সেভ করুন | প্রিন্ট করুন | সাফ করুন

CFWB-012
সংশোধিত 03/25

NYC Children

চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য আবেদন

এটি পূরণ করার সময় সহায়তার জন্য এবং কী কী নথিপত্রের প্রয়োজন সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য অনুগ্রহ করে নির্দেশাবলী (CFWB-012A) পড়ুন এবং নথির চেকলিস্ট (CFWB-012B) পর্যালোচনা করুন।

মনোযোগ দিন: এই আবেদনটি শুধুমাত্র ক্যাটাগরি 2* চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য আবেদন করার জন্য ব্যবহার করা হয় (যেসব পরিবার ক্যাশ অ্যাসিস্ট্যান্স পাচ্ছে না তাদের জন্য)। ক্যাটাগরি 1 চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্স সহ ক্যাশ অ্যাসিস্ট্যান্স বা অন্যান্য সুবিধার জন্য আবেদন করতে (নগদ সহায়তা প্রাপ্তি পরিবারগুলির জন্য), আপনাকে অবশ্যই নিউ ইয়র্ক স্টেট অ্যাপ্লিকেশন ফর সার্টেন বেনিফিটস অ্যান্ড সার্ভিসেস (LDSS-2921) ব্যবহার করতে হবে।

দয়া করে নোট করুন: বিভাগটি ঐচ্ছিক হিসাবে চিহ্নিত না হলে এই ফর্মের সমস্ত বিভাগকে সম্পূর্ণ করা বলে বিবেচিত হতে অবশ্যই পূরণ করতে হবে। আপনি যদি এই ফর্মের সমস্ত প্রয়োজনীয় বিভাগগুলি পূরণ না করেন তবে আপনাকে শিশু যত্ন সহায়তার জন্য বিবেচনা করা নাও হতে পারে।

নিম্নলিখিত আবেদনকারীরা আয়ের বিবেচনা ছাড়াই শিশু যত্ন সহায়তার জন্য যোগ্য হতে পারে এবং এই আবেদনটি সম্পূর্ণ করার প্রয়োজন নেই:

- পালক পিতামাতাদের কাজ করার অনুমতি দেওয়ার জন্য চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্স প্রয়োজন এবং তারা শুধুমাত্র পালিত সন্তানের (দের) জন্য সহায়তার জন্য আবেদন করছেন।
- প্রতিরক্ষামূলক বা প্রতিরোধমূলক পরিষেবা প্রাপ্ত পরিবারগুলি।

বিশদ বিবরণের জন্য আবেদন নির্দেশাবলী (CFWB-012A) পড়ুন ◯ নতুন ◯ পরিবর্তন/পুনঃপ্রত্যয়ন ◯ আবার খুলুন

শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য কেস #: ____________ আবেদনের তারিখ: ____________

বিভাগ 1 - আবেদনকারী

পদবি (অনুগ্রহ করে যেকোনো উপনাম বা কুমারী নাম বন্ধনীতে অন্তর্ভুক্ত করুন।): ____________ প্রথম নাম: ____________ MI: ______ বৈবাহিক স্থিতি: ______

বাড়ির ঠিকানা: ____________ অ্যাপার্টমেন্ট #: ______ সিটি/বরো: ______ স্টেট: ______ জিপ কোড: ______

এটা কি অস্থায়ী ঠিকানা? ◯ হাঁ ◯ না *হ্যাঁ হলে, পরিবার কি বর্তমানে বসবাস করে?* (একটিতে টিক দিন): ◯ গৃহহীন আশ্রয় ◯ অন্য পরিবারের সাথে একত্রে থাকে ◯ হোটেল/মোটেল ◯ গাড়ি, বাস, ট্রেন ◯ পার্ক, ক্যাম্পসাইট ◯ অন্যান্য

টেলিফোন (কর্মস্থল): ____________ টেলিফোন (বাড়ি): ____________ টেলিফোন (মোবাইল বা অন্য কোনও): ____________ ইমেল: ____________

আপনি কি ক্যাশ অ্যাসিস্ট্যান্স পান? ◯ হাঁ ◯ না CA#: ____________ আপনার প্রধান ভাষা কী? ◯ ইংরেজি ◯ স্পেনীয় ◯ অন্য ______

আপনার পছন্দের ভাষা কী? ◯ ইংরেজি ◯ স্পেনীয় ◯ অন্য ______

অনুগ্রহ করে আপনার পরিবারের সকল শিশুর তালিকা করুন যাদের শিশু যত্নের প্রয়োজন। **(শুধুমাত্র পরিচর্যা প্রয়োজন এমন শিশু)**

বিভাগ 2: শিশু(রা) যাদের পরিচর্যা প্রয়োজন

নাম (পদবি, প্রথম নাম)	এম.আই. (M.I.)	সম্পর্ক	D.O.B.	লিঙ্গ	সন্তানের বাবা-মা উভয়েই কি বাড়িতে থাকেন?	জাতি হিস্পানিক বা ল্যাটিনো**	রেস** *(নীচে লিজেন্ড দেখুন)*	সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর *(ঐচ্ছিক)*	প্রতিবন্ধী শিশু?	শিশুটি কি মার্কিন নাগরিক / মার্কিন জাতীয় / অথবা সন্তোষজনক অভিবাসন স্থিতির অধিকারী?
1.										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8.										

* বিভাগ 1: শিশু পরিচর্যার গ্যারান্টির জন্য যোগ্য পরিবার - ক্যাশ অ্যাসিস্ট্যান্স (CA) এর জন্য আবেদন করা বা গ্রহণ করা, অথবা CA-এর পরিবর্তে চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্স গ্রহণ করা বা ট্রানজিশনাল চাইল্ড কেয়ার গ্রহণ করা।

ক্যাটাগরি 2: তহবিল উপলব্ধ থাকলে পরিবারগুলি যোগ্য হবে

** জাতিগত এবং বর্ণের তথ্য প্রদান করা স্বেচ্ছামূলক এবং শিশু যত্ন সহায়তার জন্য আপনার যোগ্যতা বা এই সংস্থার দ্বারা আপনাকে যে পরিমাণ সহায়তা দেওয়া হবে তা প্রভাবিত করবে না।

জাতিগত সংযুক্তি কোড:

AI	নেটিভ আমেরিকান অথবা আলাস্কান নেটিভ
AS	এশীয়
BL	কৃষ্ণাঙ্গ অথবা আফ্রিকান আমেরিকান
HP	নেটিভ হাওয়াইয়ান বা অন্য কোনও প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপের বাসিন্দা
WH	শ্বেতাঙ্গ

NYC Children

অনুগ্রহ করে আপনার সমগ্র পরিবারের সকল অন্যান্য সদস্যদের তালিকা করুন (বিভাগ 2A তে তালিকাভুক্ত নয়) 18 বছরের কম বয়সী শিশু সহ যাদের শিশু পরিচর্যার প্রয়োজন নয়। প্রথমে নিজেকে তালিকাভুক্ত করুন, তারপরে আপনার সাথে যারা থাকেন তাদের অনুসরণ করুন।

বিভাগ 2B: পরিবারের সদস্যগণ

নাম (শেষ, প্রথম) (*বন্ধনীতে যেকোনো উপনাম বা প্রথম নাম অন্তর্ভুক্ত করুন*)	এম.আই. (M.I.)	সম্পর্ক	D.O.B.	লিঙ্গ	লিঙ্গ পরিচয়** (*ঐচ্ছিক*)	জাতি হিস্পানিক বা ল্যাটিনো**	রেস** (*ডানদিকে লেজেন্ড দেখুন*)	সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর (*ঐচ্ছিক*)
1.		স্ব						
2.					[redacted]			
3								
4								
5								
6								
7								
8.								

শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য	পরিবারের সদস্য সংখ্যা: _______

** জাতিগত এবং বর্ণের তথ্য প্রদান করা স্বেচ্ছামূলক এবং চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য আপনার যোগ্যতা বা এই সংস্থার দ্বারা আপনাকে যে পরিমাণ সহায়তা দেওয়া হবে তা প্রভাবিত করবে না।

পরিবারের অতিরিক্ত সদস্যদের জন্য, অনুগ্রহ করে একটি পৃথক শীট সংযুক্ত করুন। বাড়িতে বসবাসকারী যে কোনো পত্নী, পিতামাতা বা তত্ত্বাবধায়কের তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন।

জাতিগত সংযুক্তি কোড:

- **AI** নেটিভ আমেরিকান অথবা আলাস্কান নেটিভ
- **AS** এশীয়
- **BL** কৃষ্ণাঙ্গ অথবা আফ্রিকান আমেরিকান
- **HP** নেটিভ হাওয়াইয়ান বা অন্য কোনও প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপের বাসিন্দা
- **WH** শ্বেতাঙ্গ

বিভাগ 3 শিশু/পরিবারের প্রয়োজনীয়তা

চাইল্ড কেয়ার সহায়তার অনুরোধ করার জন্য আপনার কারণ কী?

- ◯ কর্মসংস্থান
- ◯ বৃত্তিমূলক প্রশিক্ষণ/শিক্ষামূলক কার্যক্রম
- ◯ গার্হস্থ্য সহিংসতা পরিষেবা প্রাপ্তি
- ◯ কাজের খোঁজে ◯ গৃহহীনতা
- ◯ অনুমোদিত নেশার দ্রব্যের চিকিৎসা কর্মসূচিতে অংশগ্রহণ করা

একজন অভিভাবক কি বর্তমানে মার্কিন সামরিক বাহিনীতে সক্রিয় ডিউটি (পূর্ণ-সময়) করছেন?

◯ হ্যাঁ ◯ না

একজন অভিভাবক কি বর্তমানে ন্যাশনাল গার্ড বা মিলিটারি রিজার্ভ ইউনিটের সদস্য?

◯ হ্যাঁ ◯ না

শিশু যত্ন প্রদানের জন্য কি একজন নন-কাস্টোডিয়াল পিতামাতা উপলব্ধ আছে?

◯ হ্যাঁ ◯ না

আবেদনকারী কি একটি ভিন্ন আবেদনের মাধ্যমে শিশু পরিচর্যার জন্য গ্রহণ করছেন এবং/অথবা আবেদন করছেন?

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে সংস্থাটি নির্দেশ করুন:

- ◯ শিক্ষা বিভাগ (Department of Education, DOE)
- ◯ মানব সম্পদ প্রশাসন (Human Resources Administration, HRA)
- ◯ যুব ও সম্প্রদায় উন্নয়ন বিভাগ (Department of Youth and Community Development, DYCD)
- ◯ গৃহহীন পরিষেবা বিভাগ (Department of Homeless Services, DHS)
- ◯ কনসোর্টিয়াম ফর ওয়ার্কার এডুকেশন (onsortium for Worker Education, CWE)
- ◯ শিশুদের পরিষেবা প্রশাসন (Administration for Children's Services, ACS)

বিভাগ 3 - নিযুক্তি (যদি চাকরি পরিচর্যার কারণ হয়)

আবেদনকারীর নিয়োগকর্তার নাম: ____________ টেলিফোন নম্বর: ____________ ঠিকানা: ____________ সিটি/বরো: ____________ স্টেট: ______ জিপ কোড: ________

চাকরি শুরুর তারিখ: ____________ কাজটির কি আবর্তনশীল শিফট আছে? ◯ হ্যাঁ ◯ না কাজটিতে কি ওভারটাইম (OT) করার প্রয়োজন আছে? ◯ হ্যাঁ ◯ না

যদি আবেদনকারীর দ্বিতীয় চাকরি থাকে

আবেদনকারীর নিয়োগকর্তার নাম: ____________ টেলিফোন নম্বর: ____________ ঠিকানা: ____________ সিটি/বরো: ____________ স্টেট: ______ জিপ কোড: ________

চাকরি শুরুর তারিখ: ____________ কাজটির কি আবর্তনশীল শিফট আছে? ◯ হ্যাঁ ◯ না কাজটিতে কি ওভারটাইম (OT) করার প্রয়োজন আছে? ◯ হ্যাঁ ◯ না

দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা পরিবারের সৎ পিতামাতা

আবেদনকারীর নিয়োগকর্তার নাম: ____________ টেলিফোন নম্বর: ____________ ঠিকানা: ____________ সিটি/বরো: ____________ স্টেট: ______ জিপ কোড: ________

চাকরি শুরুর তারিখ: ____________ কাজটির কি আবর্তনশীল শিফট আছে? ◯ হ্যাঁ ◯ না কাজটিতে কি ওভারটাইম (OT) করার প্রয়োজন আছে? ◯ হ্যাঁ ◯ না

যদি পরিবারের দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সৎ পিতামাতার দ্বিতীয় কাজ থাকে

আবেদনকারীর নিয়োগকর্তার নাম: ____________ টেলিফোন নম্বর: ____________ ঠিকানা: ____________ সিটি/বরো: ____________ স্টেট: ______ জিপ কোড: ________

চাকরি শুরুর তারিখ: ____________ কাজটির কি আবর্তনশীল শিফট আছে? ◯ হ্যাঁ ◯ না কাজটিতে কি ওভারটাইম (OT) করার প্রয়োজন আছে? ◯ হ্যাঁ ◯ না

NYC Children

বিভাগ 4 কাজ/কার্যকলাপ/যাতায়াতের সময়সূচী

সাধারণ কাজ/কার্যকলাপের সময়সূচী (যেমন, শিক্ষাগত/বৃত্তিমূলক কার্যকলাপ)

রবিবার		সোমবার		মঙ্গলবার		বুধবার		বৃহস্পতিবার		শুক্রবার		শনিবার	
থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত

যদি পিতা-মাতার দ্বিতীয় শিফট, চাকরি বা কার্যকলাপ থাকে, তবেই কেবল নিচের সময়সূচীটি পূরণ করুন

রবিবার		সোমবার		মঙ্গলবার		বুধবার		বৃহস্পতিবার		শুক্রবার		শনিবার	
থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত

পরিবারের দ্বিতীয় পিতামাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সৎ পিতামাতার জন্য সাধারণ কাজের/কার্যকলাপের সময়সূচী

রবিবার		সোমবার		মঙ্গলবার		বুধবার		বৃহস্পতিবার		শুক্রবার		শনিবার	
থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত

পরিবারের পিতা-মাতার দ্বিতীয় জন, তত্ত্বাবধায়ক অথবা সৎ পিতা-মাতার যদি দ্বিতীয় শিফট, চাকরি বা কার্যকলাপ থাকে, তবেই কেবল নিচের সময়সূচীটি পূরণ করুন

রবিবার		সোমবার		মঙ্গলবার		বুধবার		বৃহস্পতিবার		শুক্রবার		শনিবার	
থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত

ভ্রমণের সময় ড্রপ অফ: শিশু যত্ন প্রদানকারী থেকে কাজ/ক্রিয়াকলাপ পর্যন্ত ভ্রমণের সময়?

নিম্নলিখিত একটি চেক করুন: ◯ 15 মিনিট ◯ 30 মিনিট ◯ 45 মিনিট ◯ 1 ঘন্টা ◯ 1 ঘন্টার বেশি। সময়ের পরিমাণ যদি 1 ঘন্টার বেশি হয় ___ গণপরিবহন? ◯ হ্যাঁ ◯ না

পিক আপ: কাজ/ক্রিয়াকলাপ থেকে শিশু যত্ন প্রদানকারীতে ভ্রমণের সময়?

নিম্নলিখিত একটি চেক করুন: ◯ 15 মিনিট ◯ 30 মিনিট ◯ 45 মিনিট ◯ 1 ঘন্টা ◯ 1 ঘন্টার বেশি। সময়ের পরিমাণ যদি 1 ঘন্টার বেশি হয় ___ গণপরিবহন? ◯ হ্যাঁ ◯ না

জীবনসঙ্গী/অন্যান্য পিতা-মাতা: শিশু যত্ন প্রদানকারী থেকে কাজ/ক্রিয়াকলাপ পর্যন্ত ভ্রমণের সময়?

নিম্নলিখিত একটি চেক করুন: ◯ 15 মিনিট ◯ 30 মিনিট ◯ 45 মিনিট ◯ 1 ঘন্টা ◯ 1 ঘন্টার বেশি। সময়ের পরিমাণ যদি 1 ঘন্টার বেশি হয় ___ গণপরিবহন? ◯ হ্যাঁ ◯ না

পিক আপ: কাজ/ক্রিয়াকলাপ থেকে শিশু যত্ন প্রদানকারীতে ভ্রমণের সময়?

নিম্নলিখিত একটি চেক করুন: ◯ 15 মিনিট ◯ 30 মিনিট ◯ 45 মিনিট ◯ 1 ঘন্টা ◯ 1 ঘন্টার বেশি। সময়ের পরিমাণ যদি 1 ঘন্টার বেশি হয় ___ গণপরিবহন? ◯ হ্যাঁ ◯ না

আপনি বা আপনার সাথে আবেদনকারী কেউ নিম্নলিখিত উৎস থেকে অর্থ গ্রহণ করেন কিনা তা নির্দেশ করুন। *ডকুমেন্টেশনের প্রয়োজনীয়তার জন্য চেকলিস্ট (CFWB-012B) দেখুন। অনুগ্রহ করে প্রিন্ট করুন*

বিভাগ 5 উপার্জন সংক্রান্ত তথ্য

সূত্র	হ্যাঁ/না	মোটপরিমাণ	কত ঘনঘন? (সাপ্তাহিক, পাক্ষিক, মাসিক, ইত্যাদি?)	প্রাপক কে?	শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য: নথিভুক্তকরণের প্রকার	শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য: মাসিক গণনা
আবেদনকারীর মজুরি/বেতন, ওভারটাইম, কমিশন, প্রশিক্ষণ প্রোগ্রাম, টিপস সহ		$		স্ব		
দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সৎ পিতা-মাতা পরিবারের মজুরি/বেতন, সহ ওভারটাইম, কমিশন, প্রশিক্ষণ প্রোগ্রাম, টিপস		$				
নেট স্ব-কর্মসংস্থান আয়		$				
চাইল্ড সাপোর্ট পেমেন্ট (প্রাপ্ত)		$				
ভরণপোষণ/স্বামী সহায়তা (প্রাপ্ত)		$				
বেকারত্ব বীমা বেনিফিট, ওয়ার্কার্স কম		$				
সামাজিক নিরাপত্তা সুবিধা (SSI সহ)		$				
প্রতিবন্ধকতার সুবিধা (NYS, VA, বেসরকারী)		$				
ভাড়া/বোর্ডার/লজার আয় (প্রাপ্ত)		$				
লভ্যাংশ/সুদ - স্টক, বন্ড, সঞ্চয়		$				
অবসর, পেনশন/বার্ষিকী		$				
নগদ সহায়তা (Cash Assistance, CA) অনুদান, নিরাপত্তা নেট সুবিধা		$				
অন্যান্য (উল্লেখ করুন):		$				
	মোট আয়	$				

NYC Children

বিভাগ 6 পরিষেবা প্রদানকারী

আপনি যদি নিউ ইয়র্ক স্টেট চাইল্ড কেয়ার ব্লক গ্রান্ট দ্বারা অর্থায়ন করা চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য যোগ্য হন, তাহলে আপনার কাছে বেছে নেওয়ার বিকল্প রয়েছে: কেন্দ্র-ভিত্তিক বা বাড়ি-ভিত্তিক শিশু পরিচর্যা। আপনি যদি এমন একটি প্রদানকারীকে বেছে নেন যেটি লাইসেন্সপ্রাপ্ত বা নিবন্ধিত নয়, তাহলে প্রদানকারীকে অবশ্যই আইনগতভাবে অব্যাহতিপ্রাপ্ত প্রদানকারী হিসেবে নথিভুক্ত হতে হবে। আপনার পছন্দের প্রদানকারীর নাম(গুলি) এবং ঠিকানা(গুলি) নীচে প্রদান করুন। আপনি একটি সংযুক্ত শীটে অতিরিক্ত পছন্দ তালিকাভুক্ত করতে পারেন।

নাম: ______________________ প্রোগ্রাম # (প্রযোজ্য হলে): __________ নাম: ______________________ প্রোগ্রাম # (প্রযোজ্য হলে): __________ নাম: ______________________ প্রোগ্রাম # (প্রযোজ্য হলে): __________

ঠিকানা: ______________________________ ঠিকানা: ______________________________ ঠিকানা: ______________________________

বিভাগ 7 প্রত্যয়ন

1. আমি বুঝি যে এই ফর্মে থাকা তথ্যগুলি আমার বা আমার পরিবারের পরিষেবা/ভর্তুকি পাওয়ার যোগ্যতা নির্ধারণ করতে ব্যবহার করা হবে। আমি বুঝি যে এই আবেদনপত্রে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি শিশু যত্ন সহায়তার জন্য আমার অনুরোধের বিষয়ে আমার দেওয়া তথ্য বা অন্য কোনো তদন্ত যাচাই বা নিশ্চিত করার জন্য যেকোনো তদন্তে সম্পূর্ণ সহযোগিতা করতে সম্মত। অনুরোধ করা হলে আমি অতিরিক্ত তথ্য প্রদান করব।
2. সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর, প্রদান করা হলে, ফেডারেল, স্টেট এবং স্থানীয় সংস্থাগুলি পরিষেবার নকল, জালিয়াতি এবং ফেডারেল রিপোর্টিংয়ের জন্য ব্যবহার করতে পারে।
3. আমার চাহিদা, আয়, ঠিকানা, থাকার ব্যবস্থা, পরিবারের গঠন বা ঠিকানা যেখানে পরিচর্যা প্রদান করা হয়, শিশু পরিচর্যা প্রদানকারী, সরবরাহকারীর ফি এবং/অথবা যে ঘন্টার জন্য শিশুপরিচর্যার প্রয়োজন তার যেকোনো পরিবর্তন সম্পর্কে আমি অবিলম্বে সংস্থাকে জানাতে সম্মত।
4. আমি প্রত্যায়িত করছি যে শিশু পরিচর্যার প্রয়োজন হিসাবে নির্দেশিত শিশুরা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের (U.S.) নাগরিক, আইনগতভাবে মার্কিন বা সন্তোষজনক অভিবাসন স্থিতি থাকা ব্যক্তি। আমি বুঝি যে এই শিশুদের সম্পর্কে এই তথ্য প্রযোজ্য হলে অভিবাসন অবস্থা যাচাইয়ের জন্য ইমিগ্রেশন অ্যান্ড ন্যাচারালাইজেশন সার্ভিসে (INS) জমা দেওয়া হতে পারে। আমি আরও বুঝেছি যে এই শিশুদের সম্পর্কে এই তথ্যের ব্যবহার বা প্রকাশ শুধুমাত্র অভিবাসন স্থিতি যাচাইকরণ এবং প্রশাসন বা চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রামের বিধানগুলির প্রয়োগের সাথে সরাসরি যুক্ত ব্যক্তি এবং সংস্থাগুলির মধ্যে সীমাবদ্ধ।
5. আমি বুঝি যে এই আবেদনটি শুধুমাত্র চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য ব্যবহৃত হয়। SNAP, Medicaid, নগদ সহায়তা, বা অন্যান্য পরিষেবার মতো অন্যান্য সহায়তা পেতে, অতিরিক্ত অ্যাপ্লিকেশনের প্রয়োজন হবে। যাইহোক, এই আবেদন এবং এই আবেদনের তদন্তের অংশ হিসাবে প্রাপ্ত যেকোন তথ্য যেকোন সিটি, স্টেট বা ফেডারেল এজেন্সির সাথে শেয়ার করা যেতে পারে যেখানে আপনি আবেদন করেছেন বা অন্য কোন সহায়তা বা সুবিধার জন্য আবেদন করেছেন।
6. ফেডারেল এবং স্টেটের আইনগুলি জরিমানা, কারাদণ্ড বা উভয় দণ্ডের বিধান রাখে যদি আপনি চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য আবেদন করার সময় সত্য না বলেন, বা যখন আপনার যোগ্যতা সম্পর্কে আপনাকে প্রশ্ন করা হয়, অথবা আপনি যদি অন্য কাউকে আপনার সম্পর্কে সত্য না বলার কারণ করেন আবেদন বা অব্যাহত যোগ্যতা। শিশু পরিচর্যা সহায়তার জন্য আপনার প্রারম্ভিক অথবা ধারাবাহিক যোগ্যতা সম্পর্কে তথ্য গোপন করলে অথবা প্রকাশ করতে ব্যর্থ হলে; অথবা আপনি অন্য কারোর অধিকার প্রভাবিত করতে পারে এমন তথ্য গোপন করলে অথবা প্রকাশ করতে ব্যর্থ হলে, যার জন্য আপনি আবেদন করেছেন, শিশু পরিচর্যা সহায়তা সংগ্রহ করার জন্য অথবা অব্যাহতভাবে সংগ্রহ করার জন্য- এই সমস্ত ক্ষেত্রেও জরিমানা প্রযোজ্য। যদি আপনি অন্য কোনও ব্যক্তির পক্ষ থেকে আবেদনকারীর অনুমোদিত প্রতিনিধি হন তাহলে সেই ব্যক্তির জন্য শিশু পরিচর্যা সহায়তা ব্যবহার করতে হবে, আপনার জন্য নয়। তথ্য গোপন রেখে অথবা মিথ্যা তথ্য প্রদান করে চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্স সংগ্রহ করা বেআইনী।
7. আমি প্রত্যয়িত করছি যে আমার পারিবারিক সম্পদ $1,000,000.00 এর বেশি নয়।

নিউ ইয়র্ক সিটি অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর চিলড্রেন'স সার্ভিসেসের নীতি এবং প্রতিশ্রুতি হল এটি জাতি, বিশ্বাস, বয়স, বর্ণ, লিঙ্গ, ধর্ম, জাতীয় উৎপত্তি, এলিয়েন-এজ বা নাগরিকত্বের অবস্থা, শারীরিক বা মানসিক অক্ষমতা, লিঙ্গ, লিঙ্গ পরিচয়, যৌন অভিমুখিতা, গর্ভাবস্থা, বৈবাহিক বা অংশীদারিত্বের অবস্থার ভিত্তিতে বৈষম্য করে না।

আপনি আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব সম্পর্কে তথ্য পেতে পারেন http://otda.ny.gov/programs/applications/4148A.pdf

যদি আপনার ইন্টারনেট অ্যাক্সেস না থাকে, তাহলে নিচের পুস্তিকাগুলির ফিজিক্যাল কপির জন্য অনুরোধ করতে আপনি NYC ACS-কে (212) 835-7610 নম্বরে কল করতে পারেন।

LDSS-4148A: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব সম্পর্কে আপনার যা জানা উচিত; **LDSS-4148B:** সোশ্যাল সার্ভিস প্রোগ্রাম সম্পর্কে আপনার যা জানা উচিত; **LDSS-4148C:** আপনার যদি জরুরি পরিস্থিতি থাকে তাহলে আপনার যা জানা উচিত

সার্টিফিকেশন: আমি শপথ করছি এবং/অথবা মিথ্যা প্রমাণের শাস্তির অধীনে নিশ্চিত করছি যে আমি নিউ ইয়র্ক সিটি ACS কে চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্স সংক্রান্ত যে তথ্য দিয়েছি বা দেবো তার সবই সঠিক। আমি উপরের এবং সংযুক্ত উভয় নোটিশ পড়েছি এবং বুঝেছি। আমি বুঝতে পারি এবং উপরে তালিকাভুক্ত সার্টিফিকেশনের সাথে সম্মত।

অনুগ্রহ করে পিতা-মাতা/তত্ত্বাবধায়ক উভয়ের স্বাক্ষর প্রদান করুন যদি দুইজন অভিভাবক/তত্ত্বাবধায়ক পরিবার থাকে।

পিতা-মাতা/তত্ত্বাবধায়কের স্বাক্ষর: ______________________ পিতা-মাতা/তত্ত্বাবধায়কের স্বাক্ষর: ______________________ পিতামাতা/তত্ত্বাবধায়কের স্বাক্ষর: ______________________

বড় হরফে নাম লিখুন: ______________ তারিখ: ________ বড় হরফে নাম লিখুন: ______________ তারিখ: ________ বড় হরফে নাম লিখুন: ______________ তারিখ: ________

বিভাগ 8 শুধুমাত্র অফিসের জন্য

অনুমোদিত দিন এবং যত্নের সময়:

রবিবার		সোমবার		মঙ্গলবার		বুধবার		বৃহস্পতিবার		শুক্রবার		শনিবার	
থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত

দ্বিতীয় শিফট/কাজ/কার্যকলাপের সময়সূচীর জন্য অনুমোদিত দিন এবং পরিচর্যার ঘন্টা
(অভিভাবক যদি বিভাগ 5-এ দ্বিতীয় শিফ্ট/কাজ/ক্রিয়াকলাপ সময়সূচী প্রদান করেন তবেই পূরণ করুন।)

রবিবার		সোমবার		মঙ্গলবার		বুধবার		বৃহস্পতিবার		শুক্রবার		শনিবার	
থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত	থেকে	পর্যন্ত

এর দ্বারা যোগ্যতা নির্ধারিত ও অনুমোদিত (বড় হরফে নাম লিখুন এবং সংক্ষিপ্ত স্বাক্ষর করুন): ______________________ তারিখ: ______________

যোগ্যতার সময়কাল ______________ থেকে ______________ পর্যন্ত **কোড** : RFC: ________ PR: ________ FS: ________

NYC Children

অতিরিক্ত শিশু (যদি প্রযোজ্য হয়)

অনুগ্রহ করে আপনার পরিবারের সকল শিশুর তালিকা করুন যাদের শিশু যত্নের প্রয়োজন। **(শুধুমাত্র পরিচর্যার প্রয়োজন থাকা শিশু)**

বিভাগ 2: শিশু(রা) যাদের পরিচর্যা প্রয়োজন	নাম (পদবি, প্রথম নাম)	এম.আই. (M.I.)	সম্পর্ক	D.O.B.	লিঙ্গ	সন্তানের বাবা-মা উভয়েই কি বাড়িতে থাকেন?	জাতি হিস্পানিক বা ল্যাটিনো**	রেস** *(নীচে লিজেন্ড দেখুন)*	সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর *(ঐচ্ছিক)*	প্রতিবন্ধী শিশু?	শিশুটি কি মার্কিন নাগরিক / মার্কিন জাতীয় / অথবা সন্তোষজনক অভিবাসন স্থিতির অধিকারী?
	9.										
	10.										
	11.										
	12.										
	13.										
	14.										
	15.										
	16.										
	17.										
	18.										
	19.										
	20.										
	21.										
	22.										
	23.										
	24.										
	25.										
	26.										
	27.										
	28.										

* বিভাগ 1: শিশু পরিচর্যার গ্যারান্টির জন্য যোগ্য পরিবার - ক্যাশ অ্যাসিস্ট্যান্স (CA) এর জন্য আবেদন করা বা গ্রহণ করা, অথবা CA-এর পরিবর্তে চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্স গ্রহণ করা বা ট্রানজিশনাল চাইল্ড কেয়ার গ্রহণ করা।

ক্যাটাগরি 2: তহবিল উপলব্ধ থাকলে পরিবারগুলি যোগ্য হবে

** জাতিগত এবং বর্ণের তথ্য প্রদান করা স্বেচ্ছামূলক এবং শিশু যত্ন সহায়তার জন্য আপনার যোগ্যতা বা এই সংস্থার দ্বারা আপনাকে যে পরিমাণ সহায়তা দেওয়া হবে তা প্রভাবিত করবে না।

জাতিগত সংযুক্তি কোড:

AI নেটিভ আমেরিকান অথবা আলাস্কান নেটিভ
AS এশীয়
BL কৃষ্ণাঙ্গ অথবা আফ্রিকান আমেরিকান
HP নেটিভ হাওয়াইয়ান বা অন্য কোনও প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপের বাসিন্দা
WH শ্বেতাঙ্গ

NYC Children

পরিবারের অতিরিক্ত সদস্য (যদি প্রযোজ্য হয়)

অনুগ্রহ করে আপনার সমগ্র পরিবারের সকল **অন্যান্য** সদস্যদের তালিকা করুন (বিভাগ 2A তে তালিকাভুক্ত নয়) 18 বছরের কম বয়সী শিশু সহ যাদের শিশু যত্নের প্রয়োজন **নয়**। প্রথমে নিজেকে তালিকাভুক্ত করুন, তারপরে আপনার সাথে যারা থাকেন তাদের অনুসরণ করুন।

বিভাগ 2B: পরিবারের সদস্যগণ

নাম (শেষ, প্রথম) (*বন্ধনীতে যেকোনো উপনাম বা প্রথম নাম অন্তর্ভুক্ত করুন*)	**এম.আই. (M.I.)**	**সম্পর্ক**	**D.O.B.**	**লিঙ্গ**	**জাতিসত্তা হিস্পানিক বা ল্যাটিনো****	**জাতি**** (*নিচে লেজেন্ড দেখুন*)	**সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর** (*ঐচ্ছিক*)
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
24.							
25.							
26.							
27.							
28.							

শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য	পরিবারের সদস্য সংখ্যা: _______

** জাতিগত এবং বর্ণের তথ্য প্রদান করা স্বেচ্ছামূলক এবং শিশু যত্ন সহায়তার জন্য আপনার যোগ্যতা বা এই সংস্থার দ্বারা আপনাকে যে পরিমাণ সহায়তা দেওয়া হবে তা প্রভাবিত করবে না।

জাতিগত সংযুক্তি কোড:

AI নেটিভ আমেরিকান অথবা আলাস্কান নেটিভ
AS এশীয়
BL কৃষ্ণাঙ্গ অথবা আফ্রিকান আমেরিকান
HP নেটিভ হাওয়াইয়ান বা অন্য কোনও প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপের বাসিন্দা
WH শ্বেতাঙ্গ

NYC Children

অতিরিক্ত প্রদানকারী (যদি প্রযোজ্য হয়)

প্রদানকারী

আপনি যদি নিউ ইয়র্ক স্টেট চাইল্ড কেয়ার ব্লক গ্রান্ট দ্বারা অর্থায়ন করা চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য যোগ্য হন, তাহলে আপনার কাছে বেছে নেওয়ার বিকল্প রয়েছে: কেন্দ্র-ভিত্তিক বা বাড়ি-ভিত্তিক শিশু পরিচর্যা। আপনি যদি এমন একটি প্রদানকারীকে বেছে নেন যেটি লাইসেন্সপ্রাপ্ত বা নিবন্ধিত নয়, তাহলে প্রদানকারীকে অবশ্যই আইনগতভাবে অব্যাহতিপ্রাপ্ত প্রদানকারী হিসেবে নথিভুক্ত হতে হবে। আপনার পছন্দের প্রদানকারীর নাম(গুলি) এবং ঠিকানা(গুলি) নীচে প্রদান করুন। আপনি একটি সংযুক্ত শীটে অতিরিক্ত পছন্দ তালিকাভুক্ত করতে পারেন।

নাম: ____________ প্রোগ্রাম # (প্রযোজ্য হলে): ______ নাম: ____________ প্রোগ্রাম # (প্রযোজ্য হলে): ______ নাম: ____________ প্রোগ্রাম # (প্রযোজ্য হলে): ______
ঠিকানা: ____________ ঠিকানা: ____________ ঠিকানা: ____________

প্রদানকারী

নাম: ____________ প্রোগ্রাম # (প্রযোজ্য হলে): ______ নাম: ____________ প্রোগ্রাম # (প্রযোজ্য হলে): ______ নাম: ____________ প্রোগ্রাম # (প্রযোজ্য হলে): ______
ঠিকানা: ____________ ঠিকানা: ____________ ঠিকানা: ____________

প্রদানকারী

নাম: ____________ প্রোগ্রাম # (প্রযোজ্য হলে): ______ নাম: ____________ প্রোগ্রাম # (প্রযোজ্য হলে): ______ নাম: ____________ প্রোগ্রাম # (প্রযোজ্য হলে): ______
ঠিকানা: ____________ ঠিকানা: ____________ ঠিকানা: ____________

প্রদানকারী

নাম: ____________ প্রোগ্রাম # (প্রযোজ্য হলে): ______ নাম: ____________ প্রোগ্রাম # (প্রযোজ্য হলে): ______ নাম: ____________ প্রোগ্রাম # (প্রযোজ্য হলে): ______
ঠিকানা: ____________ ঠিকানা: ____________ ঠিকানা: ____________

প্রদানকারী

নাম: ____________ প্রোগ্রাম # (প্রযোজ্য হলে): ______ নাম: ____________ প্রোগ্রাম # (প্রযোজ্য হলে): ______ নাম: ____________ প্রোগ্রাম # (প্রযোজ্য হলে): ______
ঠিকানা: ____________ ঠিকানা: ____________ ঠিকানা: ____________

আয়ের নোট

NYC Children

শিশু ও পারিবারিক কল্যাণ বিভাগ (Division of Child and Family Well-Being)

ক্যাটাগরি 2 চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য আপনার আবেদন পূরণ করার জন্য নির্দেশাবলী*

চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের প্রাপ্যতা চাইল্ড কেয়ার ব্লক গ্রান্ট থেকে অর্থায়নের উপর নির্ভরশীল।

প্রিয় অভিভাবক/তত্ত্বাবধায়ক,

এই আবেদনটি একটি ক্যাটাগরি 2 পরিবার হিসাবে শুধুমাত্র চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য আবেদন করতে ব্যবহৃত হয়

আপনি যদি শুধুমাত্র ক্যাটাগরি 2 চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য আবেদন করেন, আপনি এই অপেক্ষাকৃত ছোট আবেদনটি ব্যবহার করতে পারেন। আপনি যদি ক্যাশ অ্যাসিস্ট্যান্স, সম্পূরক পুষ্টি সহায়তা প্রোগ্রাম (ফুড স্ট্যাম্প), হোম এনার্জি সহায়তা, Medicaid বা ক্যাটাগরি 1চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্স (ক্যাশ অ্যাসিস্ট্যান্স প্রাপ্তির জন্য পরিবারগুলির জন্য) সহ অন্যান্য পরিষেবার মতো অন্যান্য সুবিধাগুলির জন্য আবেদন করতে চান তবে অনুগ্রহ করে নিউ ইয়র্ক স্টেট অ্যাপ্লিকেশান ফর সার্টেন বেনিফিটস অ্যান্ড সার্ভিসেস (LDSS-2921) বলুন।

নিউ ইয়র্ক স্টেট অ্যাপ্লিকেশান ফর সার্টেন বেনিফিটস অ্যান্ড সার্ভিসেস (LDSS-2921) এর পরিবর্তে চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য আবেদন জমা দেওয়ার মাধ্যমে, আপনি চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য শুধুমাত্র ক্যাটাগরি 2 তে আবেদন করছেন, অর্থাৎ যখন তহবিল পাওয়া যায়। নিশ্চিত শিশু পরিচর্যা, ক্যাটাগরি 1-এ আপনি আবেদন করছেন না।

আপনার আবেদন সম্পূর্ণ করতে আপনাকে সহায়তা করার জন্য নিম্নলিখিত নির্দেশাবলী প্রদান করা হয়েছে। আপনার আবেদনটি সম্পূর্ণ করার সময়, নীল বা কালো কালি ব্যবহার করে ব্লক ক্যাপিটাল অক্ষরে (A, B, C) স্পষ্টভাবে প্রিন্ট করতে ভুলবেন না। বিকল্পভাবে, আপনি বৈদ্যুতিনভাবে ফর্মটি পূরণ করতে পারেন, এটি সংরক্ষণ করতে পারেন এবং এটি মুদ্রণ করতে পারেন।

এই অ্যাপ্লিকেশনটিতে অবশ্যই আয়ের প্রমাণ, ঠিকানার প্রমাণ এবং কর্মসংস্থানের প্রমাণের মতো সহায়ক ডকুমেন্টেশন অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে।

সমস্ত প্রয়োজনীয় নথির জন্য সংযুক্ত জমা চেকলিস্ট (CFWB-012B) দেখুন।

আবেদন সম্পূর্ণ করার আগে পড়ুন

- যদি আপনি প্রতিষেধক বা প্রতিরক্ষামূলক শিশু কল্যাণ পরিষেবা পান বা আপনি একজন নিযুক্ত পালক পিতামাতা হন তাহলে আপনি ইতিমধ্যেই চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য যোগ্য হতে পারেন এবং এই আবেদনটি সম্পূর্ণ করার প্রয়োজন নাও হতে পারে। আপনার কেস প্ল্যানারকে চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্টের জন্য রেফারেল করতে বলুন।
- যদি আপনি নগদ সহায়তা (cash assistance, CA) পান, তাহলে চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য আপনার মানবসম্পদ প্রশাসন (Human Resources Administration, HRA) জব সেন্টারের সাথে যোগাযোগ করতে হবে।

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন: যদি কোনো প্রয়োজনীয় বিষয়ের উত্তর না দেওয়া থাকে, তাহলে সম্পূর্ণ আবেদনটি অসম্পূর্ণ বলে বিবেচিত হবে।

শুধুমাত্র অফিসের ব্যবহারের জন্য
ধূসর ছায়াযুক্ত বাক্সগুলি শুধুমাত্র অফিস ব্যবহারের জন্য। দয়া করে এই বিভাগে কিছু লিখবেন না।

*বিভাগ 1: শিশু পরিচর্যার গ্যারান্টির জন্য যোগ্য পরিবার - ক্যাশ অ্যাসিস্ট্যান্স (CA) এর জন্য আবেদন করা বা গ্রহণ করা, বা CA-এর পরিবর্তে চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্স গ্রহণ করা বা ট্রানজিশনাল চাইল্ড কেয়ার গ্রহণ করা

বিভাগ 2: তহবিল উপলব্ধ থাকলে পরিবারগুলি যোগ্য হবে

আপনি একটি নতুন আবেদন জমা দিচ্ছেন, স্ট্যাটাস/পুনরায় শংসাপত্র পরিবর্তনের অনুরোধ করছেন, বা আপনার কেস পুনরায় খোলার অনুরোধ করছেন কিনা দয়া করে উপরের ডানদিকে নির্দেশ করুন।

বিভাগ 1 আবেদনকারী

আবেদনকারী হলেন প্রাপ্তবয়স্ক পিতামাতা বা তত্বাবধায়ক যিনি পরিচর্যার অনুরোধ করছেন। অন্যথায় উল্লেখ না থাকলে, এই বিভাগে শুধুমাত্র আবেদনকারী সম্পর্কে নিম্নলিখিত তথ্য থাকতে হবে:

1. আপনার শেষ এবং প্রথম নাম এবং মধ্যম আদ্যক্ষর প্রিন্ট করুন। অনুগ্রহ করে বন্ধনীতে কোনো উপনাম বা প্রথম নাম রাখুন।
2. আপনার বৈবাহিক অবস্থা নির্দেশ করুন (একক, বিবাহিত, তালাকপ্রাপ্ত বা বিধবা)।
3. আপনার বাড়ির ঠিকানা প্রিন্ট করুন।
4. ঠিকানাটি অস্থায়ী হলে নির্দেশ করুন। 'হ্যাঁ' চেক করুন যদি পরিবারটি বর্তমানে একটি গৃহহীন আশ্রয়ে, অন্য পরিবারের সাথে বসবাস করছে, একটি হোটেল/মোটেলে, একটি গাড়ী/বাস/ট্রেনে, পার্ক/ক্যাম্পসাইট বা অন্য কোন স্থানে বসবাস করছে।
5. এলাকা কোড সহ আপনার টেলিফোন নম্বর প্রিন্ট করুন - কাজ, বাড়ি এবং সেলুলার/অন্যান্য (যদি প্রযোজ্য হয়)।
6. আপনার ই-মেইল ঠিকানা প্রিন্ট করুন (ঐচ্ছিক)।
7. ক্যাশ অ্যাসিস্ট্যান্স স্থিতির জন্য "হ্যাঁ" বা "না" -তে টিক দিন। (যদি আপনি একজন CA প্রাপক হন, তাহলে আপনার হিউম্যান রিসোর্সেস (HRA) জব সেন্টার কর্মীর মাধ্যমে চাইল্ড কেয়ারের জন্য আবেদন করা উচিত)।
8. আপনার পরিবারে প্রায়শই যে ভাষায় কথা বলা হয় তার জন্য বাক্সটিতে টিক দিন। “অন্য” হলে, ভাষার নাম বড় হরফে লিখুন।
9. আপনি যে ভাষায় যোগাযোগ করতে চান তার জন্য বাক্সটি চেক করুন। “অন্য” হলে, ভাষার নাম বড় হরফে লিখুন।

▶ ডকুমেন্টেশন: নিউ ইয়র্ক সিটি রেসিডেন্সির জন্য প্রয়োজনীয় ডকুমেন্টেশনের জন্য চেকলিস্ট (CFWB-012B) দেখুন।

বিভাগ 2A শিশু(রা) যাদের পরিচর্যা প্রয়োজন

1. যে পরিবারের জন্য আপনি চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য আবেদন করছেন সেই পরিবারের প্রতিটি শিশুর পদবি এবং প্রথম নাম ও মধ্যম আদ্যক্ষর বড় হরফে লিখুন।
2. পরিবারের প্রতিটি সন্তানের জন্য, আপনার সাথে তাদের সম্পর্ক প্রিন্ট করুন (যেমন শিশু)।
3. জন্ম তারিখ প্রিন্ট করুন এবং তালিকাভুক্ত প্রতিটি শিশুর লিঙ্গ নির্দেশ করে বাক্সে টিক চিহ্ন দিন।
4. সন্তানের বাবা-মা দুজনেই বাড়িতে থাকেন কিনা তা নির্দেশ করুন।
5. আবেদন করা প্রতিটি শিশু হিস্পানিক বা ল্যাটিনো কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" চেক করুন। জাতিগত তথ্য প্রদান করা স্বেচ্ছামূলক এবং চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য আপনার যোগ্যতা বা এই সংস্থার দ্বারা আপনাকে যে পরিমাণ সহায়তা দেওয়া হবে তা প্রভাবিত করবে না।
6. শিশু পরিচর্যার প্রয়োজন এমন প্রতিটি শিশুর জন্য জাতি কলাম পূরণ করুন। আপনি একক ব্যক্তির জন্য একাধিক জাতি বিভাগ বেছে নিতে পারেন। জাতির তথ্য প্রদান করা স্বেচ্ছামূলক এবং চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য আপনার যোগ্যতা বা এই সংস্থার দ্বারা আপনাকে যে পরিমাণ সহায়তা দেওয়া হবে তা প্রভাবিত করবে না। নিচের কোড ব্যবহার করুন.

   AI - নেটিভ আমেরিকান বা আলাস্কা নেটিভ **AS** - এশিয়ান **BL** - কৃষ্ণাঙ্গ বা আফ্রিকান আমেরিকান
   HP - নেটিভ হাওয়াইয়ান বা প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপবাসী **WH** - স্বাতাঙ্গ

7. প্রতিটি শিশুর সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর (Social Security Number, SSN) প্রদান করুন। আপনাকে SSN প্রদান করতে হবে না। সেগুলি ফেডারেল, স্টেট এবং স্থানীয় সংস্থাগুলি পরিষেবার নকল এবং জালিয়াতি প্রতিরোধ করতে এবং ফেডারেল রিপোর্টিংয়ের জন্য ব্যবহার করতে পারে।
8. শিশুটির যদি শিশু পরিচর্যার প্রয়োজন হয়, তবে তার কোনো প্রতিবন্ধিতা আছে কিনা তা নির্দেশ করতে “হ্যাঁ” বা “না” -তে টিক চিহ্ন দিন। আপনার সন্তান যদি Child Care Assistance (চাইল্ড কেয়ার সহায়তা)র জন্য যোগ্য বলে বিবেচিত হয়, অনুগ্রহ করে একটি বিশেষ প্রয়োজনের আবেদন পেতে http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page এ যান।
9. শিশুটির যদি শিশু পরিচর্যার প্রয়োজন হয়, তবে সে যুক্তরাষ্ট্রের নাগরিক, যুক্তরাষ্ট্রের জাতীয় বা সন্তোষজনক অভিবাসন স্থিতির অধিকারী কিনা তা নির্দেশ করতে “হ্যাঁ” বা “না” -তে টিক চিহ্ন দিন।
10. অতিরিক্ত শিশুদের জন্য একটি পৃথক শীট সংযুক্ত করুন (যদি আপনি আট (8) এর বেশি শিশুদের পরিচর্যা নেওয়ার অনুরোধ করেন)।

▶ ডকুমেন্টেশন: শুধুমাত্র শিশুর (বাচ্চাদের) শিশুর যত্ন নেওয়ার জন্য নাগরিকত্ব/অভিবাসন অবস্থার জন্য প্রয়োজনীয় ডকুমেন্টেশনের জন্য চেকলিস্ট (CFWB-012B) দেখুন।

1 প্রতিবন্ধী বা বিশেষ চাহিদা সম্পন্ন শিশু হল এমন একটি শিশু যে নিজের পরিচর্যা করতে অক্ষম এবং যার রোগ নির্ণয় একজন চিকিৎসক, লাইসেন্সপ্রাপ্ত বা প্রত্যয়িত মনোবিজ্ঞানী বা এই ধরনের রোগ নির্ণয় করার জন্য উপযুক্ত যোগ্যতাসম্পন্ন অন্য পেশাদার দ্বারা করা হয়েছে, যার নিম্নলিখিত এক বা একাধিক শর্ত রয়েছে যা বিশেষ শিক্ষা বা সম্পর্কিত পরিষেবার প্রয়োজন, প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের শিক্ষা আইনের ধারা 602 (20 USC 1401), প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের শিক্ষা আইনের অংশ C (20 USC 1431 ইত্যাদি) এবং 1973 সালের পুনর্বাসন আইনের ধারা 504 (29 USC 794) অনুসারে: দৃষ্টি প্রতিবন্ধিতা, বধিরতা বা অন্যান্য শ্রবণ সমস্যা, অস্থি-সংক্রান্ত প্রতিবন্ধিতা, মানসিক ব্যাঘাত, বৌদ্ধিক প্রতিবন্ধিতা, শেখার প্রতিবন্ধিতা, বাক প্রতিবন্ধিতা, স্বাস্থ্য প্রতিবন্ধিতা, অটিজম, একাধিক প্রতিবন্ধিতা, আঘাতজনিত মস্তিষ্কের ক্ষতি, বধির-অন্ধত্ব, বা অন্যান্য স্বাস্থ্য প্রতিবন্ধিতা।

NYC Children

বিভাগ 2B পরিবারের সদস্যগণ

1. একজন পরিবারের সদস্য হল আপনার সম্পূর্ণ পরিবারের অন্য যেকোনো সদস্য, যার মধ্যে শিশু পরিচর্যার প্রয়োজন নেই এমন শিশুরাও অন্তর্ভুক্ত প্রথমে নিজেকে তালিকাভুক্ত করুন, তারপরে প্রযোজ্য হলে সন্তানের দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক এবং সৎ পিতা-মাতা সহ আপনার সাথে বসবাসকারী সকলকে তালিকাভুক্ত করুন। তত্ত্বাবধায়কের মধ্যে আইনগত অভিভাবক, তত্ত্বাবধায়ক আত্মীয় বা শিশুর স্থানীয় পিতামাতার অন্য কোনো ব্যক্তি অন্তর্ভুক্ত। শেষ এবং প্রথম নাম এবং প্রযোজ্য হলে মধ্যম আদ্যক্ষর প্রিন্ট করুন।
2. আপনার সাথে প্রতিটি ব্যক্তির সম্পর্ক প্রিন্ট করুন (যেমন পত্নী, সঙ্গী, দাদা-দাদি, পিতামাতা ইত্যাদি)।
3. জন্ম তারিখ বড় হরফে লিখুন এবং পরিবারের প্রতিটি ব্যক্তির লিঙ্গ নির্দেশ করে বাক্সটিতে টিক চিহ্ন দিন।
4. আপনার লিঙ্গ পরিচয় বড় হরফে লিখুন। আপনার লিঙ্গ পরিচয়কে সবচেয়ে ভালোভাবে বর্ণনা করে এমন শব্দ(গুলি) আপনি দিতে পারেন। আপনার লিঙ্গ পরিচয় হল আপনি যেভাবে নিজেকে সংজ্ঞায়িত ও পরিচিত করেন – পুরুষ, নারী, উভয়ের মিশ্রণ, বা কোনোটিই নয়। আপনার লিঙ্গ জন্মের সময় নির্ধারিত লিঙ্গের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হতেও পারে আবার নাও হতে পারে। এটি একটি ঐচ্ছিক প্রশ্ন, এবং আপনার উত্তর বা উত্তর না দেওয়ার সিদ্ধান্ত আপনার যোগ্যতার উপর প্রভাব ফেলবে না।
5. পরিবারের প্রতিটি সদস্য হিস্পানিক বা ল্যাটিনো কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" চেক করুন। জাতিগত তথ্য প্রদান করা স্বেচ্ছামূলক এবং শিশু যত্ন সহায়তার জন্য আপনার যোগ্যতা বা এই সংস্থার দ্বারা আপনাকে যে পরিমাণ সহায়তা দেওয়া হবে তা প্রভাবিত করবে না।
6. আপনার সাথে বসবাসকারী প্রত্যেকের জন্য রেস কলামটি পূরণ করুন। আপনি একক ব্যক্তির জন্য একাধিক জাতি বিভাগ বেছে নিতে পারেন। রেসের তথ্য প্রদান করা স্বেচ্ছামূলক এবং শিশু যত্ন সহায়তার জন্য আপনার যোগ্যতা বা এই সংস্থার দ্বারা আপনাকে যে পরিমাণ সহায়তা দেওয়া হবে তা প্রভাবিত করবে না। নিচের কোড ব্যবহার করুন.

   AI - নেটিভ আমেরিকান বা আলাস্কা নেটিভ
   AS - এশিয়ান
   BL - কৃষ্ণাঙ্গ বা আফ্রিকান আমেরিকান
   HP - নেটিভ হাওয়াইয়ান বা প্রশান্ত মহাসাগরীয় দ্বীপবাসী
   WH - শ্বেতাঙ্গ

7. আপনার পরিবারের সদস্যদের জন্য সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর (SSN) পূরণ করুন। SSN ঐচ্ছিক। SSN ফেডারেল, রাজ্য, এবং স্থানীয় সংস্থাগুলি পরিষেবাগুলির নকল এবং জালিয়াতি প্রতিরোধ করতে এবং ফেডারেল রিপোর্টিংয়ের জন্য ব্যবহার করতে পারে।
8. যদি পরিবারের আট (8) জনের বেশি সদস্য থাকে, তাদের সমস্ত তথ্য তালিকাভুক্ত করার জন্য একটি পৃথক পত্রক সংযুক্ত করুন।

▶ ডকুমেন্টেশন: 18 বছরের কম বয়সী পরিবারের সকল শিশুর জন্য প্রয়োজনীয় ডকুমেন্টেশনের জন্য চেকলিস্ট (CFWB-012B) দেখুন, শিশুর যত্নের প্রয়োজন হলে, পিতামাতা/আবেদনকারীর সাথে সন্তানের সম্পর্ক যাচাই করতে এবং সন্তানের বয়স যাচাই করতে।

বিভাগ 3 শিশু/পরিবারের প্রয়োজনীয়তা

1. চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য আপনার অনুরোধের কারণ নির্দেশ করতে অনুগ্রহ করে উপযুক্ত বাক্স(গুলি)তো টিক চিহ্ন দিন।
   - কর্মসংস্থান
   - বৃত্তিমূলক প্রশিক্ষণ, বা শিক্ষামূলক কার্যক্রম
   - গার্হস্থ্য সহিংসতা সেবা গ্রহণ
   - কাজ খোঁজা
   - গৃহহীনতা
   - অনুমোদিত নেশার দ্রব্যের চিকিৎসা কর্মসূচিতে অংশগ্রহণ করা
2. শিশু পরিচর্যা প্রদানের জন্য একজন নন-কাস্টোডিয়াল পিতামাতা উপলব্ধ আছে কিনা তা নির্দেশ করতে "হ্যাঁ" বা "না" চেক করুন।
3. একজন অভিভাবক বর্তমানে মার্কিন সামরিক বাহিনীতে পূর্ণ-সময় সক্রিয় কিনা তা নির্দেশ করার জন্য উপযুক্ত বাক্সটি চেক করুন। আবেদনটি সম্পূর্ণ হওয়ার জন্য আপনাকে অবশ্যই "হ্যাঁ" বা "না" চেক করতে হবে।
4. পিতামাতা বর্তমানে ন্যাশনাল গার্ড বা মিলিটারি রিজার্ভ ইউনিটের সদস্য কিনা তা নির্দেশ করার জন্য উপযুক্ত বাক্সে চেক করুন। আবেদনটি সম্পূর্ণ হওয়ার জন্য আপনাকে অবশ্যই "হ্যাঁ" বা "না" চেক করতে হবে।
5. আবেদনকারী একটি ভিন্ন এজেন্সির মাধ্যমে শিশু পরিচর্যা গ্রহণ করছেন এবং/অথবা আবেদন করছেন কিনা তা নির্দেশ করুন এবং এজেন্সি নির্বাচন করুন।

▶ ডকুমেন্টেশন: পরিচর্যার প্রতিটি কারণে প্রয়োজনীয় ডকুমেন্টেশনের জন্য চেকলিস্ট (CFWB-012B) দেখুন। সামরিক অবস্থার ডকুমেন্টেশন প্রয়োজন হয় না। একজন আবেদনকারীকে অবশ্যই তাদের সামরিক দায়িত্ব থেকে প্রাপ্ত আয়ের ডকুমেন্টেশন প্রদান করতে হবে।

বিভাগ 4 কর্মসংস্থান

(যদি আপনার চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের অনুরোধের কারণ কর্মসংস্থান হয় অথবা আপনি কর্মসংস্থান থেকে আয়ের প্রতিবেদন করেন, তাহলে পরিবারের প্রতিটি নিযুক্ত পিতামাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সৎ পিতামাতার জন্য সম্পূর্ণ করুন)

1. আবেদনকারীর নিয়োগকর্তার নাম, ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর প্রিন্ট করুন।
2. কর্মসংস্থান শুরুর তারিখ প্রিন্ট করুন।
3. আপনার কাজের একটি ঘূর্ণায়মান শিফট আছে এবং/অথবা ওভারটাইম প্রয়োজন কিনা তা নির্দেশ করার জন্য উপযুক্ত বাক্সটি চেক করুন।
4. প্রযোজ্য হলে, পরিবারের দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সৎ পিতা-মাতার জন্য নিয়োগকর্তার নাম, ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর প্রিন্ট করুন।
5. প্রযোজ্য হলে, পরিবারের দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সৎ পিতা-মাতার নিয়োগের তারিখ প্রিন্ট করুন।
6. প্রযোজ্য হলে, পরিবারের দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সৎ পিতা-মাতার একটি ঘূর্ণায়মান শিফট আছে এবং/অথবা ওভারটাইম প্রয়োজন কিনা তা নির্দেশ করার জন্য উপযুক্ত বাক্সটি চেক করুন।

▶ ডকুমেন্টেশন: চাকরির জন্য প্রয়োজনীয় ডকুমেন্টেশনের জন্য চেকলিস্ট (CFWB-012B) দেখুন।

বিভাগ 5 কাজ/কার্যকলাপ/যাতায়াতের সময়সূচী

(পরিবারের প্রতিটি পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সৎ পিতামাতার জন্য সম্পূর্ণ, যারা কর্মরত বা শিক্ষাগত/বৃত্তিমূলক কার্যকলাপ রয়েছে)

1. সপ্তাহের প্রতিটি দিনের জন্য সাধারণ নির্ধারিত কাজ বা কার্যকলাপের ঘন্টা প্রিন্ট করুন। ঘন্টা AM বা PM হলে নির্দেশ করুন।
2. যদি দ্বিতীয় শিফট, চাকরি বা কার্যকলাপ থাকে, সেই কার্যকলাপের জন্য সময়সূচী প্রিন্ট করুন।
3. প্রযোজ্য হলে, পরিবারের দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সৎ বাবা-মায়ের জন্য সপ্তাহের প্রতিটি দিনের জন্য সাধারণ নির্ধারিত কাজের সময় মুদ্রণ করুন।
4. যদি পরিবারের দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সৎ পিতা-মাতার দ্বিতীয় শিফট, চাকরি বা কার্যকলাপ থাকে, তাহলে সেই কার্যকলাপের সময়সূচী প্রিন্ট করুন।
5. আবেদনকারীর কর্মস্থল/ক্রিয়াকলাপ থেকে প্রদানকারীর কাছে যাতায়াত করতে এবং যাতায়াত করতে কত সময় লাগে তা পরীক্ষা করুন।
6. আবেদনকারী কর্ম/ক্রিয়াকলাপ থেকে প্রদানকারীর কাছে যাতায়াত করতে পাবলিক ট্রান্সপোর্ট ব্যবহার করেন কিনা তা নির্দেশ করুন।
7. প্রযোজ্য হলে, পরিবারের দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক, বা সৎ বাবা-মায়ের কাজ/ক্রিয়াকলাপ থেকে প্রদানকারীর কাছে যাতায়াতের জন্য কতটা সময় লাগে তা পরীক্ষা করুন।
8. ইঙ্গিত করুন যে পরিবারের দ্বিতীয় পিতা-মাতা, তত্ত্বাবধায়ক বা সৎ পিতা-মাতা কর্মক্ষেত্র/ক্রিয়াকলাপ থেকে প্রদানকারীর কাছে যাতায়াতের জন্য সর্বজনীন পরিবহন ব্যবহার করেন।

বিভাগ 6 উপার্জন সংক্রান্ত তথ্য

এই বিভাগের জন্য, শুধুমাত্র সেই আইটেমগুলির উত্তর দিন যার জন্য আপনি বা পরিবারের একজন সদস্য আয় করেছেন। অনুগ্রহ করে নিজের জন্য আয়/সুবিধা তথ্য অন্তর্ভুক্ত করুন এবং আপনার সাথে বসবাসকারী আপনার জীবনসঙ্গী সহ পরিবারের অন্য কোনো প্রাপ্তবয়স্ক সদস্য, অথবা একজন প্রাপ্তবয়স্ক যিনি আপনার সাথে থাকেন এবং যার সাথে আপনার অন্তত একটি শিশু আছে। এছাড়াও 18 বছরের কম বয়সী যে কোনও ব্যক্তিকে অন্তর্ভুক্ত করুন যিনি আইনত শিশু বা শিশুদের জন্য দায়বদ্ধ যার জন্য শিশু যত্ন সহায়তা চাওয়া হয়েছে।

1. আপনার নিজের এবং আপনার সাথে বসবাসকারী যে কেউ প্রতিটি ধরনের আয়ের জন্য হ্যাঁ বা না-এ টিক দিন। করুন।
2. প্রতিটি "হ্যাঁ" উত্তরের জন্য, ডলার ($) পরিমাণ বা মূল্য, এটি কত ঘন ঘন গৃহীত হয়েছে এবং যে ব্যক্তি আয় পেয়েছেন তার নাম প্রিন্ট করুন।
3. সমস্ত আয় আবেদনে রিপোর্ট করতে হবে।
4. আপনি যদি ক্যাশ অ্যাসিস্ট্যান্স প্রাপ্তি নির্দেশ করেন, তাহলে আপনার HRA জব সেন্টারের কর্মীর মাধ্যমে শিশু পরিচর্যার জন্য আবেদন করতে হবে।
5. আপনি যদি অনিশ্চিত হন যে কোথায় আয়ের প্রকারের তালিকা করতে হবে, আপনি এটিকে "অন্য" এর অধীনে অন্তর্ভুক্ত করতে পারেন।

▶ ডকুমেন্টেশন: আয়ের জন্য প্রয়োজনীয় ডকুমেন্টেশনের জন্য চেকলিস্ট (CFWB-12B) দেখুন।

NYC Children

বিভাগ 7 পরিষেবা প্রদানকারী

1. আপনি যদি নিউ ইয়র্ক স্টেট চাইল্ড কেয়ার ব্লক গ্রান্ট দ্বারা অর্থায়িত চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য যোগ্য হন, তাহলে আপনার কাছে কেন্দ্র-ভিত্তিক বা বাড়ি-ভিত্তিক শিশু পরিচর্যা বেছে নেওয়ার বিকল্প রয়েছে।
2. আপনি যদি প্রদানকারী/প্রোগ্রাম জানেন যেখানে আপনি আপনার সন্তানকে নথিভুক্ত করতে চান, তাহলে অনুগ্রহ করে নাম, ঠিকানা এবং ACS প্রোগ্রাম নম্বর নির্দেশ করুন (যদি প্রযোজ্য হয়)।

বিভাগ 8 প্রত্যয়ন

অনুগ্রহ করে সার্টিফিকেশন বিভাগটি মনোযোগ সহকারে পড়ুন এবং স্বাক্ষর করুন। যদি আবেদনকারী অন্য কারো জন্য আবেদনটি পূরণ করে থাকেন, তবে তাদের অবশ্যই নিজের নামে স্বাক্ষর করতে হবে। পিতা-মাতার দুজনের পরিবার হলে, **উভয় পিতামাতাকেই আবেদনপত্রে স্বাক্ষর করতে হবে।**

স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আপনি প্রত্যয়ন করেন যে আপনার সম্মিলিত পারিবারিক সম্পদ $1,000,000 এর বেশি নয়। পারিবারিক সম্পদের উদাহরণ হল: নগদ, সঞ্চয় এবং চেকিং অ্যাকাউন্ট, আপনার বাড়ি, রিয়েল এস্টেট, গাড়ি, স্টক, বন্ড, মিউচুয়াল ফান্ড, IRAs, 401(k), অ্যানুইটি, ট্রাস্ট ফান্ড, জীবন বীমা, নিরাপদ আমানত বাক্স সামগ্রী ইত্যাদি।

বিভাগ 9: শুধু অফিসের ব্যবহার করার জন্য

এই বিভাগটি সম্পূর্ণ করবেন না। যে কর্মীরা যত্নের জন্য আপনার পরিবারের যোগ্যতা নির্ধারণ করছেন তারা এটি ব্যবহার করবেন।

ভোটার নিবন্ধন তথ্য

শিশু পরিচর্যা সহায়তার আবেদনপত্রের শেষ পৃষ্ঠাটি ভোট দিতে রেজিস্টার করানোর একটি আবেদনপত্র। আপনি যদি ভোটার নিবন্ধন আবেদন ফর্ম পূরণ করতে সাহায্য পেতে চান, 311 এ কল করুন। নিবন্ধনের জন্য আবেদন করা বা ভোটে নিবন্ধন করতে অস্বীকার করা শিশু যত্ন সহায়তার জন্য আপনার যোগ্যতা বা এই সংস্থার দ্বারা আপনাকে যে পরিমাণ সহায়তা দেওয়া হবে তা প্রভাবিত করবে না।

অধিকার এবং দায়িত্বের তথ্য

আপনি এখানে আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব সম্পর্কে তথ্য পেতে পারেন: http://otda.ny.gov/programs/applications/4148a.pdf

আপনার যদি ইন্টারনেটে অ্যাক্সেস না থাকে, তাহলে আপনি নিউ ইয়র্ক সিটি ACS-কে (212) 835-7610 নম্বরে কল করতে পারেন যাতে আপনার অধিকার এবং দায়িত্বগুলি হাইলাইট করা পুস্তিকাগুলির ফিজিক্যাল কপিগুলি আপনাকে মেল করা হয়।

- **LDSS-4148A**: আপনার অধিকার এবং দায়িত্ব সম্পর্কে আপনার যা জানা উচিত
- **LDSS-4148B**: সোশ্যাল সার্ভিস প্রোগ্রাম সম্পর্কে আপনার যা জানা উচিত
- **LDSS-4148C**: আপনার যদি জরুরি পরিস্থিতি থাকে তাহলে আপনার কী জানা উচিত

প্রিন্ট করুন

CFWB-012B
সংশোধিত 03/25

NYC Children

চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের নতুন আবেদন জমা দেওয়ার চেকলিস্ট

চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিসট্যান্সের আবেদন (CFWB-012)-এ অবশ্যই সহায়ক ডকুমেন্টেশন অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে। ভর্তুকি যোগ্যতার প্রতিটি প্রয়োজনীয়তার জন্য ডকুমেন্টেশন সরবরাহ করা হয়েছে তা নিশ্চিত করতে পরীক্ষা করুন।

1. আবেদন (CFWB-012)

সমস্ত বিভাগ সম্পূর্ণ হয়েছে তা নিশ্চিত করুন, সহ:

- ◯ যদি পিতামাতার দুজনের পরিবার হয়, তাহলে উভয় পিতামাতাই স্বাক্ষর করেছেন
- ◯ সামরিক স্থিতি (ধারা 3)
- ◯ যাতায়াতের সময় (অনুচ্ছেদ 5)

2. নিউইয়র্ক সিটি রেসিডেন্সি

নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে **একটি** কপি:

- ◯ ড্রাইভিং লাইসেন্স
- ◯ IDNYC
- ◯ বিভাগ 8 মঞ্জুরি পত্র
- ◯ CFWB-067 রেসিডেন্সি অ্যাটেস্টেশন
- ◯ ঠিকানাসহ আশ্রয়কেন্দ্রে বসবাসকারী চিঠি
- ◯ NYCHA সার্টিফিকেট
- ◯ আপনার বর্তমান ঠিকানা সহ ইউটিলিটি বিল (যেমন, বিদ্যুৎ, গ্যাস, হিটিং, তেল, জল, WiFi/ইন্টারনেট, কেবেল, বা ল্যান্ডলাইন ফোন)*
- ◯ ঠিকানা সহ ভাড়া বা বন্ধকীর বিবৃতি*
- ◯ CFWB-027 ঠিকানা সহ আবাসন প্রত্যয়ন
- ◯ অন্যান্য ______________________________
- ◯ বর্তমান লিজ

*অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন: যদি "**অন্য**" ডকুমেন্টেশন সন্তোষজনক না হয়, ACS আবেদনকারীকে অবহিত করবে।*

নথির মেয়াদ শেষ হলে হবে না।
*** সহ নথিগুলি 60 দিনের বেশি পুরানো হলে হবে না।**

3. শুধুমাত্র শিশু(দের) জন্য যাদের শিশু পরিচর্যা প্রয়োজন: নাগরিকত্ব/অভিবাসন স্থিতি

নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে **একটি** কপি:

- ◯ মার্কিন জন্ম শংসাপত্র
- ◯ মার্কিন পাসপোর্ট ফর্ম
- ◯ নাগরিকত্ব সার্টিফিকেট
- ◯ স্থায়ী বাসিন্দা বা গ্রিন কার্ড সহ এলিয়েন রেজিস্ট্রেশন কার্ড
- ◯ FS-240 (মার্কিন নাগরিকের বিদেশে জন্মের প্রতিবেদন)
- ◯ অন্য ______________________________

দয়া করে নোট করুন: যদি "অন্য" ডকুমেন্টেশন সন্তোষজনক না হয়, ACS আবেদনকারীকে অবহিত করবে।

4. পিতামাতা/আবেদনকারীর সাথে সন্তানের সম্পর্ক

18 বছরের কম বয়সী পরিবারের **সকল** শিশুর জন্য নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে **একটি** অনুলিপি, সন্তানের জন্য শিশু যত্নের প্রয়োজন থাকলেও:

- ◯ জন্ম শংসাপত্র
- ◯ ব্যাপটিসমাল রেকর্ড
- ◯ পিতামাতার স্বাক্ষর সহ পাসপোর্ট
- ◯ দত্তক গ্রহণের রেকর্ড
- ◯ আর্থিক দায়িত্ব সহ আইনি অভিভাবকের জন্য আদালতের আদেশ
- ◯ অন্যান্য (অনুগ্রহ করে তত্ত্বাবধায়ক প্রত্যয়ন CFWB-058 পূরণ করুন)

5. বয়স

18 বছরের কম বয়সী পরিবারের **সকল** শিশুর জন্য নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে **একটি** অনুলিপি, সন্তানের জন্য শিশু যত্নের প্রয়োজন থাকলেও:

- ◯ জন্ম শংসাপত্র
- ◯ ব্যাপটিসমাল রেকর্ড
- ◯ পাসপোর্ট
- ◯ দত্তক গ্রহণের রেকর্ড
- ◯ এলিয়েন রেজিস্ট্রেশন কার্ড
- ◯ শিশুর জন্মের সরকারি হাসপাতালের নথিপত্র

6. আয়

CFWB-012 জমা দেওয়া সমস্ত আবেদনকারীকে অবশ্যই পরিচর্যার কারণ নির্বিশেষে আয়ের ডকুমেন্টেশন প্রদান করতে হবে।

নিযুক্ত থাকলে:

◯ CFWB-015 - কর্মচারী আয়ের তথ্যের জন্য নিয়োগকর্তার কাছে রেফারেল

অথবা

পে স্টাব (দ্বি-সাপ্তাহিক = প্রতি 2 সপ্তাহে; আধা-মাসিক = মাসে দুবার)

◯ সাপ্তাহিক – 4 টি বর্তমান, টানা বেতন স্টাব যদি মোট পরিমাণ একই হয়
◯ সাপ্তাহিক – 12 টি বর্তমান, টানা বেতন স্টাব যদি মোট পরিবর্তিত হয়
◯ দ্বি-সাপ্তাহিক/আধা-মাসিক – 2 টি বর্তমান, টানা বেতন স্টাব যদি মোট পরিমাণ একই হয়
◯ দ্বি-সাপ্তাহিক/আধা-মাসিক – 6 টি বর্তমান, টানা বেতন স্টাব যদি মোট পরিবর্তিত হয়

ফর্ম এবং আবেদন নির্দেশাবলীর জন্য অনুগ্রহ করে https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page পৃষ্ঠাতে যান।
আরও তথ্যের জন্য 311 বা 212-835-7610 নম্বরে কল করুন।

যদি স্ব-নিযুক্ত হন:

◯ যদি 1 বছর বা তার বেশি সময়ের জন্য স্ব-নিযুক্ত হন: আপনার ব্যবসার ধরণের উপর নির্ভর করে একটি বর্তমান, সম্পূর্ণ এবং স্বাক্ষরিত ফর্ম 1040 এবং একটি অনুসূচি 1 (ফর্ম 1040) এবং নিম্নলিখিত নথিগুলির মধ্যে একটি জমা দিন:

◯ একক মালিকের ক্ষেত্রে: অনুসূচি C (ফর্ম 1040 এবং যেকোন সম্পর্কিত ফর্ম 1099)
◯ এস-কর্প এবং এলএলসি-কর্পের জন্য: ফর্ম 1120-S
◯ LLC পার্টনারশিপের জন্যে: ফর্ম 1065

◯ যদি 1 বছর বা তার বেশি সময় ধরে স্ব-নিযুক্ত হন, কিন্তু একটি এক্সটেনশন ফাইল করার কারণে বর্তমান ফর্ম 1040 না থাকে: একটি সম্পূর্ণ এবং স্বাক্ষরিত ফর্ম 4868 এবং ট্যাক্সের উদ্দেশ্যে রক্ষিত তিন মাসের ব্যবসার রেকর্ড জমা দিন।

◯ যদি 1 বছরের কম সময়ের জন্য স্ব-নিযুক্ত হন: CFWB-031 স্ব-নিযুক্ত আয়ের তথ্য প্রত্যয়ন এবং তিন মাসের ব্যবসার রেকর্ড জমা দিন।

◯ যদি 3 মাসের কম সময়ের জন্য স্ব-নিযুক্ত হন: CFWB-031 স্ব-নিযুক্ত আয়ের তথ্য প্রত্যয়ন এবং প্রতি মাসে স্ব-নিযুক্তির জন্য ব্যবসার রেকর্ড জমা দিন।

অন্যান্য আয়:

◯ SSI, SSD, বেকারত্বের সুবিধা, ভাড়া আয়, পেনশন, বার্ষিক বৃত্তি, কর্মীর ক্ষতিপূরণের জন্য: সাম্প্রতিক চেক, পেস্টাব বা পুরস্কার চিঠি রূপে এই ধরণের আয়ের উৎসের প্রমাণ জমা দিন। আপনার পরিবারের কোনো শিশুর দ্বারা প্রাপ্ত SSI অন্তর্ভুক্ত করার প্রয়োজন নেই। যদি পরিমাণ প্রতি মাসে একই হয়, তাহলে আপনাকে অবশ্যই এক মাসের নথি প্রদান করতে হবে। যদি পরিমাণ প্রতি মাসে আলাদা হয়, তাহলে আপনাকে অবশ্যই 3 মাসের নথি প্রদান করতে হবে। আপনি যদি বিশ্বাস করেন যে আগের 3 মাস এই উৎস থেকে আপনার সাধারণ আয়ের প্রতিনিধিত্ব করে না, তাহলে আপনি 6 মাস পর্যন্ত নথি জমা দিতে পারেন। আপনার আবেদন জমা দেওয়ার তারিখের 30 দিনের মধ্যে সাম্প্রতিক চেক, পেস্টাব বা মঞ্জুরি চিঠি অবশ্যই দিতে হবে।

◯ ভরণপোষণ এবং শিশু সহায়তার জন্য: আপনার যদি একটি চুক্তি, পুরস্কারের চিঠি, বা চেকের অনুলিপি থাকে তবে সেই নথি জমা দিন। যদি পরিমাণ প্রতি মাসে একই হয়, তাহলে আপনাকে অবশ্যই এক মাসের নথি প্রদান করতে হবে। যদি পরিমাণ প্রতি মাসে আলাদা হয়, তাহলে আপনাকে অবশ্যই 3 মাসের নথি প্রদান করতে হবে। আপনি যদি বিশ্বাস করেন যে আগের 3 মাস এই উৎস থেকে আপনার সাধারণ আয়ের প্রতিনিধিত্ব করে না, তাহলে আপনি 6 মাস পর্যন্ত নথি জমা দিতে পারেন। আপনার আবেদন জমা দেওয়ার তারিখের 30 দিনের মধ্যে সাম্প্রতিক চুক্তি, পুরস্কারের চিঠি, বা চেকের তারিখ হতে হবে।

NYC Children

7. যত্ন জন্য কারণ

আবেদনকারীকে অবশ্যই যত্নের জন্য নিম্নলিখিত কারণগুলির মধ্যে একটি নথিভুক্ত করতে হবে:

a. **প্রতি সপ্তাহে ন্যূনতম 10 ঘন্টা কাজ করে কমপক্ষে ন্যূনতম মজুরি উপার্জন:**

- ◯ কর্মসংস্থান এবং/অথবা স্ব-কর্মসংস্থান সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় নথিগুলির জন্য আয়ের অধীনে উপরে দেখুন।

b. **শিক্ষাগত/বৃত্তিমূলক কার্যকলাপ:**

ভোকেশনাল স্কুল, 2 বছরের কলেজ, বা 4 বছরের কলেজ (নিম্নলিখিত একটি)

- ◯ স্কুলের স্ট্যাম্প সহ CFWB-005
- ◯ অফিসিয়াল লেটারহেডে প্রশিক্ষণ বা শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের একটি চিঠিও গ্রহণযোগ্য, তবে সমস্ত প্রয়োজনীয় তথ্য থাকতে হবে CFWB-005-এ প্রতিফলিত।

c. **কাজের সন্ধান করা হচ্ছে** (নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে **একটি**):

- ◯ CFWB-026 - কাজের অনুসন্ধানের রেকর্ড
- ◯ NYS শ্রম বিভাগ থেকে অনুমোদিত কাজের অনুসন্ধান পরিকল্পনা
- ◯ বেকারত্ব বিমা প্রাপ্তির প্রমাণ

d. **গৃহহীন** (নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে একটি):

- ◯ আশ্রয়কেন্দ্রে বসবাসকারী চিঠি (যদি আশ্রয়কেন্দ্রে থাকেন, মানবিক জরুরী ত্রাণ কেন্দ্র সহ) অথবা
- ◯ CFWB-027 আবাসন প্রত্যয়ন (যদি অনুমোদিতভাবে বসবাস করেন, এমন একটি জায়গায় যা মানুষের বাসস্থানের জন্য নয়, একটি হোটেল/মোটেলে, বা অন্য কোনো বসবাসের পরিস্থিতিতে)

e. **ডোমেস্টিক ভায়োলেন্স রেফারেল (ডোমেস্টিক ভায়োলেন্স সার্ভিস প্রোভাইডার থেকে):**

- ◯ গার্হস্থ্য সহিংসতার প্রতিক্রিয়া হিসাবে পরিষেবাগুলির জন্য রেফারেল

f. **নেশার দ্রব্যের ব্যবহারের চিকিৎসা কর্মসূচির রেফারেল** (পদার্থ অপব্যবহার চিকিৎসা পরিষেবা প্রদানকারীর কাছ থেকে):

- ◯ নেশার দ্রব্যের ব্যবহারের চিকিৎসার জন্য পরিষেবার জন্য রেফারেল

ফর্ম এবং আবেদন নির্দেশাবলীর জন্য অনুগ্রহ করে https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page পৃষ্ঠাতে যান।

আরও তথ্যের জন্য 311 বা 212-835-7610 নম্বরে কল করুন।

The City of New York
Administration for Children's Services
Division of Child and Family Well-Being
66 John Street, 7th Floor
New York, New York 10038

NYC Children

কিভাবে আপনার আবেদন জমা দিতে হয়

অনুগ্রহ করে চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিসট্যান্সের জন্য আবেদনটি সম্পূর্ণ করুন (CFWB-012) পরিবারের আকার, বসবাস, আয় এবং যত্নের কারণ যাচাই করার জন্য প্রয়োজনীয় সমস্ত ডকুমেন্টেশন সংগ্রহ করুন। জমা দেওয়ার আগে আপনার আবেদন সম্পূর্ণ হয়েছে তা নিশ্চিত করতে অ্যাপ্লিকেশন চেকলিস্ট ব্যবহার করতে ভুলবেন না।

একবার সম্পূর্ণ হলে, প্রক্রিয়াকরণের জন্য নিচের ঠিকানায় আপনার আবেদন এবং ডকুমেন্টেশন পাঠান:

NYC Children – EDU
PO Box 40
Maplewood, NJ 07040

সমস্ত নথি মার্কিন ডাক পরিষেবা দ্বারা পাঠানো উচিত. ডকুমেন্ট ফেডেক্স বা UPS দ্বারা PO বক্সে পাঠানো যাবে না।

আবেদন সম্পর্কে আপনার কোন প্রশ্ন থাকলে, অনুগ্রহ করে 212-835-7610 নম্বরে ACS চাইল্ড কেয়ার কল সেন্টারে কল করুন।

CFWB-012
সংশোধিত 03/25

NYC Children

স্মারকলিপি

Jess Dannhauser
কমিশনার

66 John Street
8th Floor
New York, NY 10038

প্রতি: সকল পিতা-মাতা/অভিভাবক চাইল্ড কেয়ার অ্যাসিস্ট্যান্সের জন্য আবেদন করছেন

প্রসঙ্গ: অভিবাসন স্থিতি

কিছু প্রোগ্রামের জন্য প্রমাণের প্রয়োজন যে আপনার যে শিশুর শিশু যত্নের প্রয়োজন সে একজন মার্কিন নাগরিক, মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের জাতীয় বা সন্তোষজনক অভিবাসন স্থিতি সহ ব্যক্তি।

শিশু যত্নের প্রয়োজনে শিশু (দের) ব্যতীত আপনার নিজের বা পরিবারের অন্য কারোর জন্য আপনাকে অভিবাসন স্থিতির জন্য জিজ্ঞাসা করা হবে না।

অনুগ্রহ করে দেখুন;
www.nyc.gov/acs

Child.FamilyWellBeing@acs.nyc.gov

নিউ ইয়র্ক স্টেট ভোটদাতার নিবন্ধীকরণের ফর্ম

ভোট দিতে নিবন্ধন করুন

এই ফর্মের মাধ্যমে, আপনি নিউ ইয়র্ক স্টেটের নির্বাচনে ভোট দিতে নিবন্ধন করছেন। এছাড়াও আপনি এই ফর্মটি ব্যবহার করতে পারবেন:

- **আপনার ভোটার রেজিস্ট্রেশনের নাম বা ঠিকানা পরিবর্তন করতে**
- **একটি রাজনৈতিক দলের সদস্য হতে**
- **আপনার পার্টির সদস্যতা পরিবর্তন করতে**
- **আপনি 16 বা 17 বছর বয়সী হলে ভোট দেওয়ার জন্য আগে রেজিস্টার করুন**

নিবন্ধীকৃত হতে আপনাকে অবশ্যই হতে হবে:

- ৱিমেন যুক্তরাষ্েবর একজন নাগরিক;
- 18 বছর বয়সী (আপনি 16 এবং 17 বছর বয়সে পূবমে নিবমিধন করতে পারেন পারেন কিমি ্ 18 বছর হওয়ার আগে (ভাট দতি পারবেন না);
- গুকোনো গুরুতর অপরাধের জন্য কারাগারে যাতে না থাকেন;
- অনম (কাথাও (ভাটদানের অধিকার দাবী করা লচবে না;
- (কানো দআলত ারা অযোগযম বিবেচিত না হলে।

এই ফর্মটি পাঠান বা পৌঁছে দিন

নিচের ফর্মটি পূরণ করুন এবং সেটি এই ফর্মের পিছনের **আপনার কাউন্টির নঠণকা নণা য়** পাঠান, বা এই ফমমেটি আনপার নবিমোচনরে কাউটিি (বাড্রেমর (County Board of Elections) অফিসে নিয়ে আসুন।

আপিন যে নিবরাচেন ভোট দিত চান এই ফমরটি অবশযই তার 10 দিন আেগ গৃহীত হেত হেব। আিপার রাউিন আিপারর জাির্রির সয় আিপন স্ া ে স্িওয়ার জ্যি নিেরনন্ধ।

আরও বিস্তারিত জানেত চান?

এই ফর্মের পিছনে তালিকাবদ্ধ নম্বরের আপনার নির্বাচনের কাউন্টি বোর্ডে (County Board of Elections) বা 1-800-FOR-VOTE (TDD/TTY ডায়াল 711) নম্বরে ফোন করুন।

আমাদের ওয়েবসাইট www.elections.ny.gov **এ উত্তরগুলি বা সরঞ্জামগুলি খুঁজুন**

আপনার পরিচয় যাচাই

নির্বাচনের দিনের আগে DMV **নম্বর (ড্রাইভারস লাইসেন্স নম্বর অথবা নন-ড্রাইভারস আইডি নম্বর)**, অথবা **সামাজিক নিরাপত্তা নম্বরের শেষ চারটি সংখ্যা**, যা আপনি বক্স এ পূরণ করবেন, সেটির মাধ্যমে আপনার পরিচয় যাচাই করার চেষ্টা করব।

আপনার যদি DMV অথবা সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর না থাকে, তাহলে আপনি একটি বৈধ ফটো আইডি, একটি সাম্প্রতিক ইউটিলিটি বিল, ব্যাঙ্ক স্টেটমেন্ট, পেচেক, সরকারী চেক বা আপনার নাম ঠিকানা প্রদর্শনকারী অন্য কোনো সরকারি নথি ব্যবহার করতে পারেন। আপনি এই ফর্মের সঙ্গে এই ধরণের যে কোনো একটি আইডির একটি প্রতিলিপি সংযুক্ত করতে পারেন-ফর্মের পাশগুলি বন্ধ করার কথা মনে রাখবেন।

নির্বাচনের দিনের আগে আমরা যদি আপনার পরিচয় যাচাই করতে অসমর্থ হই তাহলে বে যখন আপনি প্রথমবার ভোটদান করবেন তখন আপনাকে আইডি বিষয়ে জিজ্ঞাসা করা হবে।

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料:若您有興趣索取中文資料表格,請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি বাংলাতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

! মিথ্যা নিবন্ধীকরণ সংগ্রহ করা অথবা নির্বাচনের বোর্ডে ভুল তথ্য দেওয়া একটি অপরাধ।

অনুগ্রহ করে নীল বা কালো কালি দিয়ে লিখুন।

For board use only

! সযমাগযমতা

1 আপনি কি মার্কিন নাগরিক? ☐ হ্যাঁ ☐ না

আপনার উত্তরে *না* হলে, আপনি ভোট দেওয়ার জন্য নিবন্ধন করাতে পারবেন না।

2 **A)** নির্বাচনের দিন বা তার আগে আপনার বয়স কি 18 বছর হয়ে যাবে? ☐ হ্যাঁ ☐ না

B) আপনি কি অন্তত 16 বছর বয়সী এবং বোঝেন যে ভোট দেওয়ার জন্য নির্বাচনের দিনে বা তার আগে আপনাকে অবশ্যই 18 বছর বয়সী হতে হবে এবং এরকম নির্বাচনের সময় আপনার বয়স আঠারো বছর না হওয়া পর্যন্ত আপনার নিবন্ধন "অমীমাংসিত" থাকবে এবং আপনি কোনও নির্বাচনে ভোট দিতে পারবেন না। ☐ হ্যাঁ ☐ না

যদি আগের দুটি প্রশ্নের আপনার উত্তর ***না*** হয়, আপনি ভোট দেওয়ার জন্য নিবন্ধন করতে পারবেন না।

আপনার নাম

3 পদবি ____ সম্বোধন ____

নাম ____ মাঝের আদ্যক্ষর ____

আরও তথ্য

আইটেম 5, 6 ও 7 ঐচ্ছিক

4 জন্ম তারিখ মা মা / দি দি / ব ব ব ব

5 লিঙ্গ ____

6 ফোন ____ – ____ – ____

7 ইমেল ____

আপনি যেখানে বসবাস করছেন সেই ঠিকানা

8 ঠিকানা (পোস্ট বক্স নয়) ____

অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর ____ জিপ কোড ____

নগর/শহর/গ্রাম ____

নিউ ইয়র্ক স্টেট কাউন্টি ____

যে ঠিকানায় আপনি চিঠি পাবেন

উপরের অনুরূপ হলে এড়িয়ে যান

9 ঠিকানা বা পোস্ট বক্স ____

পোস্ট বক্স ____ জিপ কোড ____

নগর/শহর/গ্রাম ____

ভোট দেওয়ার ইতিহাস

10 আপনি কি এর আগে ভোট দিয়েছেন? ☐ হ্যাঁ ☐ না

11 কোন বছর? ____

ভোটের যে তথ্যে পরিবর্তন হয়েছে

যদি এতে কোন পরিবর্তন না হয়ে থাকে বা আপনি আগে ভোট না দিয়ে থাকেন তাহলে এটা এড়িয়ে যান

12 আপনার নাম ছিল ____

আপনার ঠিকানা ছিল ____

আপনার আগের স্টেট বা নিউ ইয়র্ক স্টেট কাউন্টি ছিল ____

পরিচিতি

আপনাকে অবশ্যই 1টা বেছে নিতে হবে

প্রশ্ন থাকলে, অনুগ্রহ করে উপরের *আপনার পরিচয় যাচাই* দেখুন।

13 ☐ নিউ ইয়র্ক স্টেট DMV নম্বর ____

☐ আপনার সামাজিক নিরাপত্তা নম্বরের শেষ চারটি সংখ্যা X X X – X X – ____

☐ আমার কোনো নিউ ইয়র্ক স্টেট ড্রাইভারের লাইসেন্স বা সামাজিক নিরাপত্তা নম্বর নেই।

রাজনৈতিক দল

আপনাকে অবশ্যই 1টা বেছে নিতে হবে

রাজনৈতিক দলে নাম লেখানো ঐচ্ছিক, তবে কোনো রাজনৈতিক দলের প্রাথমিক নির্বাচনে ভোটদান করতে, ভোটদাতাকে অবশ্যই সেই রাজনৈতিক দলে নাম লেখাতে হবে, তবে রাজ্য দলের নিয়মে অন্য কিছু থাকলে অন্য কথা।

14 **আমি একটি রাজনৈতিক দলে নাম লেখাতে চাই**

☐ ডেমোক্র্যাটিক পার্টি

☐ রিপাবলিকান পার্টি

☐ কনজারভেটিভ পার্টি

☐ ওয়ার্কিং ফ্যামিলি পার্টি

☐ অন্যান্য ---------------------------

আমি কোনও রাজনৈতিক দলে নথিভুক্ত হতে চাই না এবং স্বতন্ত্র ভোটদাতা হতে ইচ্ছুক

☐ কোনো পার্টি নয়

ঐচ্ছিক প্রশ্নসমূহ

15 ☐ আমাকে একটি অনুপস্থিতির ব্যালটের জন্য আবেদন করতে হবে।

☐ আমি একজন নির্বাচনের দিনের কর্মী হতে চাই।

16 **!**

হলফনামা: আমি শপথ করছি বা দৃঢ়ভাবে বলছি

- আমি একজন মার্কিন নাগরিক।
- আমি নির্বাচনের পূর্বে কমপক্ষে 30 দিন কাউন্টি, শহর বা গ্রামে বসবাস করব।
- নিউইয়র্ক স্টেটে ভোট দেওয়ার জন্য নিবন্ধনের সকল আবশ্যিকতা আমি পূরণ করেছি।
- নিচের বক্সে এটি হল আমার স্বাক্ষর অথবা চিহ্ন।
- উপরের তথ্যগুলি সত্য, আমি অবগত আছি এই যে এটি যদি সত্য না হয়, আমি দোষী সাব্যস্ত হতে পারি এবং আমার $5,000 পর্যন্ত জরিমানা এবং/অথবা চার বছর পর্যন্ত জেল হতে পারে।

স্বাক্ষর ____

তারিখ ____

সংশোধিত 01/25/2023

এই বিভাগটিতে ঠিকানা লিখে স্ট্যাম্প দিন

আপনার ঠিকানা

এখানে ফার্স্ট-ক্লাস স্ট্যাম্প দিন

OFFICIAL ELECTION MAIL
Authorized by the U.S. Postal Service

আপনার নির্বাচনের কাউন্টি বোর্ডের ঠিকানা (নিচের থেকে বেছে নিন)

ডাকযোগে পাঠাবার আগে, টেপ খুলুন, ভাঁজ করুন এবং সীলমোহর দিন

New York City
32 Broadway, 7th Fl.
New York, NY 10004
(212) 487-5300

Albany
260 South Pearl St.
Albany, NY 12202
(518) 487-5060

Allegany
8 Willets Ave.
Belmont, NY 14813
(585) 268-9294

Broome
Government Plaza
60 Hawley St.
PO Box 1766
Binghamton, NY 13902
(607) 778-2172

Cattaraugus
207 Rock City St.
Suite 100
Little Valley, NY 14755
(716) 938-2400

Cayuga
157 Genesee St.
(Basement)
Auburn, NY 13021
(315) 253-1285

Chautauqua
7 North Erie St.
Mayville, NY 14757
(716) 753-4580

Chemung
378 South Main St.
PO Box 588
Elmira, NY 14902
(607) 737-5475

Chenango
5 Court St.
Norwich, NY 13815
(607) 337-1760

Clinton
Cnty Government Ctr.
Ste. 104
137 Margaret St.
Plattsburgh, NY 12901
(518) 565-4740

Columbia
401 State St.
Hudson, NY 12534
(518) 828-3115

Cortland
112 River St.
Suite 1
Cortland, NY 13045
(607) 753-5032

Delaware
97 Main St.
Suite 5
Delhi, NY 13753
(607) 832-5321

Dutchess
112 Delafield Street,
Suite 200
Poughkeepsie, NY 12601
(845) 486-2473

Erie
134 W. Eagle St.
Buffalo, NY 14202
(716) 858-8891

Essex
7551 Court St.
PO Box 217
Elizabethtown, NY 12932
(518) 873-3474

Franklin
355 West Main St.
Ste. 161
Malone, NY 12953
(518) 481-1663

Fulton
2714 St. Hwy 29
Ste. 1
Johnstown, NY 12095
(518) 736-5526

Genesee
County Building #1
15 Main St.
Batavia, NY 14020
(585) 815-7804

Greene
411 Main St.
Ste. 437
Catskill, NY 12414
(518) 719-3550

Hamilton
Rte. 8
PO Box 175
Lake Pleasant, NY 12108
(518) 548-4684

Herkimer
109 Mary St.
Ste. 1306
Herkimer, NY 13350
(315) 867-1102

Jefferson
175 Arsenal St.
Watertown, NY 13601
(315) 785-3027

Lewis
7660 N. State St.
Lowville, NY 13367
(315) 376-5329

Livingston
County Govt. Ctr.
6 Court St.
Room 104
Geneseo, NY 14454
(585) 243-7090

Madison
County Office Bldg.
N. Court St.
PO Box 666
Wampsville, NY 13163
(315) 366-2231

Monroe
39 Main St. W.
Rochester, NY 14614
(585) 753-1550

Montgomery
Old Courthouse
9 Park St.
PO Box 1500
Fonda, NY 12068
(518) 853-8180

Nassau
240 Old Country Rd.
5th Fl.
PO Box 9002
Mineola, NY 11501
(516) 571-8683

Niagara
111 Main St.
Ste. 100
Lockport, NY 14094
(716) 438-4040

Oneida
Union Station
321 Main St.
3rd Fl.
Utica, NY 13501
(315) 798-5765

Onondaga
1000 Erie Blvd West
Syracuse, NY 13204
(315) 435-3312

Ontario
74 Ontario St.
Canandaigua, NY 14424
(585) 396-4005

Orange
75 Webster Ave
PO Box 30
Goshen, NY 10924
(845) 360-6500

Orleans
14016 Route 31 West,
Ste. 140
Albion, NY 14411
(585) 589-3274

Oswego
185 E. Seneca St.
Box 9
Oswego, NY 13126
(315) 349-8350

Otsego
Ste. 2
140 County Hwy. 33W
Cooperstown, NY 13326
(607) 547-4247

Putnam
25 Old Route 6
Carmel, NY 10512
(845) 808-1300

Rensselaer
Ned Pattison
Government Ctr.
1600 Seventh Ave.
Troy, NY 12180
(518) 270-2990

Rockland
11 New Hempstead Rd.
New City, NY 10956
(845) 638-5172

St. Lawrence
80 State Hwy 310
Canton, NY 13617
(315) 379-2202

Saratoga
50 W. High St.
Ballston Spa, NY 12020
(518) 885-2249

Schenectady
2696 Hamburg St.
Schenectady, NY 12303
(518) 377-2469

Schoharie
County Office Bldg.
284 Main St.
PO Box 99
Schoharie, NY 12157
(518) 295-8388

Schuyler
County Office Bldg.
105 9th St., Unit 13
Watkins Glen, NY 14891
(607) 535-8195

Seneca
One DiPronio Dr.
Waterloo, NY 13165
(315) 539-1760

Steuben
3 E. Pulteney Sq.
Bath, NY 14810
(607) 664-2260

Suffolk
Yaphank Ave.
PO Box 700
Yaphank, NY 11980
(631) 852-4500

Sullivan
Gov't. Ctr.
100 North St.
PO Box 5012
Monticello, NY 12701
(845) 807-0400

Tioga
1062 State Rte. 38
PO Box 306
Owego, NY 13827
(607) 687-8261

Tompkins
Court House Annex
128 E. Buffalo St.
Ithaca, NY 14850
(607) 274-5522

Ulster
79 Hurley Ave.
Suite 112
Kingston, NY 12401
(845) 334-5470

Warren
Cnty. Municipal Ctr.
3rd Floor
Human Serv. Bldg
1340 St. Rte. 9
Lake George, NY 12845
(518) 761-6456

Washington
383 Broadway
Fort Edward, NY 12828
(518) 746-2180

Wayne
7376 State Rte. 31
PO Box 636
Lyons, NY 14489
(315) 946-7400

Westchester
25 Quarropas St.
White Plains, NY 10601
(914) 995-5700

Wyoming
4 Perry Ave.
Warsaw, NY 14569
(585) 786-8931

Yates
Ste. 1124
417 Liberty St.
Penn Yan, NY 14527
(315) 536-5135

(ঐচ্ছিক) আপনার অঙ্গ এবং কোষ দান করার নিবন্ধীকরণ

যদি আপনি মৃত্যুর পর একজন অঙ্গ বা টিস্যু দাতা হতে ইচ্ছুক হন তাহলে আপনি NYS *Donate Life™* রেজিস্ট্রিতে অনলাইনে www.donatelife.ny.gov নথিভুক্ত হতে পারেন বা নিচের ফর্ম সম্পূর্ণ করতে পারেন

আপনি একটি সুনিশ্চিতকরণ মেল বা পত্র পাবেন যা আপনাকে আপনার দান সীমাবদ্ধ করার সুযোগ প্রদান করবে।

পদবি

নাম

মাঝের আদ্যক্ষর

সম্বোধন

ঠিকানা

অ্যাপার্টমেন্ট নম্বর

জিপ কোড

শহর

জন্ম তারিখ মা মা / দি দি / ব ব ব ব

লিঙ্গ ☐ মা ☐ না

চোখের রঙ

উচ্চতা ফুট ইঞ্চি

ইমেল

DMV বা আইডি NYC #

নিচে স্বাক্ষর করে, আপনি প্রত্যায়িত করছেন যে আপনি:

- আপনার বয়স 16 বছর বা তার বেশি;
- আপনার সকল অঙ্গ এবং কোষ প্রতিস্থাপন, গবেষণা অথবা উভয়ের জন্য দান করায় আপনি সম্মত আছেন;
- NYS *Donate Life™* রেজিস্ট্রিতে তে নথিভুক্তকরণের জন্য নির্বাচন বোর্ডকে আপনার নাম ও শনাক্তকরণ তথ্য প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছেন;
- এবং আপনার মৃত্যুর পর রেজিস্ট্রিকে যুক্তরাষ্ট্রের নিয়ন্ত্রিত অঙ্গ প্রতিস্থাপনকারী সংস্থা এবং NYS এর লাইসেন্স প্রাপ্ত টিস্যু এবং আই ব্যাঙ্ক এবং NYS কমিশনার অফ হেলথ (NYS Commissioner of Health) দ্বারা অনুমোদিত অন্যান্যদের এই তথ্য অ্যাক্সেস করার অনুমতি দিচ্ছেন।

স্বাক্ষর

তারিখ