



بخصوص: طلب معلومات مقدم الرعاية من الأقارب غير المرخص له

عزيزي مقدم الرعاية:

مرحبًا بك في برنامج إعانة رعاية الطفل التابع لدائرة الخدمات الصحية والإنسانية. يساعد هذا البرنامج على سدّاد مقابل رعاية الأطفال للعائلات المؤهلة من حيث الدخل، من الموظفين أو ممن يحضرون برنامجًا تعليميًا معتمدًا. يُرجى إعادة الرزمة المرفقة في غضون أسبوعين من التاريخ المذكور أعلاه.

يجب أن يبلغ مقدم الرعاية 18 عامًا على الأقل. وقد لا يقيم مقدمو رعاية الأطفال في العنوان ذاته الذي يقيم فيه الأطفال.

- اتفاقية مقدم رعاية كاملة
- صحيفة معلومات مقدم رعاية الطفل
- نموذج مورد جديد بولاية ماين
- يُرجى توفير نسخة من صحيفة تسجيل دخول وخروج فارغة.
- أسعار سوق رعاية الطفل، الأسعار القصوى (مرفقة)
- إذا كنت تود الحصول على 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.

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 على رقم 1-877-680-5866، أو إرسال بريد إلكتروني إلى CCSP.DHHS@maine.gov

للوصول إلى الموقع الإلكتروني لبرنامج إعانة رعاية الطفل، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني: <http://www.maine.gov/dhhs/ocfs/ec/occhs/step.htm>

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،
أخصائي الموارد المالية



اتفاقية مقدم رعاية الطفل من الأقارب المُعفى من ترخيص إعانة رعاية الطفل

للتأهل كمقدم رعاية طفل مُعفى من الترخيص (بشير إلى مقدم رعاية طفل غير مرخص له تقديم خدمات رعاية الأطفال)، يجب أن يكون مقدمو الرعاية أيًا مما يلي:

1. يعني مقدم رعاية الطفل في المنزل مقدم رعاية طفل مُعفى من الترخيص يبلغ من العمر ثمانية عشر (18) عامًا أو أكبر، ومن سكان ولاية ماين، ويوفر خدمات رعاية الأطفال لما لا يزيد عن طفلين في منزل الطفل.
 2. يعني مقدم رعاية الطفل من الأقارب مقدم رعاية طفل مُعفى من الترخيص من الأقارب مثل الجد أو الجد الأكبر أو العمة أو العم أو إخوة الطفل إذا كان يعيش في مسكن منفصل ويبلغ من العمر (18) عامًا أو أكبر ويقوم في ولاية ماين ويوفر خدمات رعاية الطفل لأكثر من طفلين.
- يجب أن يوافق مقدم رعاية الطفل على جميع ما يلي:

1. يجب أن يوفر مقدمو الرعاية خدمات رعاية الأطفال على النحو المبين وفقًا لقواعد إعانة رعاية الطفل بالولاية.
2. يتعين على مقدمي الرعاية إبلاغ كيان معيّن تابع للولاية أو الإقليم أو القبيلة عن أي إصابات خطيرة أو حالات وفاة بين الأطفال في أماكن رعاية الأطفال.
3. يجب على مقدمي الرعاية إخطار دائرة الخدمات الصحية والإنسانية في ولاية ماين في حالة ظهور أي أمراض معدية أو تهديدات محتملة للصحة العامة.
4. 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 بتلقي تدريب المراسلين المفوضين المعتمد من جانب الدائرة على الأقل مرة واحدة كل 4 أعوام. يمكن العثور على التدريب في الموقع التالي: <https://www.maine.gov/dhhs/ocfs/mandated-reporters.shtml>
5. 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.
6. تحصيل رسوم الوالدين:

- a. حصّل رسوم الوالدين الأسبوعية على النحو المحدد في خطاب منح إعانة رعاية الطفل.
- b. افرض سعرًا إجماليًا لا يتجاوز السعر المُحصّل من الآباء الآخرين المتعاقدين مع مقدم 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) يوماً.

7. 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 وفقاً 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. يتعذر على مقدمي الرعاية تقديم الفواتير والتصحيحات التي مضى عليها أكثر من ستين (60) يوماً.

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 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، في فترة اثني عشر شهرًا (من يناير إلى يناير)، ستدفع الدائرة لمقدم رعاية الطفل مقابل: الإجازات على مستوى الولاية، وحتى أربعين (40) ساعة تدريب وحتى خمسين (50) ساعة من وقت عطلة مقدم رعاية الطفل على النحو الذي ينص عليه القانون الفيدرالي (45 C.F.R. §98.45)

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 الفيدرالي، 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.

8. 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 إلى 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 عن برنامج مقدم رعاية الطفل والذي قد يشمل، دون أن يقتصر على: العطلات الفيدرالية/على مستوى الولاية؛ أو أيام عطلة الآباء؛

.iii 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.

.iv 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. يجب على مقدم الرعاية توضيح ما إذا كان قد سداد رسوم الوالدين عن الأسبوعين الماضيين بالكامل.

c. أبلغ دائرة الخدمات الصحية والإنسانية، مقدما قبل إنهاء الخدمات باثني عشر (12) يومًا تقويمياً 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، ستنطبق الرعاية الكاملة على الإجازات المدرسية. وستعتمد الرعاية لبعض الوقت ونصف الوقت وربيع الوقت على عمل الوالد والجدول المدرسي للطفل.

9. حفظ السجلات

a. سيحافظ مقدم رعاية الطفل على سجلات الحضور اليومي ويحتفظ بها ويقدمها إلى الدائرة عند الطلب؛ ويجب الاحتفاظ بالسجلات لمدة ثلاثة (3) أعوام على الأقل.

b. يجب على مقدم رعاية الطفل إصدار إيصال بمجرد سداد رسوم الوالدين والاحتفاظ بنسخ من جميع الإيصالات في ملفات الوكالة وكذلك الاحتفاظ بالسجلات المالية الخاصة بجميع معاملات الرسوم لمدة ثلاثة (3) أعوام على الأقل.

c. يجب على الآباء ومقدمي رعاية الأطفال التوقيع على كشوفات الحضور أسبوعياً، على الأقل.

d. ويجب أن تتوافق سجلات حضور مقدم رعاية الطفل مع نماذج الفواتير المقدمة.

e. حافظ على سرية جميع السجلات والمعلومات الأخرى بخصوص الآباء و/أو الأطفال، باستثناء عمليات الكشف المصرح بها إلى موظفي دائرة الخدمات الصحية والإنسانية أو موظفي الوكالة على مستوى الولاية أو الفيدراليين المفوضين بموجب القانون

10. 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 مسؤولاً 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 وتحضير 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 وتحضير 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 الاثني عشر (12) عامًا أو عندما يبلغ من العمر ثلاثة عشر (13) عامًا أثناء فترة المنحة ويمكن أن تضم طفلًا ما بين الثلاثة عشر (13) والثمانية عشر (18) عامًا والذي قرر أخصائي بأنه طفل معاق.

11. مسؤوليات الدائرة

- a. عندما يكون نموذج فاتورة مقدم رعاية الطفل خاليًا من الأخطاء ويتم تقديمه إلى الدائرة في غضون الإطار الزمني المنصوص عليها في اتفاقية مقدم الرعاية الماتلة، 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 نموذجًا بديلًا للإخطار عندما يكون من الضروري عدم مشاركة معلومات حساسة مع مقدم رعاية الطفل.

12. زيارات الموقع

- a. شجّع على زيارة الوالد والطفل للبرنامج قبل القبول.

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

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



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 لـ نصف 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) للمسجلين في حضانة 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 مقاولاً مستقلاً ولا يجوز، بأي حال من الأحوال، اعتباري موظفًا لدى حكومة الولاية أو الحكومة الفيدرالية. وأوافق أيضًا 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

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 مَعْفَى 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 يقيم في العنوان ذاته الذي يقيم 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)	
<input type="checkbox"/> برنامج الأطفال في سن المدرسة/برنامج ترفيهي	

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: _____

توقيع مقدم الرعاية: _____ التاريخ: _____

* التوقيع مطلوب-يرجى 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 04333-0011**

لمستخدمي الهاتف النسي، 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 حدد خياراً شركة أو

التصنيف*: فرد ملكية فردية شركة أجنبية (مطلوب نموذج W8) شراكة أمانة حكومة ولاية حكومة أخرى أخرى حدد خياراً 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

وكالة الولاية ورقم SHS اسم جهة الاتصال بالوكالة ولقبه رقم هاتف جهة الاتصال

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 requester gives you a form other than this Form W-9 to request your TIN, you cannot use the requester'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).

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) OR Federal Employer ID Number (FED#)

2 **Organization Type*** choose one
 Individual Company
 Classification* 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/EIN & last name of business owner)
 Legal Name* Alias/DBA

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

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

6 **Contact*** Name Phone Ext
 Email Send me Email notifications of DD EFT (requires Direct Deposit EFT data to be completed)

7 **Procurement/Physical Address*** My Billing Address Admin. Address is the same.
 Address C/O
 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 Contract Person Name & Title Contract Phone #

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.

2. 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.

❖ 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.

❖ ملاحظة: حدد خيارًا يطابق الرقم المذكور أعلاه. (انظر الأسهم)
 4. 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.

❖ عنوان الفواتير و/أو عنوان الإدارة متطابقان. (تضم الميزة 4 أنواع من العناوين وهي: الدفع/الشراء/الفواتير/الإدارة)

8. 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.

❖ إخطار بالبريد الإلكتروني بالإيداع المباشر/تحويل الأموال الإلكتروني (يتطلب إكمال نموذج الإيداع المباشر/تحويل الأموال الإلكتروني).

9. العنوان الفعلي / عنوان الشراء ~ تابع البنود من أ - د في رقم 7 بالإشارة إلى العقود.

10. جهة الاتصال ~ تابع البنود من أ - ج في رقم 8 بالإشارة إلى العقود.

11. المفوض بالتوقيع ولقبه وتاريخه
 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

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

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.

البريد الإلكتروني

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

أن، الموقع أدناه، أفوضك بتحويل الدفعات بصورة إلكترونية إلى الحساب المقدم أدناه. وأفوض/نفوض الوكالة بتسجيل القيد الدائنة والقيد المدينة (فقط بغرض تصحيح الائتمان الخاطي بشرط أن تخطرن/تخطرن 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 كتابةً. 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 القيد الدائنة أو القيد 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
عنوان المؤسسة المالية (الشارع/الرمز البريدي والمدينة والولاية والرمز البريدي والهاتف)
حدد خيارًا
توفير
جاري

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*
عنوان المؤسسة المالية (الشارع/الرمز البريدي والمدينة والولاية والرمز البريدي والهاتف)
حدد خيارًا
توفير
جاري

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 الهاتف _____ رقم SHS _____

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 تغير 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 ببيع 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 مُفضَّل.
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 تمريره. 2015/19/11



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. يتابع 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\$	أندروسوجين 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