوقيع على الاتفاقية وتاريخها وإعادتها

أشهد تحت طائلة الحنث باليمين أن هذه المعلومات صحيحة على حد علمي. وأدرك أن هذه المعلومات ستقدم إلى دائرة الخدمات الصحية والإنسانية بغرض استخدامها في إدارة هذا البرنامج. وأفوض الوكالة للتحقق من صحة هذه المعلومات بأي وسيلة ضرورية.

التاريخ

توقيع مقدم رعاية الطفل

التاريخ

توقيع ممثل دائرة الخدمات الصحية والإنسانية

► أعد النموذج المستكمل إلى:

البريد الإلكتروني CCSP.DHHS@Maine.gov
أو الفاكس 6308-287-207

Child Care Subsidy Program
2 Anthony Avenue
11 State House Station
Augusta, ME 04333-0011



نقل الأطفال

إذا كنت تود نقل الأطفال، فإن برنامج إعانة رعاية الطفل يشترط استكمال فحص إدارة المركبات. يُرجى استكمال المعلومات التالية:

الاسم
الاسم قبل الزواج
تاريخ الميلاد
العنوان

ستحرمك الاستنتاجات التالية من القدرة على نقل الأطفال، وهي الإدانة بالقيادة تحت تأثير الكحول أو القيادة بأسلوب يعرض الآخرين للخطر في غضون الثلاثة (3) أعوام الأخيرة، أو أكثر من إدانة واحدة بالقيادة تحت تأثير الكحول، مع كون آخر إدانة في آخر خمس (5) سنوات؛ أو ثلاث (3) إدانات أو أكثر في آخر خمس (5) سنوات بسبب القيادة بسرعة تتجاوز عشرين (20) ميلاً في الساعة بما يتجاوز حد السرعة من جانب مقدم رعاية الطفل، أو تعليق رخصة القيادة وقت تقديم الطلب من جانب مقدم رعاية الطفل.

في حالة الموافقة، ستستلم خطاب الموافقة على النقل الذي يجب الاحتفاظ به في ملف لأغراض مراجعات الموقع. ويجب إكمال فحوصات إدارة المركبات مع كل تجديد لاتفاقية مقدم الرعاية.

التوقيع:
التاريخ:

ولاية ماين
دائرة الخدمات الصحية والإنسانية
مكتب خدمات الطفل والأسرة
برنامج إعانة رعاية الطفل - صحيفة معلومات مقدم رعاية الطفل



يرجى مطالبة مقدم رعاية الطفل بإكمال هذا النموذج	
مقدم رعاية الطفل مسؤول عن استكمال النموذج	
1. اسم الوالد:	
2. اسم الطفل (أسماء الأطفال):	
3. ما هو الموعد المتوقع لحضور الطفل للبرنامج؟	
معلومات مقدم الرعاية	
1. الاسم التجاري:	2. ما هو مستوى خطورة نظام تقييم الجودة وتحسينها:
3. اسم جهة الاتصال:	4. رقم الهاتف:
5. العنوان:	
6. عنوان البريد الإلكتروني:	
7. هل تشارك في الوقت الحالي في نظام تقييم وتحسين الجودة بولاية ماين؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
8. نوع مقدم الرعاية: (حدد مما يلي)	
<input type="checkbox"/> مرخص	رقم الترخيص:
<input type="checkbox"/> مقدم رعاية مُعفى من الترخيص	*قد تستغرق معالجة أوراق صحيفة الحالة الجنائية ما يصل إلى 45 يومًا* *سُتُرسل أوراق إضافية لإكمالها*
<ul style="list-style-type: none"> • يجب أن يبلغ من العمر 18 عامًا وألا يُقيم في العنوان ذاته الذي يُقيم فيه 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"/> ليس من الأقارب <input type="checkbox"/> من الأقارب (يجب ذكر العلاقة)	
في منزل الطفل: <input type="checkbox"/> ليس من الأقارب <input type="checkbox"/> من الأقارب (يجب ذكر العلاقة)	
برنامج الأطفال في سن المدرسة/برنامج ترفيهي <input type="checkbox"/>	

تقر بالتوقيع أدناه أن برنامج إعانة رعاية الطفل لا يدفع المنح بأثر رجعي وتقع على عاتق الوالد مسؤولية جميع الدفعات حتى استلام خطاب المنحة. وإذا كنت مقدم رعاية جديد ببرنامج إعانة رعاية الطفل، فستحصل على أوراق إضافية يتعين إكمالها.

اسم مقدم الرعاية (مطبوعاً): _____ اللغة المفضلة: _____ التاريخ: _____ توقيع مقدم الرعاية: _____

*** التوقيع مطلوب. يُرجى التوقيع على صحيفة المعلومات وتاريخها وإعادتها إلى العنوان التالي:**

Department of Health and Human Services
Office of Child and Family Services
Child Care Subsidy Program
2 Anthony Avenue
11 State House Station
Augusta, ME 04333-00111

لمستخدمي الهاتف النصي، يُرجى الاتصال
بمركز ماين 711

الرقم المجاني: 1-877-680-5866

الفاكس: (207) 6308-287

الهاتف: (207) 7999-624

البريد الإلكتروني: CCSP.DHHS@Maine.gov



نموذج تفويض المورد ونموذج W-9 البديل الخاص بولاية ماين

الغرض: إنشاء حساب لدى نظام المحاسبية بولاية ماين أو تحديثه. استكمل هذا النموذج في حالة: (1) استلام دفعة من ولاية ماين، و/أو (2) ما إذا كنت مورداً يوفر خدمات أو سلع لولاية ماين.
يحل هذا النموذج محل نموذج IRS W-9 لكل لغة IRS W-9؛ "إذا قدم لك مقدم الطلب نموذجاً غير نموذج W-9 لطلب رقم التعريف الضريبي الخاص بك، فيجب عليك استخدام نموذج مقدم الطلب إذا كان مطابقاً بدرجة كبيرة لنموذج W-9 هذا".

يجب إكمال جميع البنود المميزة بعلامة النجمة (*).

أعد النموذج:
عن طريق البريد إلى
الوكالة التي طلبت النموذج
أو أرسلته إليك، أو الوكالة
التي تتعامل معها.
(أي... DHHS /
العمل / DEP / التعليم/الخ).

نوع الطلب*: (يجب تحديد خيار).

طلب | موقع جديد/إدخال
جديد | إضافي
تغيير (اختر) الاسم القانوني الاسم التجاري
عنوان الدفع عنوان الطلب معلومات جهة الاتصال

رقم معرف دافع الضرائب* (TIN) (يرجى ذكر معرف واحد فقط)

رقم الضمان الاجتماعي (SSN) - - أو رقم المعرف الفيدرالي لصاحب العمل -

نوع المنظمة*: فرد أو شركة

التصنيف*: فرد ملكية فردية شركة أجنبية (مطلوب نموذج W8) شراكة أمانة حكومة ولاية حكومة أخرى أخرى أجنبي غير مقيم

الاسم القانوني (يجب ذكر: الاسم القانوني المقدم لدى دائرة الإيرادات الداخلية المرتبط برقم الهوية، رقم الضمان الاجتماعي = الاسم الأول والاسم الأخير/رقم المعرف الفيدرالي لصاحب العمل = الاسم التجاري)

الاسم القانوني الاسم المستعار/الاسم التجاري

معلومات أخرى: رقم عميل المورد (إذا كان معروفاً) VC#/VS# رقم الحساب/العميل/مقدم الرعاية (إذا كان معروفاً)

عنوان الدفع*: عنوان الفواتير العنوان الإداري الخاص بي هو العنوان ذاته.

العنوان عناية
المدينة/الولاية/الرمز البريدي الهاتف

جهة الاتصال*:

الاسم الهاتف الرقم
البريد الإلكتروني أرسل إلى إخطارات عبر البريد الإلكتروني بالإيداع المباشر/تحويل الأموال الإلكتروني (يتطلب ذلك إكمال نموذج الإيداع المباشر/تحويل الأموال الإلكتروني)

عنوان المشتريات/العنوان الفعلي*: عنوان الفواتير العنوان الإداري الخاص بي هو العنوان ذاته.

العنوان عناية
المدينة/الولاية/الرمز البريدي الهاتف

جهة الاتصال*:

الاسم الهاتف الرقم الداخلي
البريد الإلكتروني

**المفوض بالتوقيع،
واللقب والتاريخ الحالي***

تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين، أشهد: (1) أن الرقم الموضح في هذا النموذج هو رقم تعريف دافع الضرائب الصحيح الخاص بي، و (2) أنني لا أخضع للاقتطاع الضريبي الاحتياطي بسبب: (أ) أنني مُعفى من الاقتطاع الضريبي الاحتياطي، أو (ب) عدم إخطاري من دائرة الإيرادات الداخلية بأنني خاضع للاقتطاع الضريبي الاحتياطي نتيجة عدم الإبلاغ عن جميع الفوائد أو أرباح الأسهم، أو (ج) أن دائرة الإيرادات الداخلية أخطرتني بأنني لم أعد خاضعاً للاقتطاع الضريبي الاحتياطي و (3) أنني مواطن أمريكي أو شخص أمريكي آخر (حسب تعريف دائرة الإيرادات الداخلية). المرجع: www.irs.gov

لاستخدام المكتب فقط

معلومات عن وكالة الولاية التي ترسل نموذج المورد

لاستخدام المكتب فقط

رقم هاتف جهة الاتصال

اسم جهة الاتصال بالوكالة ولقبه

وكالة الولاية ورقم SHS

ولاية ماين
نموذج المورد الجديد وتحديث المورد
التعليمات

State of Maine Substitute W-9 & Vendor Authorization Form
PURPOSE: To establish or update an account with the State of Maine's accounting system.
This form replaces the DCS W-9 form per the DCS W-9 language. If a taxpayer gives you a form other than Form W-9 to request your TIN, you cannot use the taxpayer's form if it is substantially similar to this Form W-9.
Complete this form if: 1) You will receive payment from the State of Maine; 2) You are a vendor who provides services or goods to the State of Maine; and/or 3) You are a U.S. citizen with valid Tax ID Number (SSN/EIN). Reset Form

All items with an asterisk (*) needs to be completed.

TYPE OF REQUEST: (Must select one.)
 New Request New Location/Additional Entry Change (Choose) Legal Name DBA Name
 Payment Address Ordering Address Contact Info

1 **TAXPAYER ID NUMBER* (TIN)** (Provide ONE only)
 Social Security Number (SSN)
 Federal Employer ID Number (FED#)

2 **Organization Type*** choose one
 Individual Company
 Classification* choose ONE
 Individual Sole Proprietorship Corporation Foreign (W9 required) Partnership Nonresident Alien Trust State Gov't Other Gov't Other

3 **LEGAL NAME** (Must provide: Legal name filed with IRS tied to the ID number; SSN/first & last name/EIN/business owner)
 Legal Name*
 Alias/DBA

4 **Other Info**
 Vendor Customal Number of known VCA/VSE
 Account/Client/Provider Number (if known)

5 **Payment Address*** My Billing Address Admin. Address is the same.
 Address
 City/State/Zip
 Phone

6 **Contact***
 Name
 Phone
 Ext
 Email

7 **Procurement/Physical Address*** My Billing Address Admin. Address is the same.
 Address
 City/State/Zip
 Phone

8 **Contact***
 Name
 Phone
 Ext
 Email

9 **Authorized Signature**
 Title & Current Date*
 I certify that the above information is accurate & correct as of the current date signed on this form. I am responsible for updating & maintaining my information on a regular basis by written communication via this form or via the internet at the Vendor Self Service web site.

10 **OFFICE USE ONLY**
 Information on State Agency Submitting Vendor Form
 State Agency & SACS #
 Agency Contact Person Name & Title
 Contact Phone #

11 **OFFICE USE ONLY**

1. نوع الطلب
 .a هل الطلب جديد؟
 .b أترغب في إضافة موقع؟ (إدخال فرعي إلى آخر قائم).
 .c هل هناك تغييرات على الطلب القائم؟ ضع علامة أمام النوع.
 رقم معرف دافع الضرائب الفيدرالي
 .a هذا هو رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك إذا كنت فردًا ويتم السداد على هذا الأساس. أو
 .b هذا هو رقم تعريف صاحب العمل إذا كنت شركة ويتم السداد على هذا الأساس.
2. ملاحظة: حدد خيارًا أو الآخر ولا تحدد كليهما. وإذا لم يُقدم أحدهما، فلن تتم معالجة النموذج.
 3. نوع المنظمة
 .a فرد إذا قدمت رقم الضمان الاجتماعي أعلاه.
 .b شركة إذا قدمت رقم تعريف صاحب العمل أعلاه.
4. ملاحظة: حدد خيارًا يطابق الرقم المذكور أعلاه. (انظر الأسهم)
 نوع التصنيف
 .a رقم الضمان الاجتماعي (SSN) = فرد = ملكية فردية / أجنبي غير مقيم ~ (استخدم الاسم الأول والآخر للأخير للشخص في حقل الاسم القانوني).
 .b رقم تعريف صاحب العمل (EIN) = شركة = مؤسسة / أجنبي / شراكة / أمانة / حكومة الولاية / حكومة أخرى / غير ذلك ~ (استخدم اسم الشركة في حقل الاسم القانوني)
5. الاسم القانوني
 .a الاسم القانوني: الاسم الأول والآخر للأخير للشخص في حالة توفير رقم الضمان الاجتماعي أعلاه. أو اسم الشركة في حالة توفير رقم تعريف صاحب العمل أعلاه.
 .b الاسم المستعار/الاسم التجاري: يتم إدخال الاسم المستعار أو الاسم الذي يُعرف به أيضًا أو الاسم التجاري هنا.
 6. معلومات أخرى (يُرعى إضافتها بالإضافة إلى رقم معرف دافع الضرائب). (وليس بدلًا منه)
 .a رمز المورد وهو رقم معين بواسطة ميزة نظام المحاسبة بولاية ماين. وعادةً ما يكون رقم VC أو VS (إذا كان معروفًا)
 .b يمكن أن يكون قد تم تعيين رقم الحساب/العميل/مقدم الرعاية بواسطة دائرة الصحة والخدمات البشرية/دائرة العمل أو معرف المزود الوطني. (إذا كان معروفًا)
7. عنوان الدفع
 .a العنوان = الشارع أو عنوان صندوق البريد (ليس كليهما)
 .b C/O = يتم ذكر لعناية من في هذه المساحة.
 .c المدينة والولاية والرمز البريدي
 .d الهاتف = رقم هاتف الاسم القانوني المذكور أعلاه.
8. عنوان الفواتير و/أو عنوان الإدارة متطابقان. (تضم الميزة 4 أنواع من العناوين وهي: الدفع/الشراء/الفواتير/الإدارة)
 جهة الاتصال
 .a اسم جهة الاتصال للعنوان المذكور أعلاه الذي يمكننا الاتصال به بالإشارة إلى المدفوعات.
 .b رقم هاتف جهة الاتصال والرقم الداخلي للعنوان المذكور أعلاه.
 .c البريد الإلكتروني لجهة الاتصال للعنوان المذكور أعلاه.
9. إخطار بالبريد الإلكتروني بالإيداع المباشر/تحويل الأموال الإلكتروني (يتطلب إكمال نموذج الإيداع المباشر/تحويل الأموال الإلكتروني).
 .a العنوان الفعلي / عنوان الشراء ~ تابع البنود من أ - د في رقم 7 بالإشارة إلى العقود.
 .b جهة الاتصال ~ تابع البنود من أ - ج في رقم 8 بالإشارة إلى العقود.
 .c المفوض بالتوقيع ولقبه وتاريخه
 .d الشخص المفوض بإدخال التغييرات للفرد (بنفسه إذا كان النموذج لنفسه) أو الشركة.

يجب على مقدم رعاية الطفل الاحتفاظ بنظام لتسجيل الأيام وعدد الساعات التي يقضيها الطفل (الأطفال) في رعاية مقدم رعاية الطفل. يُطلب من الآباء التوقيع على سجلات الحضور هذه لبيان موافقتهم على عدد ساعات الرعاية المقدمة بصورة أسبوعية. يجوز لبرنامج إعانة رعاية الطفل طلب نُسخ من صحيفة تسجيل الدخول/الخروج، يُرجى الاحتفاظ بهذه السجلات.

يرجى الاحتفاظ بها في سجلاتك.

التاريخ:

اليوم	اسم الطفل	وقت التوصيل	وقت الاضطحاب	إجمالي ساعات الرعاية أثناء النهار	توقيع الوالد	سبب الغياب
*السبت						
*الأحد						
الاثنين						
الثلاثاء						
الأربعاء						
الخميس						
الجمعة						

التاريخ:

اليوم	اسم الطفل	وقت التوصيل	وقت الاضطحاب	إجمالي ساعات الرعاية أثناء النهار	توقيع الوالد	سبب الغياب
*السبت						
*الأحد						
الاثنين						
الثلاثاء						
الأربعاء						
الخميس						
الجمعة						

*الرعاية خارج الساعات المقررة في يومي السبت والأحد وما بين الساعة 6 مساءً حتى 6 صباحًا، من الاثنين إلى الجمعة

يجب على مقدم رعاية الطفل الاحتفاظ بنظام لتسجيل الأيام وعدد الساعات التي يقضيها الطفل (الأطفال) في رعاية مقدم رعاية الطفل. يُطلب من الآباء التوقيع على سجلات الحضور هذه لبيان موافقتهم على عدد ساعات الرعاية المقدمة بصورة أسبوعية. يجوز لبرنامج إعانة رعاية الطفل طلب نسخ من صحيفة تسجيل الدخول/الخروج، يُرجى الاحتفاظ بهذه السجلات.

يرجى الاحتفاظ بها في سجلاتك.

التاريخ:

اليوم	اسم الطفل	وقت التوصيل	وقت الاضطحاب	إجمالي ساعات الرعاية أثناء النهار	توقيع الوالد	سبب الغياب
*السبت						
*الأحد						
الاثنين						
الثلاثاء						
الأربعاء						
الخميس						
الجمعة						

التاريخ:

اليوم	اسم الطفل	وقت التوصيل	وقت الاضطحاب	إجمالي ساعات الرعاية أثناء النهار	توقيع الوالد	سبب الغياب
*السبت						
*الأحد						
الاثنين						
الثلاثاء						
الأربعاء						
الخميس						
الجمعة						

*الرعاية خارج الساعات المقررة في يومي السبت والأحد وما بين الساعة 6 مساءً حتى 6 صباحًا، من الاثنين إلى الجمعة

ولاية ماين
طلب التنشيط/التغيير للإيداع المباشر / تحويل الأموال الإلكتروني

حدد خيارًا
جديد
تغيير

نتطلب منك إرسال شيك مُلغى أو خطاب
من البنك الذي تتعامل معه للتحقق من
الحساب.

Dept. of Health & Human Services/OCFS
CCSP Child Care Subsidy Program
11 State House Station
Augusta ME 04333-0011

يرسل بالبريد
إلى:

وكالة الولاية أو الدائرة التي تتعامل معها. (أي.. دائرة الخدمات الصحية والبشرية/العمل/DEP)

حدد خيارًا
رقم الضمان
الاجتماعي
رقم تعريف
صاحب العمل

رقم معرف دافع
الضرائب الخاص
بالمدفوع لأمره*
*رقم معرف دافع الضرائب مطلوب ~ رقم معرف صاحب العمل أو رقم الضمان
الاجتماعي

اسم المدفوع لأمره

اسم جهة الاتصال ورقم الهاتف (إذا كان
مختلفًا عن المدفوع لأمره)

أدرج رقم VC أو رقم VS

رمز المورد

رقم رمز المورد (VC/VS) لكل نموذج ويمكن تقديمه بواسطة الوكالة.

أفوض ولاية ماين بإرسال تفاصيل دفعة الإيداع المباشر/تحويل الأموال
الإلكتروني إلى عنوان البريد الإلكتروني المتوفر.

عنوان المدفوع لأمره
(الشارع/الرمز البريدي، المدينة
والولاية والرمز البريدي)

البريد
الإلكتروني

من خلال التوقيع على هذا المستند وإعادته، فإنك توافق على ما يلي:

أنا، الموقع أدناه، أفوضك بتحويل الدفعات بصورة إلكترونية إلى الحساب المقدم أدناه. وأفوض/نفوض الوكالة بتسجيل القيود الدائنة والقيود المدينة (فقط بغرض تصحيح الائتمان الخاطي بشرط أن
تخطرن/تخطرننا الوكالة كتابة بالسبب قبل تسجيل القيد المدين) في حسابي/حسابنا في المؤسسة المالية المذكورة أدناه. وأوافق/نوافق على إخطار مكاتب الوكالة على الفور عند اكتشاف أي أخطاء
ناجمة عن المعاملات بموجب هذا التفويض وإخطار مكاتب الوكالة بأي تغييرات قد تؤثر على التعليمات أو على قدرة الوكالة للاعتماد عليها. ويجوز لي/لنا إلغاء هذا التفويض في أي وقت بإخطار
الوكالة كتابيًا. وللتفويض بتوفير الخدمات المذكورة أعلاه لي/لنا، أوافق/نوافق على إبراء ذمة الوكالة وولاية ماين من أي خسائر أو تكاليف أو أضرار أو نفقات قد انتكبتها/نتكبتها نتيجة للأخطاء في
الودائع أو القيود الدائنة أو القيود المدينة التي تسبب فيها أشخاص ليسوا موظفين بالوكالة أو بولاية ماين.

معلومات البنك القديم: هذا القسم مخصص للتغييرات فقط- لإعداد معلومات بنك جديد، يُرجى التخطي إلى القسم الجديد أدناه.

الاسم المبين في الحساب
رقم التوجيه
(رقم التحويل/ABA)

اسم المؤسسة المالية
رقم الحساب

حدد خيارًا
توفير
جاري

عنوان المؤسسة المالية (الشارع/الرمز البريدي
والولاية والرمز البريدي والهاتف)

يجب أن تخطرننا بالتغييرات المدخلة على اسمك وعنوانك ومعلومات الاتصال عن طريق إكمال نموذج تنشيط/تغيير مورد. يمكنك الحصول على نماذجنا على
الموقع الإلكتروني: <http://www.maine.gov/osc/forms/index.shtml> (تحت قسم المورد).

معلومات البنك الجديد: *معلومات البنك الجديد مطلوب تسجيلها في هذا المستند.

الاسم المبين في الحساب*
رقم التوجيه*
(رقم التحويل/ABA)

اسم المؤسسة المالية*
رقم الحساب*

حدد خيارًا
توفير
جاري

عنوان المؤسسة المالية (الشارع/الرمز البريدي
والولاية والرمز البريدي والهاتف)

نتطلب منك إرسال شيك مُلغى أو خطاب من البنك الذي تتعامل معه للتحقق من الحساب.

توقيع المدفوع لأمره* التاريخ

(مستلم المنفعة) أو وكيل معتمد (لا يجب التعبئة، يجب التوقيع بعد الكتابة بخط واضح)

لن تتم معالجة النماذج غير المكتملة

لاستخدام الوكالة فقط
اسم جهة اتصال الوكالة

التاريخ

رقم SHS

رقم الهاتف

FEET_V6 11/14/14

ولاية ماين - تعليمات من أجل: طلب إيداع مباشر/تنشيط تحويل الأموال الإلكتروني/التغيير

A. يُرسل بريد إلى: يجب عليك إعادة هذا النموذج وأي من النماذج الأخرى إلى وكالة ولاية ماين التي تتعامل معها. ويجب ذكر عنوان الوكالة هنا. لا ترسله إلى مكتب مراقب الولاية.

B. لاستخدام الوكالة فقط: هذا خاص بوكالة ولاية ماين التي تطلب إكمال معلوماتك. ولا يتعين عليك كتابة أي شيء هنا.

يجب عليك تعبئة معلوماتك بنفسك أو بواسطة ممثل قانوني نيابة عنك. (ليس بواسطة موظف الولاية). وتقع على عاتقك مسؤولية توفير معلومات دقيقة. (ويجوز لنا طلب إثبات رقم الضمان الاجتماعي).

1. **نتطلب منك إرسال شيك مُلغى أو خطاب من البنك الذي تتعامل معه للتحقق من الحساب.** ويجب أن يضمن هذا اسمك وعنوانك ورقمي التوجيه والحساب سواء في شيك مطبوع مسبقاً أو في ترويسة الخطاب الصادر من البنك. (لا تقبل قسائم الإيداع أو الشيكات المبدئية).
2. **جديد أم تغيير:** هل تغيّر معلومات البنك أو تضيف معلومات بنك جديد؟ حدد خياراً. ويمكنك تخطي هذا إذا كنت غير متأكد.
3. **اسم المدفوع لأمره:** هو أنت. **اسم/رقم هاتف جهة الاتصال:** هو أنت أو شخص ما يمكنه مناقشة المعلومات نيابةً عنك. **عنوان المدفوع لأمره:** هو عنوان المراسلات الخاص بك. هذه الحقول مطلوبة.
4. **رقم معرف دافع الضرائب الخاص بالمدفوع لأمره:** هذا هو رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بك إذا كنت تدفع شخصياً أو رقم تعريف ضريبة صاحب العمل (EIN) إذا كنت تمتلك نشاطاً تجارياً. حدد خياراً واحداً فقط. هذا الحقل مطلوب.
5. **رمز المورد:** قد تعرف رقم رمز المورد وهو غير مطلوب من جانبك. ويمكن للوكالة إضافة هذه المعلومات إلى النموذج نيابةً عنك. وقد لا تملك رقم رمز المورد لأنك جديد.

6. **البريد الإلكتروني:** للإخطار بالإيداع المباشر عن طريق البريد الإلكتروني. ويُستلم هذا الإخطار عادةً قبل فترة من 3 إلى 5 أيام من إيداعك لدورة عادية. علامة الاختيار: أفوض ولاية ماين في إرسال تفاصيل دفعة الإيداع المباشر/تحويل الأموال الإلكتروني إلى عنوان البريد الإلكتروني المدرج. ضع علامة في الخانة إذا كنت ترغب في استلام إخطار بالبريد الإلكتروني. وهذا الأمر اختياري.
7. **من خلال التوقيع على هذا المستند وإعادته، فإنك توافق على ما يلي:** يجب أن تقرأ الشروط والأحكام. ولا يمكن إدخال تغييرات على الشروط والأحكام. ولا تقيد ولاية ماين أي ديون على حسابك دون إخطارك عبر الخزانة أو البنك الخاص بك. واحتمالات هذا الأمر ضئيلة. ويسمح لنا هذا بفتح دفعتك إلى حسابك.
8. **معلومات البنك القديم:** هذا هو المكان الذي ستنقل إليه معلوماتك المصرفية القديمة إذا كنت تقوم بالتغيير من رقم حساب أو بنك إلى رقم حساب أو بنك جديد. وهذا غير مطلوب، لكنه مُفضّل.
9. **معلومات البنك الجديد:** أدخل معلومات البنك الجديد هنا. والاسم المبين في الحساب واسم البنك وعنوانه. هذا الحقل مطلوب.
10. **رقم التوجيه والحساب:** أدخل رقمي التوجيه والحساب هنا. ويجب أن يتطابقا مع المستندات الاحتياطية. هذا الحقل مطلوب.
11. **توفير أم جاري:** حدد خياراً واحداً فقط. هذا الحقل مطلوب.
12. **التوقيع والتاريخ:** يتعين عليك التوقيع على هذا النموذج وتاريخه أو سيتعذر علينا معالجة الطلب. هذا الحقل مطلوب.

*لا يمكننا معالجة النماذج غير المكتملة. وفي حالة عدم اكتمال أحد العناصر المطلوبة، فلا يمكننا معالجة الطلب. وسنُعيد النموذج إلى وكالة ولاية ماين التي تتعامل معها أو سيتم ترميزه. 2015/19/11

تدريب توجيهي مجاني على الصحة والسلامة عند الطلب

للموصول إلى التدريب التوجيهي على الصحة والسلامة الجديد، يُرجى اتباع التعليمات الواردة أدناه:

1. ابدأ من صفحة تسجيل الدخول لسجل Maine Roads to Quality Registry:

<https://mrtq-registry.org/>

2. سجّل الدخول باستخدام اسم مستخدم وكلمة مرور Maine Roads to Quality Registry.*



3. بمجرد تسجيل الدخول، انقر فوق "Enroll" (تسجيل) أسفل عنوان "On-demand Training" (التدريب عند الطلب)

4. حدد توجيه الصحة والسلامة 2019 (أعلى الصفحة).



5. تحت "My courses" (دوراتي)، حدد Health and Safety Orientation On Demand (توجيه الصحة والسلامة عند الطلب).



أصبحت الآن مسجلاً في التدريب! إذا كانت لديك أسئلة بخصوص كيفية تقييم هذا التدريب أو استكمالها، يُرجى الاتصال بشبكة Maine Roads to Quality Professional Development Network على mrtq.training@maine.edu أو اتصل على 1-888-900-0055.

* إذا لم تكن أحد أعضاء سجل Maine Roads to Quality Registry، فيُرجى النقر فوق "Join" (انضمام) لإنشاء اسم مستخدم وكلمة مرور. ولا تحتاج إلى الانضمام إلى السجل للوصول إلى هذا التدريب.



تحرير الفواتير عبر الإنترنت لمقدم رعاية برنامج إعانة رعاية الطفل المعتمد

في إطار الجهود المبذولة للحد من تكاليف البريد والورق، يشجّع برنامج إعانة رعاية الطفل على إصدار الفواتير عبر الإنترنت. ويُرجى قراءة التعليمات الواردة أدناه لاستخدام حسابات الفواتير عبر الإنترنت. ويضمن تحرير الفواتير عبر الإنترنت أن معلومات الفواتير تم استلامها في الوقت المحدد.

تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني: <https://gatewav.maine.gov/DHHS/ccsp/Account/ProviderLogin.aspx>

➤ انقر فوق الرابط الذي يفيد "انقر هنا للتقدم بطلب لفتح حساب مقدم رعاية جديد".

عندما تفتح الصفحة، أدخل المعلومات الآتية:

- رقم معرّف الترخيص/مقدم الرعاية، والمكوّن من ست 6 خانات.
 - إذا لم تكن تعلم رقم معرّف الترخيص/مقدم الرعاية، فاتصل بمتخصص برنامج إعانة رعاية الطفل على الرقم 1-877-680-5866 أو إذا استلمت فواتير ورقية، فيمكن العثور عليه في الركن الأيمن العلوي من الصفحة.
- أدخل الاسم الأول والاسم الأخير للمستخدم الجديد.
 - المستخدم هو الشخص الذي يدخل معلومات الفواتير لمقدم رعاية الطفل. وقد يكون هذا الشخص هو المالك أو المدير أو المحاسب أو مسؤول الدفاتر الخاص بمركز رعاية الطفل أو المنشأة أو المنزل.
- أدخل عنوان البريد الإلكتروني للمستخدم الجديد.
 - تحقق من العنوان الفعلي للعمل
 - تحقق من عنوان مراسلات العمل
 - إذا تم إدخال عنوان فعلي و/أو عنوان مراسلات خطأ، فلن تظهر معلومات الفواتير المناسبة.
 - اتصل بأخصائي برنامج إعانة رعاية الطفل على الرقم 1-877-680-5866
- اقرأ بيان إبراء الذمة وضع علامة في خانة الاختيار للإقرار بأنك قد قرأت بيان إبراء الذمة وتفهمه.
- انقر فوق SUBMIT! (إرسال!)

برنامج إعانة رعاية الطفل
الجدول الأسبوعي للفواتير، يوليو 2021 حتى أغسطس 2022

يتبع برنامج إعانة رعاية الطفل جدول فواتير مرة كل أسبوعين. وتُقدم النماذج بعد اكتمال الرعاية، ولكن ليس قبل الجمعة في تمام الساعة 5:00 مساءً. باتباع الجدول الزمني أدناه. وسيتم رفض أي فواتير يتم تقديمها في وقت مبكر. ولمعالجة الفواتير، يجب استلامها من دون أي أخطاء قبل ظهر يوم الأربعاء. عندما يكون نموذج فاتورة مقدم رعاية الطفل خاليًا من الأخطاء مع تقديمه إلى الدائرة في غضون الفترة الزمنية المنصوص عليها، فستدفع الدائرة لمقدم رعاية الطفل في غضون واحد وعشرين (21) يومًا تقويميًا من الاستلام. ولن تدفع الدائرة لمقدم رعاية الطفل الذي لم يقدم فاتورة في غضون ستين (60) يومًا تقويميًا من الموعد النهائي المحدد لتقديمها من جانب الدائرة.

تحتفل ولاية ماين بقائمة العطلات الآتية. وقد تُغلق المكاتب ويتأخر إصدار الفواتير خلال هذه الأسابيع. يوم رأس السنة الجديدة، ويوم مارتن لوثر كينغ جونيور، ويوم الرئيس، ويوم الوطنيين، ويوم الذكرى، وعيد الاستقلال، وعيد العمال، ويوم الشعوب الأصلية، ويوم المحاربين القدامى، وعيد الشكر، واليوم التالي لعيد الشكر، وعيد الميلاد.

لمزيد من المعلومات عن الفواتير والسداد، يُرجى الرجوع إلى اتفاقية مقدم الرعاية الخاص بك.

تواريخ تقديم الفواتير بهدف معالجتها.	دورة تحرير الفواتير مرة كل أسبوعين
الجمعة 13/08 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 18/08 بحلول الظهر	13/8-31/07
الجمعة 27/08 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 01/09 بحلول الظهر	27/08-14/08
الجمعة 10/09 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 15/09 بحلول الظهر	10/09-28/08
الجمعة 24/09 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 29/09 بحلول الظهر	24/09-11/09
الجمعة 08/10 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 13/10 بحلول الظهر	08/10-25/09
الجمعة 22/10 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 27/10 بحلول الظهر	22/10-09/10
الجمعة 05/11 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 10/11 بحلول الظهر	05/11-23/10
الجمعة 19/11 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 24/11 بحلول الظهر	19/11-06/11
الجمعة 03/12 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 08/12 بحلول الظهر	03/12-20/11
الجمعة 17/12 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 22/12 بحلول الظهر	17/12-04/12
الجمعة 31/12 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 05/01 بحلول الظهر	31/12-18/12
الجمعة 14/01 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 19/01 بحلول الظهر	14/01-01/01
الجمعة 28/01 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 02/02 بحلول الظهر	28/01-15/01
الجمعة 11/02 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 16/02 بحلول الظهر	11/02-29/01
الجمعة 25/02 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 02/03 بحلول الظهر	25/02-12/02
الجمعة 11/03 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 16/03 بحلول الظهر	11/03-26/02
الجمعة 25/03 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 30/03 بحلول الظهر	25/03-12/03
الجمعة 08/04 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 13/04 بحلول الظهر	08/04-26/03
الجمعة 22/04 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 27/04 بحلول الظهر	22/04-09/04
الجمعة 06/05 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 11/05 بحلول الظهر	06/05-23/04
الجمعة 20/05 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 25/05 بحلول الظهر	20/05-07/05
الجمعة 03/06 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 08/06 بحلول الظهر	03/06-21/05
الجمعة 17/06 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 22/06 بحلول الظهر	17/06-04/06
الجمعة 01/07 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 06/07 بحلول الظهر	01/07-18/06
الجمعة 15/07 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 20/07 بحلول الظهر	15/07-02/07
الجمعة 29/07 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 03/08 بحلول الظهر	29/07-16/07
الجمعة 12/08 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 17/08 بحلول الظهر	12/08-30/07
الجمعة 26/08 بعد الساعة 5 مساءً حتى الأربعاء 31/08 بحلول الظهر	26/08-13/08

أسعار سوق رعاية الطفل بدائرة الخدمات الصحية والبشرية بولاية ماين، 3 يوليو 2021

الحد الأقصى لسعر رعاية الطفل المُعفاة من الترخيص				الحد الأقصى لسعر رعاية طفل العائلة المرخص لها				مركز رعاية الطفل المرخص له				المقاطعة
رعاية بوقت كامل	رعاية بوقت جزئي	رعاية لنصف الوقت	رعاية لربع الوقت	رعاية بوقت كامل	رعاية بوقت جزئي	رعاية لنصف الوقت	رعاية لربع الوقت	رعاية بوقت كامل	رعاية بوقت جزئي	رعاية لنصف الوقت	رعاية لربع الوقت	
29.75\$	59.50\$	89.25\$	119.00\$	42.50\$	85.00\$	127.50\$	170.00\$	53.75\$	107.50\$	161.25\$	215.00\$	أندروسكوجين الأطفال الرضع
28.00\$	56.00\$	84.00\$	112.00\$	40.00\$	80.00\$	120.00\$	160.00\$	50.00\$	100.00\$	150.00\$	200.00\$	الأطفال الصغار
26.25\$	52.50\$	78.75\$	105.00\$	37.50\$	75.00\$	112.50\$	150.00\$	41.25\$	82.50\$	123.75\$	165.00\$	مرحلة ما قبل المدرسة
23.63\$	47.25\$	70.88\$	94.50\$	33.75\$	67.50\$	101.25\$	135.00\$	38.75\$	77.50\$	116.25\$	155.00\$	سن المدرسة
26.25\$	52.50\$	78.75\$	105.00\$	37.50\$	75.00\$	112.50\$	150.00\$	46.25\$	92.50\$	138.75\$	185.00\$	أروستوك الأطفال الرضع
22.75\$	45.50\$	68.25\$	91.00\$	32.50\$	65.00\$	97.50\$	130.00\$	38.50\$	77.00\$	115.50\$	154.00\$	الأطفال الصغار
21.88\$	43.75\$	65.63\$	87.50\$	31.25\$	62.50\$	93.75\$	125.00\$	37.00\$	74.00\$	111.00\$	148.00\$	مرحلة ما قبل المدرسة
88.21\$	43.75\$	65.63\$	87.50\$	31.25\$	62.50\$	93.75\$	125.00\$	00.35\$	70.00\$	105.00\$	140.00\$	سن المدرسة
39.38\$	78.75\$	118.13\$	157.50\$	56.25\$	112.50\$	168.75\$	225.00\$	75.75\$	151.50\$	227.25\$	303.00\$	كميرلاند الأطفال الرضع
35.00\$	70.00\$	105.00\$	140.00\$	50.00\$	100.00\$	150.00\$	200.00\$	69.75\$	139.50\$	209.25\$	279.00\$	الأطفال الصغار
39.38\$	78.75\$	118.13\$	157.50\$	56.25\$	112.50\$	168.75\$	225.00\$	65.77\$	131.54\$	197.31\$	263.08\$	مرحلة ما قبل المدرسة
30.63\$	61.25\$	91.88\$	122.50\$	43.75\$	87.50\$	131.25\$	175.00\$	45.00\$	90.00\$	135.00\$	180.00\$	سن المدرسة
33.91\$	67.82\$	101.72\$	135.63\$	48.44\$	96.88\$	145.31\$	193.75\$	51.25\$	102.50\$	153.75\$	205.00\$	فرايتكلين الأطفال الرضع
30.19\$	60.38\$	90.56\$	120.75\$	43.13\$	86.25\$	129.38\$	172.50\$	49.00\$	98.00\$	147.00\$	196.00\$	الأطفال الصغار
26.25\$	52.50\$	78.75\$	105.00\$	37.50\$	75.00\$	112.50\$	150.00\$	45.42\$	90.84\$	136.25\$	181.67\$	مرحلة ما قبل المدرسة
26.25\$	52.50\$	78.75\$	105.00\$	37.50\$	75.00\$	112.50\$	150.00\$	31.25\$	62.50\$	93.75\$	125.00\$	سن المدرسة
27.52\$	55.04\$	82.56\$	110.08\$	39.31\$	78.63\$	117.94\$	157.25\$	56.75\$	113.50\$	170.25\$	227.00\$	هانكوك الأطفال الرضع
27.13\$	54.25\$	81.38\$	108.50\$	38.75\$	77.50\$	116.25\$	155.00\$	54.75\$	109.50\$	164.25\$	219.00\$	الأطفال الصغار
27.13\$	54.25\$	81.38\$	108.50\$	75.38\$	77.50\$	116.25\$	155.00\$	49.25\$	98.50\$	147.75\$	197.00\$	مرحلة ما قبل المدرسة
25.38\$	50.75\$	76.13\$	101.50\$	36.25\$	72.50\$	108.75\$	145.00\$	37.25\$	74.50\$	111.75\$	149.00\$	سن المدرسة
30.63\$	61.25\$	91.88\$	122.50\$	43.75\$	87.50\$	131.25\$	175.00\$	55.00\$	110.00\$	165.00\$	220.00\$	كينبيك الأطفال الرضع
27.13\$	54.25\$	81.38\$	108.50\$	38.75\$	77.50\$	116.25\$	155.00\$	50.00\$	100.00\$	150.00\$	200.00\$	الأطفال الصغار
26.25\$	52.50\$	78.75\$	105.00\$	37.50\$	75.00\$	112.50\$	150.00\$	66.75\$	133.50\$	200.25\$	267.00\$	مرحلة ما قبل المدرسة
21.88\$	43.75\$	65.63\$	50.87\$	31.25\$	62.50\$	93.75\$	125.00\$	36.25\$	72.50\$	108.75\$	00.145\$	سن المدرسة

أسعار سوق رعاية الطفل بدائرة الخدمات الصحية والبشرية بولاية ماين، 3 يوليو 2021

الحد الأقصى لسعر رعاية الطفل المُعفاة من الترخيص				الحد الأقصى لسعر رعاية طفل العائلة المرخص لها				مركز رعاية الطفل المرخص له				المقاطعة
رعاية بوقت كامل	رعاية بوقت جزئي	رعاية لنصف الوقت	رعاية لربع الوقت	رعاية بوقت كامل	رعاية بوقت جزئي	رعاية لنصف الوقت	رعاية لربع الوقت	رعاية بوقت كامل	رعاية بوقت جزئي	رعاية لنصف الوقت	رعاية لربع الوقت	
30.63\$	61.25\$	91.88\$	122.50\$	43.75\$	87.50\$	131.25\$	175.00\$	54.75\$	109.50\$	164.25\$	219.00\$	كنوكس الأطفال الرضع الأطفال الصغار مرحلة ما قبل المدرسة سن المدرسة
28.00\$	56.00\$	84.00\$	112.00\$	40.00\$	80.00\$	120.00\$	160.00\$	54.75\$	109.50\$	164.25\$	219.00\$	
26.25\$	52.50\$	78.75\$	105.00\$	37.50\$	75.00\$	112.50\$	150.00\$	52.25\$	104.50\$	156.75\$	209.00\$	
24.50\$	49.00\$	73.50\$	98.00\$	35.00\$	70.00\$	105.00\$	140.00\$	55.00\$	110.00\$	165.00\$	220.00\$	
32.38\$	64.75\$	97.13\$	129.50\$	46.25\$	92.50\$	138.75\$	185.00\$	52.50\$	105.00\$	157.50\$	210.00\$	لينكولن الأطفال الرضع الأطفال الصغار مرحلة ما قبل المدرسة سن المدرسة
32.38\$	64.75\$	97.13\$	129.50\$	46.25\$	92.50\$	138.75\$	185.00\$	50.00\$	100.00\$	150.00\$	200.00\$	
31.50\$	63.00\$	94.50\$	126.00\$	45.00\$	90.00\$	135.00\$	180.00\$	50.00\$	100.00\$	150.00\$	200.00\$	
26.25\$	52.50\$	78.75\$	105.00\$	37.50\$	75.00\$	112.50\$	150.00\$	44.69\$	89.38\$	134.06\$	178.75\$	
33.91\$	67.82\$	101.72\$	135.63\$	48.44\$	96.88\$	145.31\$	193.75\$	51.25\$	102.50\$	153.75\$	205.00\$	أكسفورد الأطفال الرضع الأطفال الصغار مرحلة ما قبل المدرسة سن المدرسة
30.19\$	60.38\$	90.56\$	120.75\$	43.13\$	86.25\$	129.38\$	172.50\$	49.00\$	98.00\$	147.00\$	196.00\$	
26.25\$	52.50\$	78.75\$	105.00\$	37.50\$	75.00\$	112.50\$	150.00\$	45.42\$	90.84\$	136.25\$	181.67\$	
26.25\$	52.50\$	78.75\$	105.00\$	37.50\$	75.00\$	112.50\$	150.00\$	31.25\$	62.50\$	93.75\$	125.00\$	
32.38\$	64.75\$	97.13\$	129.50\$	46.25\$	92.50\$	138.75\$	185.00\$	63.75\$	127.50\$	191.25\$	255.00\$	بينوبسكوت الأطفال الرضع الأطفال الصغار مرحلة ما قبل المدرسة سن المدرسة
31.50\$	63.00\$	94.50\$	126.00\$	45.00\$	90.00\$	135.00\$	180.00\$	57.50\$	115.00\$	172.50\$	230.00\$	
30.63\$	61.25\$	91.88\$	122.50\$	43.75\$	87.50\$	131.25\$	175.00\$	51.25\$	102.50\$	153.75\$	205.00\$	
28.88\$	57.75\$	86.63\$	115.50\$	41.25\$	82.50\$	123.75\$	165.00\$	50.00\$	100.00\$	150.00\$	200.00\$	
30.63\$	61.25\$	91.88\$	122.50\$	43.75\$	87.50\$	131.25\$	175.00\$	46.25\$	92.50\$	138.75\$	185.00\$	بيسكاتاكيس الأطفال الرضع الأطفال الصغار مرحلة ما قبل المدرسة سن المدرسة
26.25\$	52.50\$	78.75\$	105.00\$	37.50\$	75.00\$	112.50\$	150.00\$	38.50\$	77.00\$	115.50\$	154.00\$	
26.25\$	52.50\$	78.75\$	105.00\$	37.50\$	75.00\$	112.50\$	150.00\$	37.00\$	74.00\$	111.00\$	148.00\$	
24.50\$	49.00\$	73.50\$	98.00\$	35.00\$	70.00\$	105.00\$	140.00\$	35.00\$	70.00\$	105.00\$	140.00\$	
32.38\$	64.75\$	97.13\$	129.50\$	46.25\$	92.50\$	138.75\$	185.00\$	52.50\$	105.00\$	157.50\$	210.00\$	ساجاداهوك الأطفال الرضع الأطفال الصغار مرحلة ما قبل المدرسة سن المدرسة
32.38\$	64.75\$	97.13\$	129.50\$	46.25\$	92.50\$	138.75\$	185.00\$	50.00\$	100.00\$	150.00\$	200.00\$	
31.50\$	63.00\$	94.50\$	126.00\$	45.00\$	90.00\$	135.00\$	180.00\$	50.00\$	100.00\$	150.00\$	200.00\$	
26.25\$	52.50\$	78.75\$	105.00\$	37.50\$	75.00\$	112.50\$	150.00\$	44.69\$	89.38\$	134.06\$	178.75\$	

أسعار سوق رعاية الطفل بدائرة الخدمات الصحية والبشرية بولاية ماين، 3 يوليو 2021

الحد الأقصى لسعر رعاية الطفل المُعفاة من الترخيص				الحد الأقصى لسعر رعاية طفل العائلة المرخص لها				مركز رعاية الطفل المرخص له				المقاطعة
رعاية بوقت كامل	رعاية بوقت جزئي	رعاية لنصف الوقت	رعاية لربع الوقت	رعاية بوقت كامل	رعاية لنصف الوقت	رعاية بوقت جزئي	رعاية لربع الوقت	رعاية بوقت كامل	رعاية لنصف الوقت	رعاية بوقت جزئي	رعاية لربع الوقت	
30.63\$	61.25\$	91.88\$	122.50\$	43.75\$	87.50\$	131.25\$	175.00\$	46.25\$	92.50\$	138.75\$	185.00\$	سومرست الأطفال الرضع الأطفال الصغار مرحلة ما قبل المدرسة سن المدرسة
26.25\$	52.50\$	78.75\$	105.00\$	37.50\$	75.00\$	112.50\$	150.00\$	38.50\$	77.00\$	115.50\$	154.00\$	
26.25\$	52.50\$	78.75\$	105.00\$	37.50\$	75.00\$	112.50\$	150.00\$	37.00\$	74.00\$	111.00\$	148.00\$	
24.50\$	49.00\$	73.50\$	98.00\$	35.00\$	70.00\$	105.00\$	140.00\$	35.00\$	70.00\$	105.00\$	140.00\$	
30.63\$	61.25\$	91.88\$	122.50\$	43.75\$	87.50\$	131.25\$	175.00\$	54.75\$	109.50\$	164.25\$	219.00\$	والدو الأطفال الرضع الأطفال الصغار مرحلة ما قبل المدرسة سن المدرسة
28.00\$	56.00\$	84.00\$	112.00\$	40.00\$	80.00\$	120.00\$	160.00\$	54.75\$	109.50\$	164.25\$	219.00\$	
26.25\$	52.50\$	78.75\$	105.00\$	37.50\$	75.00\$	112.50\$	150.00\$	52.25\$	104.50\$	156.75\$	209.00\$	
24.50\$	49.00\$	73.50\$	98.00\$	35.00\$	70.00\$	105.00\$	140.00\$	55.00\$	110.00\$	165.00\$	220.00\$	
27.52\$	55.04\$	82.56\$	110.08\$	39.31\$	78.63\$	117.94\$	157.25\$	56.75\$	113.50\$	170.25\$	227.00\$	واشنطن الأطفال الرضع الأطفال الصغار مرحلة ما قبل المدرسة سن المدرسة
27.13\$	54.25\$	81.38\$	108.50\$	38.75\$	77.50\$	116.25\$	155.00\$	54.75\$	109.50\$	164.25\$	219.00\$	
27.13\$	54.25\$	81.38\$	108.50\$	38.75\$	77.50\$	116.25\$	155.00\$	49.25\$	98.50\$	147.75\$	197.00\$	
25.38\$	50.75\$	76.13\$	101.50\$	36.25\$	72.50\$	108.75\$	145.00\$	37.25\$	74.50\$	111.75\$	149.00\$	
36.75\$	73.50\$	110.25\$	147.00\$	52.50\$	105.00\$	157.50\$	210.00\$	67.50\$	135.00\$	202.50\$	270.00\$	يورك الأطفال الرضع الأطفال الصغار مرحلة ما قبل المدرسة سن المدرسة
35.00\$	70.00\$	105.00\$	140.00\$	50.00\$	100.00\$	150.00\$	200.00\$	63.75\$	127.50\$	191.25\$	255.00\$	
32.38\$	64.75\$	97.13\$	129.50\$	46.25\$	92.50\$	138.75\$	185.00\$	60.00\$	120.00\$	180.00\$	240.00\$	
28.88\$	57.75\$	86.63\$	115.50\$	41.25\$	82.50\$	123.75\$	165.00\$	51.00\$	102.00\$	153.00\$	204.00\$	

الطفل الرضيع يعني طفلاً بعمر ستة (6) أسابيع حتى اثني عشر (12) شهراً
الطفل الصغير يعني طفلاً بعمر ثلاثة عشر (13) شهراً حتى ستة وثلاثين (36) شهراً
الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة هو طفل يزيد عمره عن 36 شهراً ولكن لم يُسجل في حضانة بعد.
الطفل في سن المدرسة هو طفل مسجل في حضانة.

رعاية لربع الوقت	رعاية لنصف الوقت	رعاية بوقت جزئي	رعاية بوقت كامل	
0-9 ساعات أسبوعياً	10-19 ساعة أسبوعياً	20-29 ساعة أسبوعياً	30+ ساعة أسبوعياً	طفل رضيع/طفل صغير/طفل في مرحلة ما قبل المدرسة
0-5 ساعات أسبوعياً	6-10 ساعات أسبوعياً	11-29 ساعة أسبوعياً	30+ ساعة أسبوعياً	سن المدرسة