

**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 [lducharme@actonma.gov](mailto:lducharme@actonma.gov) or (978) 929-6651

**Town of Acton  
30R Sudbury Road  
Acton, MA 01720**

**Attn: Laura Ducharme, Community Services Coordinator**

**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 Приемлемостьсхема (80% площади медианного дохода)**

Размер семьи	доход Предел для резидентов Acton, Voxborough, 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)				
<b>Итого</b>	\$	\$	\$	\$

**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)				
<b>Итого</b>				

**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.

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

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

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

## 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 АТТАШМЕНТ 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.