

**Региональная города Актона
программа субсидий по уходу за детьми**

ПОЛНАЯ ЗАЯВКА

Благодарим вас за интерес к подаче заявки на участие в Программе субсидий по уходу за детьми в рамках гранта на социальное развитие. Право на участие в этой программе зависит от дохода и места жительства, поэтому следующее приложение поможет нам убедиться, что ваша семья соответствует требованиям.

При заполнении заявки следует помнить о нескольких вещах:

- заявки финансируются в порядке очереди. Неполные заявки будут отложены.
- Уровень дохода зависит от размера домохозяйства, поэтому это заявление должно включать всех, кто проживает в вашем доме (включая бабушек и дедушек, близких родственников и т. Д.).
- Обратите особое внимание на список приложений в конце заявления. Если вы не можете предоставить что-то из перечисленного, свяжитесь с нами, и мы сделаем все возможное, чтобы найти решение.
- Как только заявка будет одобрена, вы и ваш поставщик услуг по уходу за детьми получите уведомление. Контракт с изложением условий программы будет отправлен обеим сторонам. Счета для утвержденного ребенка можно начать, как только подписанное заявление будет возвращено в программу.
- Премия начинается с 3000 долларов для детей от 0 до дошкольного образования и 2000 долларов для детей из детского сада до 13 лет. Максимальная сумма вознаграждения может составлять до 5000 долларов на ребенка. Срок действия финансирования истекает 31.12.21.
- Эта субсидия не может использоваться вместе с другими субсидиями по уходу за детьми. Если вы в настоящее время получаете или планируете получать альтернативное финансирование, вы должны немедленно сообщить нам об этом.
- Это приложение является **конфиденциальным**. Информация в этом заявлении будет использована для определения права вашей семьи на получение субсидий, подпадающих под действие правил HUD и требований к доходу.

Если у вас есть вопросы, не стесняйтесь обращаться к нам.

ЧАСТЬ I: СЕМЬЯ.

- **Имя родителя / опекуна (ей):** _____

Адрес: _____

Почтовый адрес: _____

Телефон: (День) _____ (Вечер) _____ Эл. адрес: _____

- **Допустимые дети: (укажите дополнительных детей на спине)**

Имя: _____

Возраст: _____ Программа ухода за детьми: _____

Ежемесячная плата за обучение по программе: _____

Имя: _____

Возраст: _____ Программа ухода за детьми: _____

Ежемесячная плата за обучение по программе: _____

Имя: _____

Возраст: _____ Программа ухода за детьми: _____

Ежемесячная плата за обучение по программе: _____

Имя: _____

Возраст: _____ Программа ухода за детьми: _____

Ежемесячная плата за обучение по программе: _____

Имя: _____

Возраст: _____ Программа ухода за детьми: _____

Ежемесячная плата за обучение по программе: _____

Количество человек в семье: _____

- Имеет ли право кто-либо из перечисленных выше детей на получение ваучера Департамента дошкольного образования и ухода Массачусетса? ___ Да ___ Нет
- Получают ли в настоящее время какие-либо из перечисленных выше детей какие-либо другие субсидии или ваучеры по уходу за детьми? ___ Да ___ Нет

Состав домохозяйства: пожалуйста, укажите ниже главу вашего домохозяйства и **всех членов, которые живут или будут проживать в вашем доме.** Сообщите отношение каждого человека к главе семьи.

имя	Номер социального страхования	Отношение к главе дома	Дата рождения	Работает / Студент

- Живет ли с вами сейчас кто-нибудь, кто не указан в списке выше? ___ Да ___ Нет
- Планирует ли в будущем жить с вами кто-нибудь, кто не указан выше? ___ Да ___ Нет
- Если «да», пожалуйста, объясните _____

ЧАСТЬ II: КАТЕГОРИЯ ДОХОДОВ. Пожалуйста, отметьте при необходимости.

- 1) **ДОХОДНАЯ КАТЕГОРИЯ:** Если ваш нынешний валовой семейный доход подпадает под требования HUD по пределу дохода (см. Следующую таблицу соответствия доходов), вы можете квалифицироваться как семья, имеющая право на получение дохода, и получить субсидию. К заявлению должна прилагаться дополнительная информация о доходах. *Установите флажок ниже и ознакомьтесь с прилагаемыми **ТРЕБОВАНИЯМИ ПРОВЕРКЕ ДОХОДА**, а затем перейдите к Информации о доходе от работы.*

Доход Приемлемость схема (80% площади медианного дохода)

Размер семьи	доход Предел для резидентов Acton, Woburn, Littleton, Maynard	доходы предела для жителей Westford
2	\$77,000	\$62,800
3	\$86,650	\$70,650
4	\$96,250	\$78,500
5	\$103,950	\$84,800
6	\$111,650	\$91,100
7	\$119,350	\$97,350
8	\$127,050	\$103,650

ЧАСТЬ III: ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ ЗАНЯТОСТИ. Заполните ли сотрудник или самозанятый.

Вы постоянно проживаете по адресу, указанному на странице 1? ___ Да ___ Нет

- **Родитель / опекун** ___ Занятые ___ Безработные, ищущих работу ___ студент

Работодатель: _____

Адрес работодателя: _____

Рабочий телефон: _____ Лет проработал у текущего работодателя: _____

Если вы работаете на сезонной основе, укажите даты: _____

- **Родитель / опекун No 2** ___ Занятые ___ Безработные, ищущих работу ___ студент

Работодатель: _____

Адрес работодателя: _____

Рабочий телефон: _____ Лет проработал у текущего работодателя: _____

Если вы работаете на сезонной основе, укажите даты: _____

ПРИМЕЧАНИЕ. Если в домашнем хозяйстве есть другие взрослые, работающие в настоящее время или получающие пособие, просьба указать подробности на обратной стороне этого листа.

ЧАСТЬ IV. ИТОГО, ГОДОВОЙ ДОХОД: Каков годовой доход вашей семьи из всех источников? (Включая всех работодателей, пособия, пенсии, государственную помощь, пособие по безработице, арендный доход, алименты и т. Д. Для **всех членов семьи старше 18 лет.**)

Годовой доход

Источник	Родитель опекун	Родитель опекун	Другой член семьи 18 лет и старше	Всего
Зарплата				
Оплата сверхурочной работы				
Комиссии / Чаевые/ Бонусы				
общественная помощь				
Проценты или дивиденды				
Пособие по безработице				
Социальное обеспечение, пенсии				
Компенсация рабочим и др.				
Алименты, алименты				
Рентный доход				
Другое (опишите)				
Итого	\$	\$	\$	\$

ЧАСТЬ V: АКТИВЫ и ОБЯЗАТЕЛЬСТВА. Завершите согласно запросу.

Активы: (чеки, сбережения, денежный рынок, IRA, компакт-диски и т. Д. Для всех членов семьи старше 18 лет). При необходимости используйте обратную сторону страницы.

Тип	Денежная стоимость	Годовой доход от активов	Название финансового учреждения	Номер счета
Проверка аккаунта				
Сберегательный счет				
CD's				
IRA				
акции и доли				
Страхование жизни				
Другое (опишите)				
Итоги				

ЧАСТЬ VI: КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Вы муниципальный служащий или местный назначен чиновник? ___ Да ___ Нет

Работаете ли вы консультантом или представителем сообщества? ___ Да ___ Нет

Если да:

1. Должность: _____

2. Отдел: _____

3. Как вы узнали об этой программе? _____

4. Отметьте любой потенциальный конфликт интересов и опишите / приложите решение:

ЧАСТЬ VII: ЗАПРОС ДОБРОВОЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ *Сделайте дополнительные копии этой формы или используйте обратную сторону страницы, если необходимо*

Следующая информация о расе, национальном происхождении, указании пола, семейном положении, статусе инвалидности и статусе ветерана, запрошенная в этом заявлении, запрошена для обеспечения Федеральное правительство, действуя через Департамент жилищного строительства и городского развития, соблюдает федеральные законы, запрещающие дискриминацию заявителей программы или арендаторов по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, религии, пола, семейного положения, возраста и инвалидности. Хотя вы не обязаны предоставлять эту информацию, вам рекомендуется это сделать. Пожалуйста, предоставьте эту информацию для каждого члена вашей семьи.

Ethnic Category: Hispanic ___ Non-Hispanic ___ Sex: Male ___ Female ___
Race: White ___ Black/African American ___ Asian ___ Asian and White ___ American Indian/Alaskan Native ___ Native Hawaiian/Other Pacific Islander ___ American Indian/Alaskan Native and White ___ Black/ African American and White ___ American Indian/Native Alaskan and Black/ African American ___ Other (Multi-Racial) ___
Check if applicable: U.S. Veteran ___ Female Head of Household ___ Elderly (over 60) ___ Disabled ___.

Ethnic Category: Hispanic ___ Non-Hispanic ___ Sex: Male ___ Female ___
Race: White ___ Black/African American ___ Asian ___ Asian and White ___ American Indian/Alaskan Native ___ Native Hawaiian/Other Pacific Islander ___ American Indian/Alaskan Native and White ___ Black/ African American and White ___ American Indian/Native Alaskan and Black/ African American ___ Other (Multi-Racial) ___
Check if applicable: U.S. Veteran ___ Female Head of Household ___ Elderly (over 60) ___ Disabled ___.

Ethnic Category: Hispanic ___ Non-Hispanic ___ Sex: Male ___ Female ___
Race: White ___ Black/African American ___ Asian ___ Asian and White ___ American Indian/Alaskan Native ___ Native Hawaiian/Other Pacific Islander ___ American Indian/Alaskan Native and White ___ Black/ African American and White ___ American Indian/Native Alaskan and Black/ African American ___ Other (Multi-Racial) ___
Check if applicable: U.S. Veteran ___ Female Head of Household ___ Elderly (over 60) ___ Disabled ___.

ЧАСТЬ VIII: ИСТИННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ

Я / мы подтверждаем, что вся информация, предоставленная с целью получения помощи в рамках Программы субсидий по уходу за детьми, верна, насколько мне / нам известно. Кроме того, я даю разрешение Acton Regional Childcare Subsidy Programme на подтверждение моего дохода.

Родителя / опекуна

Дата

Родителя / опекуна
(если применимо)

Дата

ПРИМЕНЕНИЕ ATTACHMENT КОНТРОЛЬНЫЙ

Просьба по меньшей мере один элемент из каждой категории ниже. Информация о доходах должна быть собрана по каждому члену семьи старше 18 лет.

проверка адреса:

___ Последняя выписка из банковского счета с именем и адресом проживания заявителя.

или

___ Недавний счет за коммунальные услуги с указанием имени и адреса проживания заявителя

Подтверждение дохода:

___ Последние квитанции о заработной плате за 8 недель на человека за работу (Примечание: W2 не принимаются)

или

___ Выписки из семейного банковского счета за последние 3 месяца, если он работает не по найму

или

___ Письмо от вашего работодателя на фирменном бланке компании с указанием годовой валовой заработной платы.

и

___ Если вы получаете пособие, такое как пособие по безработице, социальному обеспечению или инвалидности: документация, подтверждающая сумму и за какой период времени получены средства.