

الدخل المكتسب من التوظيف والمصادر الأخرى

رقم الحالة:

الاسم:

الدخل

أجب عن جميع الأسئلة المدرجة أدناه.

حدد من حصل على الدخل	نوع المستندات (على سبيل المثال: كعوب شيكات الراتب، خطاب منحة الضمان الاجتماعي، CS 1069... إلخ)	الفترة (على سبيل المثال: أسبوعياً، شهرياً،... إلخ)	تاريخ بدء التلقي	المبلغ الإجمالي	نعم/لا	وضّح ما إذا كنت تتلقى أنت أو أي شخص يعيش معك دخلاً من:
						التوظيف/التوظيف الذاتي بما يتضمن العمل الإضافي، والعمولات، والبرامج التدريبية، والبقشيش.
						مدفوعات نفقة إعاقة الطفل (المستلمة)
						النفقة/الإعاقة (المستلمة)
						مخصصات التأمين ضد البطالة
						مخصصات الضمان الاجتماعي (تشمل دخل الضمان التكميلي SSI)
						مخصصات الإعاقة (من ولاية نيويورك، أو المحاربين القدامى، أو خاصة)
						دخل المقيمين/النزلاء/المستأجرين (المستلم)
						التقاعد/المعاشات/المدفوعات السوية
						الأرباح/الفوائد من الأسهم والسندات والمدخرات
						المساعدة النقدية أو المالية من خلال المساعدة المؤقتة للمحتاجين
						غير ذلك (يرجى التحديد)

التوظيف

قم بتضمين معلومات التوظيف لمقدم الطلب الوارد أدناه.
اسم صاحب العمل الخاص بأولياء الأمور/القائمين بالرعاية:

العنوان:

المدينة/المنطقة:

الولاية:

الرمز البريدي:

جدول العمل الاعتيادي:

إجمالي عدد الساعات في الأسبوع	السبت		الجمعة		الخميس		الأربعاء		الثلاثاء		الاثنين		الأحد	
	إلى	من	إلى	من	إلى	من	إلى	من	إلى	من	إلى	من	إلى	من

وقت الانتقال بين مقدم رعاية الأطفال والعمل/المؤسسة التعليمية/أي نشاط آخر

التوصيل مدة الانتقال من مقدم رعاية الأطفال إلى العمل/النشاط:

وسيلة الانتقال:

الاصطحاب مدة الانتقال من العمل/النشاط إلى مقدم رعاية الأطفال:

وسيلة الانتقال:

قم بتضمين معلومات التوظيف الخاصة بالزوج/ولي الأمر/الوصي الآخر أدناه.

اسم صاحب العمل الخاص بولي الأمر/القائم بالرعاية الآخر:

العنوان:

المدينة/المنطقة:

الولاية:

الرمز البريدي:

جدول العمل الاعتيادي:

إجمالي عدد الساعات في الأسبوع	السبت		الجمعة		الخميس		الأربعاء		الثلاثاء		الاثنين		الأحد	
	إلى	من	إلى	من	إلى	من	إلى	من	إلى	من	إلى	من	إلى	من

وقت الانتقال بين مقدم رعاية الأطفال والعمل/المؤسسة التعليمية/أي نشاط آخر

التوصيل مدة الانتقال من مقدم رعاية الأطفال إلى العمل/النشاط:

وسيلة الانتقال:

الاصطحاب مدة الانتقال من العمل/النشاط إلى مقدم رعاية الأطفال:

وسيلة الانتقال:

(جزء خاص بالمكتب فقط) For Office Use Only

Authorized days and hours of care

Sunday		Monday		Tuesday		Wednesday		Thursday		Friday		Saturday		Total hours per week
from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	from	to	

ACS Approvals by: Eligibility (print name): _____ Date: _____

Parent Fee (print name): _____ Date: _____

Length of eligibility from _____ to _____ Codes: RFC _____ PR _____ FS _____