

نگہداشت اطفال پروگرام/فراہم کنندہ کے اندراج کی درخواست

تاریخ: _____

نام، پتہ اور رابطہ کی معلومات

پروگرام/فراہم کنندہ کا نام: _____

پروگرام/فراہم کنندہ کا گلی کا پتہ: _____

شہر: _____

ریاست: _____

زپ کوڈ: _____

وفاقی ٹیکس آئی ڈی یا سوشل سیکیورٹی نمبر: _____

بنیادی رابطہ فرد: _____

فون: _____

ای میل: _____

صرف مرکز پر مبنی پروگرام

ڈائریکٹر کا نام: _____

ای میل: _____

نظام الاوقات اور کیلنڈر

کام کے دن اور اوقات

تعمیل	اتوار	ہفتہ	جمعہ	جمعرات	بدھ	منگل	پیر	کھلنے کے اوقات
								بند ہونے کا اوقات

موسم گرما کے سیشن کی معلومات

گرمیوں میں نہیں کھلتا ہے

صرف موسم گرما میں کھلتا ہے

سال بھر کھلا ہے

صرف مرکز پر مبنی پروگرام: تعطل اور بند کی شیڈیول

براہ کرم اپنے پروگرام کے لیے سالانہ بند ہونے کی کسی بھی تاریخ کی نشاندہی کریں (جیسے نئے سال کا دن، تھینکس گونگ وغیرہ)

نگہداشت کا خرچ

اسکول جانے کی عمر	پری اسکول	ٹوڈلر (TODDLER)	شیرخوار (INFANT)	براہ کرم آپ کی خدمت کی ہر عمر کی سطح کے لیے وصول کی جانے والی شرح کی نشاندہی کریں۔
6-12 سال	3-5 سال	18-24 ماہ - 3 سال سے کم	6 ہفتے - 24 ماہ	ہفتہ وار (5 دن یا اس سے کم کے لیے فی ہفتہ 30 گھنٹے یا اس سے زیادہ)
				روزانہ (6-12 گھنٹے فی دن)
				جزوی دن (0-6 گھنٹے فی دن)

مقام اور پبلک ٹرانسپورٹیشن

کراس اسٹریٹ:

بس نمبر: _____ بس اسٹاپ: _____ سب وے نمبر: _____ سب وے اسٹاپ: _____

اسکول پیک اپ کی معلومات

براہ کرم کسی - PK گریڈ 12 تک کے اسکول کا نام درج کریں جہاں سے آپ اسکول کے بعد کی پیک اپ سروس فراہم کرتے ہوں

1. _____ 2. _____ 3. _____

خصوصی خدمات

احاطے کے اندر	معلومات طعام	زبان جو بولتے ہوں	خصوصی ضروریات والی خدمات فراہم کی گئیں
<input type="checkbox"/> سماجی کارکن	<input type="checkbox"/> ناشتہ	<input type="checkbox"/> ہسپانوی	<input type="checkbox"/> ہاں
<input type="checkbox"/> نرس/ڈاکٹر	<input type="checkbox"/> دوپہر کا کھانا	<input type="checkbox"/> عبرانی	<input type="checkbox"/> نہیں
<input type="checkbox"/> اسپیش تھراپسٹ	<input type="checkbox"/> اسنیک (بعد دوپہر ناشتہ)	<input type="checkbox"/> روسی	
<input type="checkbox"/> ماہر نفسیات	<input type="checkbox"/> رات کا کھانا	<input type="checkbox"/> فرانسیسی	
<input type="checkbox"/> اسپیشل ایجوکیشن انسٹرکٹر	<input type="checkbox"/> کوثر	<input type="checkbox"/> چینی	
	<input type="checkbox"/> حلال	<input type="checkbox"/> دیگر _____	
	<input type="checkbox"/> دیگر _____		

توثیق

- خدمات امداد اطفال بچوں کو نگہداشت فراہم کرنے والے ان پروگراموں کی نشاندہی نہیں کرتی جو صرف مذہبی، تعلیم، کھیل کود، تفریح، کلاسوں یا اسباق کے مقاصد سے چلائے جاتے ہیں۔ میں اپنے دستخط کر کے اس بات کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میں پروگرام/ فراہم کار ہوں جو صرف مذہبی تعلیم، کھیل کود، تفریح، کلاسوں یا اسباق کے مقاصد سے سروس فراہم نہیں کرتا۔
- میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ اس درخواست پر دی گئی معلومات بالکل درست ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ غلط معلومات فراہم کرنے کے نتیجے میں ادائیگیوں کو روکا یا منسوخ کیا جا سکتا ہے اور ایسی کسی بھی ادائیگی کی وصولی کی جا سکتی ہے جس کا میں مستحق نہیں تھا/تھی۔ مجھے اس کا اعتراف ہے کہ سٹی آف نیو یارک سے فراہم کردہ نگہداشت اطفال کی خدمات کے لیے ادائیگی وصول کرنا سے میں سٹی آف نیو یارک کا ملازم نہیں ہو جاتا۔
- میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس درخواست اور تائیدی دستاویزات کی وصولیابی اور بچے کی حاضری جمع کی جانے کے بعد ہی مجھے ادائیگی کی جائے گی۔ میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ ACS سبسڈی والی نگہداشت اطفال کے لیے جو رقم مجھے موصول ہو رہی ہے وہ اس رقم سے زیادہ نہیں ہے جو مجھے اسی عمر کے نجی ادائیگی والے بچوں کے لیے موصول ہوتی ہے۔

فراہم کنندہ / پروگرام کے دستخط: _____ تاریخ: _____

صرف دفتری استعمال کے لیے

شیر خوار نونہال پری-اسکول اسکول جانے کی عمر داخل شدہ _____