

ОТЧЕТ О ПРАВЕ НА ПРИСМОТР ЗА ДЕТЬМИ ПО ПРОГРАММЕ CalWORKs

Инструкции:

- Если стоимость присмотра за Вашими детьми утверждена и Вы хотите оплату, заполните и верните этот отчет Вашему работнику каждый месяц. Если заполненный отчет не сдан каждый месяц, Ваше пособие на присмотр за детьми может быть задержано, отказано или остановлено.
- Часть А заполняется Вами, Часть В, на оборотной стороне этой анкеты, заполняется каждым присматривающим за детьми. Если необходимо, попросите Вашего работника дополнительные копии.

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Date Received:
Worker Number:

ЧАСТЬ А - УЧАСТНИК ЗАПОЛНЯЕТ ЭТОТ РАЗДЕЛ.

1. МЕСЯЦ/ГОД ЗАПРОСА	2. ИМЯ, ФАМИЛИЯ	НАЗВАНИЕ ДЕЛА, ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ	ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН ()
РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН, ЕСЛИ ОТНОСИТСЯ ()	АДРЕС (УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ, ИНДЕКС)		

Case Name:
Case Number:

3. Укажите сколько часов Вы работали или участвовали в утвержденной округом деятельности по программе CalWORKs каждый день, в течение месяца. (Оставьте незаполненными числа, когда Вы не работали или не участвовали в программе CalWORKs.) Приложите доказательства.

the boxes below when the status for each has been verified.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	ИТОГО ЧАСОВ

- Total Hours Verified
- Evening/weekend Hours

4. Укажите Ваше обычное рабочее время, или время, занятое в утвержденной округом деятельности по программе CalWORKs.
Например: понедельник-четверг, с 8:00 утра до 5:00 вечера; суббота с 1:00 дня до 5:00 дня; воскресенье с 1:00 дня до 4:00 дня и с 6:00 вечера до 9:00 вечера.

5. У меня занимает _____ часов и _____ минут каждый день, чтобы доехать (дойти) до и от присматривающих за моим(и) ребенком (детьми) и моей работой и/или другим местом деятельности утвержденным программой CalWORKs.

- For License Exempt Provider
- Applied For Trustline
 - Trustline Registered
 - Exempt From Trustline

ИМЯ РЕБЕНКА	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ВОЗРАСТ	ИМЯ ПРИСМАТРИВАЮЩЕГО	ВЫПЛАЧЕННАЯ СУММА

6. Со времени моей последней просьбы об оплате на содержание детей, изменился присматривающий за моим ребенком (детьми). ДА НЕТ
(Если "Да", новый присматривающий должен быть утвержден до того, как Вам будет оплачено)

RMR Changed

7. Я получаю пособие на присмотр за детьми из другого источника. ДА НЕТ
(Если "Да", пожалуйста, объясните.)

СВИДЕТЕЛЬСТВО

Я понимаю, что:

- Я заверяю, что я работал или участвовал в деятельности, утвержденной программой CalWORKs, в дни и часы, указанные выше.
- Любая информация, указанная в этой анкете, подлежит расследованию и заверению.
- Я должен сообщить работнику, отвечающему за присмотр за детьми, как только родитель ребенка, получающего оплату присмотра за детьми въедет в мой дом или другой ребенок, включая новорожденного въедет в мой дом.
- Я должен сообщить, если доход моей семьи достиг или превысил следующие лимиты дохода и доход изменился со времени последнего отчета работнику:

Размер семьи*	доход за месяц	Размер семьи	доход за месяц
1-2	\$1820	3	\$1950
4	\$2167	5	\$2513
- *Семья включает в себя совершеннолетних и детей являющихся прямыми родственниками, родственниками по браку или удочерению/усыновлению, проживающих в том-же доме, что и ребенок, за которым присматривают.
- Я имею право выбрать присмотр, наилучший для меня и моего (моих) ребенка (детей).
- Присматривающий должен иметь разрешение или освобождение от такового для того, чтобы я получил оплату по уходу за детьми.
- Если я выберу присматривающего, освобожденного от разрешения, он должен иметь или запросить допуск на работу с детьми и отвечать требованиям здоровья и безопасности, если он (она) не освобожден от требований.
- Округ не является работодателем для присматривающего за детьми и не имеет никаких деловых отношений с присматривающим, когда выплачивает деньги по уходу за детьми.
- Если я решу, что за детьми будут присматривать в моем доме, то меня могут считать работодателем и я отвечаю за выполнение трудового законодательства федерации и штата.
- Я должен выплатить сумму, полученную за присмотр за детьми, если я не имел право на нее.

Сознавая свою ответственность за лжесвидетельство по законам штата Калифорния, я заявляю, что информация, содержащаяся в части А этого отчета, истинна и правдива.

ПОДПИСЬ ПОЛУЧАТЕЛЯ

ДАТА

ЧАСТЬ В - ТОЛЬКО УХАЖИВАЮЩИЙ ЗА РЕБЕНКОМ (ДЕТЬМИ) ЗАПОЛНЯЕТ ЭТОТ РАЗДЕЛ.

Заявка на _____ Месяц/Год

1. ИМЯ УХАЖИВАЮЩЕГО (ИМЯ, ФАМИЛИЯ) ИЛИ НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ						НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ/НОМЕР НАЛОГОВОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ (необязательно)	
АДРЕС ПО КОТОРОМУ УХАЖИВАЮТ	НОМЕР	УЛИЦА	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС	ТЕЛЕФОН ()	
АДРЕС ДЛЯ ФИНАНСОВЫХ РАСЧЕТОВ, ЕСЛИ ОН ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВЫШЕУКАЗАННОГО АДРЕСА						ТЕЛЕФОН ()	

2. Я присматривал за детьми в: Моем доме ДOME ребенка Семейном детском саде Детском саде
 (Маленьком Большом)
 Для семьи, указанной ранее за _____ (Месяц, Год), Для нижеуказанных детей: Семейный взнос уплачен

Имя ребенка	Сумма платы за ребенка	Расценка	Укажите, расценка за: час, день, неделю, месяц.
A.			
B.			
C.			
D.			
Итого:			

3. Укажите, сколько часов в день Вы присматривали за каждым ребенком в течение месяца:

Ребенок	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	ИТОГО	
A.																																	
B.																																	
C.																																	
D.																																	

Дополнительная информация:

4. Отметьте (✓) квадраты внизу, которые относятся к Вам:

Я заявляю, что у меня есть удостоверение по уходу за детьми; номер удостоверения _____.

Я заявляю, что мне не нужно удостоверение по уходу за детьми, так как (достаточно, чтобы только одно подходило):

Я родственник ребенка: Ребенок A: _____, Ребенок B: _____, Ребенок C: _____, Ребенок D: _____,
 (родство) (родство) (родство) (родство)

Одновременно я присматриваю только за детьми моей семьи, и за детьми еще только одной семьи.

Организацией является общественная или частная освобожденная школа, которая проводит программу до и/или после занятий для детей школьного возраста, если программа предложена школой, проводится школой и квалифицированными учителями, работающими на школьную программу отдыха или школьный округ.

Организацией является общественная или частная программа отдыха.

СВИДЕТЕЛЬСТВО

- Я заявляю, что мой возраст как минимум 18 лет.
- Я заявляю, что присматривал за детьми, указанными выше; часы присмотра и общая месячная стоимость, указанные выше, правильны и достоверны.
- Я понимаю, что если я освобожден от получения удостоверения, то мне необходимо получить допуск на работу с детьми и удостоверение на здоровье и безопасность, если я не дядя, тетя, бабушка или бабушка ребенка; школа или программа отдыха детей.
- Я понимаю, что номер социального страхования, указанный выше, может быть использован, чтобы проверить, получаю ли я так же пособия от программ CalWORKs, талоны на питание и/или Medi-Cal, и что я должен докладывать об этих доходах работнику по определению права на помощь.
- Я понимаю, что за детей, указанных выше, я должен взимать плату такую же или ниже, чем я взимаю за такие же услуги с других клиентов.
- Я понимаю, что округ не является моим работодателем, и не имеет никаких деловых отношений со мной, когда я получаю оплату по уходу за детьми.
- Я понимаю, что укрывание истины или ложная или неполная информация, может преследоваться по закону и наказываться штрафом и/или тюремным заключением.

Под страхом наказания за лжесвидетельство по законам Соединенных Штатов Америки и штата Калифорния, я заявляю, что информация, содержащаяся в части В, истинна и правдива.

ПОДПИСЬ УХАЖИВАЮЩЕГО	ДАТА
ПОДПИСЬ ПОЛУЧАТЕЛЯ	ДАТА