

Wniosek o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem

Należy zapoznać się z instrukcjami (CFWB-012A) i z listą kontrolną dokumentu (CFWB-012B) w celu uzyskania pomocy podczas wypełniania oraz w celu uzyskania informacji na temat wymaganych dokumentów.

UWAGA: Ten wniosek służy jedynie do ubiegania się o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem kategorii 2* (w przypadku rodzin, które nie otrzymują pomocy pieniężnej). Aby złożyć wniosek o pomoc pieniężną (Cash Assistance, CA) lub inne świadczenia, w tym o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem kategorii 1 (dla rodzin otrzymujących pomoc pieniężną), należy skorzystać z wniosku o zasiłki i świadczenia obowiązujące w stanie Nowy Jork (LDSS-2921).

Uwaga: Aby wniosek został uznany za kompletny, należy wypełnić wszystkie sekcje, chyba że sekcja jest określona jako opcjonalna. Jeśli nie wszystkie wymagane sekcje tego formularza zostaną wypełnione, pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem może nie zostać przyznana.

- Następujący wnioskodawcy mogą kwalifikować się do pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem bez względu na dochody i nie muszą wypełniać tego wniosku:
- Rodzice zastępczy, którzy potrzebują pomocy w opiece nad dzieckiem, aby móc pracować i ubiegają się tylko o pomoc dla przybranego dziecka (przybranych dzieci).
 - Rodziny korzystające z usług ochronnych lub prewencyjnych.

Szczegółowe informacje można znaleźć w instrukcji składania wniosków (CFWB-012A)

☐ Nowy ☐ Zmiana / ponowna certyfikacja ☐ Ponowne otwarcie

TYLKO DO UŻYTKU URZĘDOWEGO

Nr sprawy: _____

Data wniosku: _____

Sekcja 1 – Wnioskodawca

Nazwisko (w nawiasach należy podać wszystkie aliasy lub nazwiska panieńskie): _____

Imię: _____

Inicjał drugiego imienia: _____

Stan cywilny: _____

Adres zamieszkania: _____

Nr mieszkania: _____

Miejscowość/dzielnica: _____

Stan: _____

Kod pocztowy: _____

Czy jest to adres tymczasowy? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, to czy rodzina mieszka obecnie w (prosimy zaznaczyć jedną pozycję): ☐ Schronisku dla bezdomnych ☐ Wraz z inną rodziną ☐ W hotelu/motelu ☐ W samochodzie/autobusie/pociagu

☐ W parku / na kempingu ☐ Inne

Nr telefonu (służbowy): _____

Telefon (domowy): _____

Telefon (komórkowy lub inny): _____

E-mail: _____

Czy otrzymuje Pan/Pani pomoc pieniężną? ☐ Tak ☐ Nie

Nr CA: _____

Prosimy podać swój główny język. ☐ Angielski ☐ Hiszpański ☐ Inny _____

Jaki jest Pana/Pani preferowany język? ☐ Angielski ☐ Hiszpański ☐ Inny _____

Prosimy wymienić wszystkie dzieci w gospodarstwie domowym wymagające opieki. (Tylko dzieci wymagające opieki)

Sekcja 2 Dzieci wymagające opieki	Nazwisko, imię	Inicjał drugiego imienia	Pokrewieństwo/relacja	Data urodzenia	Płeć	Czy oboje rodzice dziecka mieszkają w domu?	Pochodzenie etniczne hiszpańskie lub latynoskie**	Rasa** (patrz legenda poniżej)	Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie)	Czy dziecko jest niepełnosprawne?	Czy dziecko jest obywatelem Stanów Zjednoczonych / mieszkańcem terytoriów zależnych USA lub osobą o odpowiednim statusie imigracyjnym?
	1.										
	2.										
	3.										
	4.										
	5.										
	6.										
	7.										
	8.										

* Kategoria 1: rodziny kwalifikujące się do uzyskania gwarancji na opiekę nad dzieckiem – ubiegające się o lub otrzymujące pomoc pieniężną (CA) lub otrzymujące pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem (Child Care Assistance, CCA) zamiast pomocy pieniężnej (CA) lub otrzymujące przejściową opiekę nad dzieckiem.

Kategoria 2: rodziny kwalifikujące się, gdy dostępne są fundusze

** Podanie informacji o pochodzeniu etnicznym i rasie jest dobrowolne i nie wpływa na prawo do korzystania z pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem ani na wysokość pomocy od tej instytucji.

Kody przynależności rasowej:

AI	Rdzenny Amerykanin lub rdzenny mieszkaniec Alaskański
AS	Rasa azjatycka
BL	Rasa czarna lub afroamerykańska
HP	Rdzenny mieszkaniec Hawajów lub Wysp Pacyfiku
WH	Rasa biała

Należy wymienić wszystkich innych członków w całym gospodarstwie domowym (niewymienionych w sekcji 2A), w tym dzieci poniżej 18. roku życia, które nie wymagają opieki. Prosimy najpierw wymienić siebie, a następnie wszystkie osoby, które z Panem/Panią mieszkają.

Sekcja 2B Członkowie rodziny	Nazwisko, imię <i>(w nawiasach należy podać wszystkie aliasy lub nazwiska panieńskie)</i>	Inicjał drugiego imienia	Pokrewieństwo/relacja	Data urodzenia	Płeć	Tożsamość płciowa** <i>(opcjonalnie)</i>	Pochodzenie etniczne hiszpańskie lub latynoskie**	Rasa** <i>(patrz legenda po prawej)</i>	Numer ubezpieczenia społecznego <i>(opcjonalnie)</i>
	1.		Ja						
	2.								
	3.								
	4.								
	5.								
	6.								
	7.								
	8.								
	TYLKO DO UŻYTKU URZĘDOWEGO		Wielkość rodziny: _____		** Podanie informacji o pochodzeniu etnicznym i rasie jest dobrowolne i nie wpływa na prawo do korzystania z pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem ani na wysokość pomocy od tej instytucji.				

W przypadku dodatkowych członków rodziny prosimy załączyć osobny arkusz. Należy załączyć informacje dotyczące każdego współmałżonka, rodzica lub opiekuna dzieci ubiegających się o opiekę, który mieszka w domu.

Kody przynależności rasowej:

- AI
- Rdzenny Amerykanin lub rdzenny mieszkaniec Alaskijski
- AS
- Rasa azjatycka
- BL
- Rasa czarna lub afroamerykańska
- HP
- Rdzenny mieszkaniec Hawajów lub Wysp Pacyfiku
- WH
- Rasa biała

Sekcja 3 Potrzeby dziecka/rodziny	Jaki jest powód złożenia wniosku o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem? ☐ Zatrudnienie ☐ Szkolenie zawodowe / korzystanie z edukacji ☐ Otrzymywanie pomocy dla ofiar przemocy domowej ☐ Poszukiwanie pracy ☐ Bezdomność ☐ Udział w zatwierdzonym programie leczenia nadużywania substancji odurzających	Czy rodzic aktualnie pełni służbę (w pełnym wymiarze godzin) w wojsku USA? ☐ Tak ☐ Nie Czy rodzic jest obecnie członkiem Gwardii Narodowej lub Jednostki Rezerwy Wojskowej? ☐ Tak ☐ Nie Czy istnieje rodzic, który nie sprawuje opieki nad dzieckiem? ☐ Tak ☐ Nie	Czy wnioskodawca otrzymuje i/lub składa wniosek o opiekę nad dzieckiem za pośrednictwem innego wniosku? <i>Jeśli tak, prosimy wskazać instytucję:</i> ☐ Wydział Edukacji (Department of Education, DOE) ☐ Wydział Zasobów Ludzkich (Human Resources Administration, HRA) ☐ Wydział ds. Młodzieży i Rozwoju Społeczności (Department of Youth and Community Development, DYCD) ☐ Wydział Usług dla Osób Bezdomnych (Department of Homeless Services, DHS) ☐ Konsorcjum Edukacji Pracowników (Consortium for Worker Education, CWE) ☐ Wydział ds. Dzieci (Administration for Children's Services, ACS)
--------------------------------------	---	---	--

Sekcja 3 – Zatrudnienie (jeśli zatrudnienie jest powodem wniosku)	Nazwa pracodawcy wnioskodawcy: _____	Nr tel.: _____ Adres: _____	Miejscowość/dzielnica: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____
	Data rozpoczęcia zatrudnienia: _____	Czy jest to praca na zmiany rotacyjne? ☐ Tak ☐ Nie	Czy praca wymaga nadgodzin? ☐ Tak ☐ Nie
	<i>Jeśli wnioskodawca ma drugą pracę</i>		
	Nazwa pracodawcy wnioskodawcy: _____	Nr tel.: _____ Adres: _____	Miejscowość/dzielnica: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____
	Data rozpoczęcia zatrudnienia: _____	Czy jest to praca na zmiany rotacyjne? ☐ Tak ☐ Nie	Czy praca wymaga nadgodzin? ☐ Tak ☐ Nie
	Drugi rodzic, opiekun lub przybrany rodzic w gospodarstwie domowym		
	Nazwa pracodawcy wnioskodawcy: _____	Nr tel.: _____ Adres: _____	Miejscowość/dzielnica: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____
	Data rozpoczęcia zatrudnienia: _____	Czy jest to praca na zmiany rotacyjne? ☐ Tak ☐ Nie	Czy praca wymaga nadgodzin? ☐ Tak ☐ Nie
	<i>Jeśli drugi rodzic, opiekun lub przybrany rodzic w gospodarstwie domowym ma drugą pracę</i>		
Nazwa pracodawcy wnioskodawcy: _____	Nr tel.: _____ Adres: _____	Miejscowość/dzielnica: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____	
Data rozpoczęcia zatrudnienia: _____	Czy jest to praca na zmiany rotacyjne? ☐ Tak ☐ Nie	Czy praca wymaga nadgodzin? ☐ Tak ☐ Nie	

Sekcja 4
Harmonogram czasu pracy / aktywności / podróży

Typowy rozkład czasu pracy / aktywności (tj. czynności związane z edukacją lub pracą)

Niedziela		Poniedziałek		Wtorek		Środa		Czwartek		Piątek		Sobota	
od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do

Typowy rozkład czasu pracy / aktywności drugiego rodzica, opiekuna lub przybranego rodzica w gospodarstwie domowym

Niedziela		Poniedziałek		Wtorek		Środa		Czwartek		Piątek		Sobota	
od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do

Czas podróży Dowóz: Czas podróży od dostawcy opieki nad dzieckiem do pracy / na zajęcia?
Prosimy zaznaczyć jedną z poniższych pozycji: ☐ 15 minut ☐ 30 minut ☐ 45 minut ☐ 1 godzina ☐ Więcej niż 1 godzina. Czas podróży, jeśli wynosi ona ponad 1 godzinę __ Transport publiczny? ☐ Tak ☐ Nie
Odbiór: Czas przejazdu z miejsca pracy / zajęć do dostawcy opieki nad dzieckiem?
Prosimy zaznaczyć jedną z poniższych pozycji: ☐ 15 minut ☐ 30 minut ☐ 45 minut ☐ 1 godzina ☐ Więcej niż 1 godzina. Czas podróży, jeśli wynosi ona ponad 1 godzinę __ Transport publiczny? ☐ Tak ☐ Nie
Małżonek / Drugi rodzic: Czas podróży od dostawcy opieki nad dzieckiem do pracy / na zajęcia?
Prosimy zaznaczyć jedną z poniższych pozycji: ☐ 15 minut ☐ 30 minut ☐ 45 minut ☐ 1 godzina ☐ Więcej niż 1 godzina. Czas podróży, jeśli wynosi ona ponad 1 godzinę __ Transport publiczny? ☐ Tak ☐ Nie
Odbiór: Czas przejazdu z miejsca pracy / zajęć do dostawcy opieki nad dzieckiem?
Prosimy zaznaczyć jedną z poniższych pozycji: ☐ 15 minut ☐ 30 minut ☐ 45 minut ☐ 1 godzina ☐ Więcej niż 1 godzina. Czas podróży, jeśli wynosi ona ponad 1 godzinę __ Transport publiczny? ☐ Tak ☐ Nie

Prosimy wypełnić poniższy harmonogram tylko wtedy, gdy rodzic ma drugą zmianę, pracę lub zajęcia

Niedziela		Poniedziałek		Wtorek		Środa		Czwartek		Piątek		Sobota	
od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do

Prosimy wypełnić poniższy harmonogram tylko wtedy, gdy drugi rodzic, opiekun lub przybrany rodzic w gospodarstwie domowym ma drugą zmianę, pracę lub zajęcia

Niedziela		Poniedziałek		Wtorek		Środa		Czwartek		Piątek		Sobota	
od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do

Prosimy wskazać, czy Pan/Pani lub ktokolwiek, kto z Panem/Panią składa wniosek, otrzymuje pieniądze z następujących źródeł. *W celu uzyskania wymaganej dokumentacji należy sprawdzić listę kontrolną (CFWB-012B). WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI*

					TYLKO DO UŻYTKU URZĘDOWEGO		
Sekcja 5 Informacje o dochodach	Źródła	Tak/Nie	Kwota brutto	Jak często? (co tydzień, co dwa tygodnie, co miesiąc itp.)	Kto jest beneficjentem?	Typ dokumentacji	Miesięczne kalkulacje
	Wynagrodzenie wnioskodawcy/wypłata, w tym nadgodziny, prowizje, programy szkoleniowe, napiwki		\$		Ja		
	Wynagrodzenie/wypłata drugiego rodzica, opiekuna lub przybranego rodzica w gospodarstwie domowym, w tym nadgodziny, prowizje, programy szkoleniowe, napiwki		\$				
	Dochód netto z samozatrudnienia		\$				
	Płatności ze świadczeń alimentacyjnych (otrzymane)		\$				
	Alimenty na dziecko / Alimenty dla współmałżonka (otrzymane)		\$				
	Świadczenia z tytułu ubezpieczenia od bezrobocia, odszkodowania pracownicze		\$				
	Świadczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego, w tym SSI		\$				
	Świadczenia dla niepełnosprawnych (stan Nowy Jork, programy na rzecz weteranów (VA), prywatne)		\$				
	Dochód z wynajmu/lokatora/podnajemcy (otrzymany)		\$				
	Dywidendy/odsetki – akcje, obligacje, oszczędności		\$				
	Emerytury / renty / świadczenia annuitetowe		\$				
	Pomoc pieniężna (CA), świadczenia zabezpieczające		\$				
Inne (prosimy określić):		\$					
Całkowity dochód			\$				

Sekcja 6
Usługodawca

Jeśli zakwalifikuje się Pan/Pani do pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem finansowanej ze stanowej dotacji stanu Nowy Jork na rzecz opieki nad dziećmi (New York State Child Care Block Grant), ma Pan/Pani możliwość wyboru: opiekę nad dzieckiem w ośrodku lub w domu. Jeśli wybierze Pan/Pani dostawcę, który nie jest licencjonowany lub zarejestrowany, dostawca musi zostać zarejestrowany jako dostawca prawnie wyłączony. Poniżej prosimy podać nazwy i adresy wybranych przez siebie dostawców. Na załączonym arkuszu można wyszczególnić dodatkowe opcje.

Nazwa: _____ Nr programu (jeżeli dotyczy): _____ Nazwa: _____ Nr programu (jeżeli dotyczy): _____ Nazwa: _____ Nr programu (jeżeli dotyczy): _____
Adres: _____ Adres: _____ Adres: _____

Sekcja 7
Oświadczenie

1. Rozumiem, że informacje zawarte w niniejszym formularzu zostaną wykorzystane do ustalenia, czy ja lub moja rodzina kwalifikujemy się do otrzymania usług/ dofinansowania. Rozumiem, że podpisując niniejszy formularz zgłoszeniowy, wyrażam zgodę na pełną współpracę w ramach wszelkich dochodzeń w celu weryfikacji lub potwierdzenia podanych przeze mnie informacji lub wszelkich innych dochodzeń związanych z moim wnioskiem o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem. W razie potrzeby dostarczę dodatkowe informacje.
2. Numery ubezpieczenia społecznego, jeśli zostały podane, mogą być używane przez instytucje federalne, stanowe i lokalne w celu zapobiegania powielaniu usług, oszustwom i zgłaszaniu informacji na szczeblu federalnym.
3. Zobowiązuję się niezwłocznie informować instytucję o wszelkich zmianach moich potrzeb, dochodów, adresu, warunków mieszkaniowych, składu gospodarstwa domowego lub adresu, pod którym świadczona jest opieka, osoby zapewniającej opiekę nad dzieckiem, opłaty dostawcy i/lub godzin, w których potrzebna jest opieka nad dzieckiem.
4. Zaświadczam, że dzieci wskazane jako wymagające opieki są obywatelami Stanów Zjednoczonych (USA), mieszkańcami terytoriów zależnych USA lub osobami o odpowiednim statusie imigracyjnym. Rozumiem, że w stosownych przypadkach te informacje o dzieciach mogą zostać przekazane do Urzędu Imigracyjnego i Naturalizacyjnego (Immigration and Naturalization Service, INS) w celu weryfikacji statusu imigracyjnego. Ponadto rozumiem, że wykorzystanie lub ujawnienie tych informacji o dzieciach jest ograniczone do osób i organizacji bezpośrednio związanych z weryfikacją statusu imigracyjnego oraz administrowaniem lub egzekwowaniem przepisów programu pomocy opieki nad dzieckiem.
5. Rozumiem, że ten wniosek ma zastosowanie tylko w wyrażonym celu pomocy w opiece nad dzieckiem. Aby uzyskać inne wsparcie, takie jak program dodatkowej pomocy żywnościowej (SNAP), Medicaid, pomoc finansową (CA) lub inne usługi, wymagane są dodatkowe wnioski. Niniejszy wniosek i wszelkie informacje uzyskane w ramach dochodzenia dotyczącego niniejszego wniosku mogą jednak zostać udostępnione dowolnej instytucji miejskiej, stanowej lub federalnej, do której wnioskodawca występuje/wystąpił o pomoc lub świadczenia.
6. Prawo federalne i stanowe przewiduje kary grzywny, pozbawienia wolności lub obie te kary, jeśli wnioskujący poda niezgodne z prawdą informacje przy składaniu wniosku o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem lub gdy wnioskujący zostanie zapytany o kwalifikowalność bądź jeśli za jego sprawą ktoś inny powie nieprawdę o wniosku lub kwalifikowalności. Kary mają również zastosowanie w przypadku zatajenia lub nieujawnienia faktów dotyczących początkowej lub dalszej kwalifikowalności do otrzymywania pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem bądź w przypadku zatajenia lub nieujawnienia faktów, które mogłyby wpłynąć na prawo osoby, na której rzecz wnioskujący występuje z wnioskiem o otrzymanie lub dalsze otrzymywanie pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem. Jeśli wnioskujący jest upoważnionym przedstawicielem składającym wniosek w imieniu kogoś innego, pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem należy wykorzystać na rzecz danej osoby, a nie na siebie. Uzyskanie pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem poprzez ukrywanie informacji lub podawanie fałszywych informacji jest niezgodne z prawem.
7. Zaświadczam, że zasoby mojej rodziny nie przekraczają 1 000 000,00 USD.

Wydział ds. Dzieci miasta Nowy Jork (New York City Administration for Children's Services, ACS) wyznaje zasadę oraz podjął zobowiązanie niedyskryminowania ze względu na rasę, wyznanie, wiek, kolor skóry, płeć, religię, pochodzenie narodowe, status cudzoziemca lub obywatelstwo, niepełnosprawność fizyczną lub umysłową, płeć, tożsamość płciową, orientację seksualną, ciążę, stan cywilny lub partnerski.

Informacje na temat swoich praw i obowiązków można uzyskać pod adresem <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148A.pdf>

Jeśli nie ma Pan/Pani dostępu do Internetu, można zadzwonić do Wydziału ds. Dzieci miasta Nowy Jork pod numer (212) 835-7610, aby zamówić fizyczne kopie następujących broszur.

LDSS-4148A: Co należy wiedzieć o swoich prawach i obowiązkach; **LDSS-4148B:** Co należy wiedzieć o programach opieki społecznej; **LDSS-4148C:** Co należy zrobić w sytuacji nagłej

Oświadczenie: Przysięgam i/lub oświadczam pod groźbą kary za krzywoprzysięstwo, że informacje podane przeze mnie do Wydziałowi ds. Dzieci miasta Nowy Jork w odniesieniu do pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem są poprawne. Przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) uwagi zarówno powyżej, jak i w załączniku. Rozumiem i akceptuję wymienione powyżej oświadczenia.

Jeśli w gospodarstwie domowym jest dwoje rodziców/opiekunów, wymagane są podpisy obojga z nich.

Podpis rodzica/opiekuna: _____ Podpis rodzica/opiekuna: _____ Podpis rodzica/opiekuna: _____

Imię i nazwisko drukowanymi literami: _____ Data: _____ Imię i nazwisko (drukowanymi literami): _____ Data: _____ Imię i nazwisko (drukowanymi literami): _____ Data: _____

Sekcja 8
Tylko do użytku urzędowego

Dopuszczalne dni i godziny świadczenia opieki:

Niedziela		Poniedziałek		Wtorek		Środa		Czwartek		Piątek		Sobota	
od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do

Kwalifikowalność ustalona i zatwierdzona przez (podpis drukowanymi literami i parafka): _____ Data: _____

Okres kwalifikowalności od _____ do _____ **Kody:** RFC: _____ PR: _____ FS: _____

Dopuszczalne dni i godziny świadczenia opieki dla drugiej zmiany / pracy / harmonogramu zajęć
(Wypełnić tylko, jeśli rodzic poda harmonogram drugiej zmiany / pracy / harmonogramu zajęć w sekcji 5)

Niedziela		Poniedziałek		Wtorek		Środa		Czwartek		Piątek		Sobota	
od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do

Dodatkowe dzieci (jeżeli dotyczy)

Prosimy wymienić wszystkie dzieci w gospodarstwie domowym wymagające opieki. **(Tylko dzieci wymagające opieki)**

Sekcja 2 Dzieci wymagające opieki	Nazwisko, imię	Inicjał drugiego imienia	Pokrewieństwo/relacja	Data urodzenia	Płeć	Czy oboje rodzice dziecka mieszkają w domu?	Pochodzenie etniczne hiszpańskie lub latynoskie**	Rasa** <i>(patrz legenda poniżej)</i>	Numer ubezpieczenia społecznego <i>(opcjonalnie)</i>	Czy dziecko jest niepełnosprawne?	Czy dziecko jest obywatelem Stanów Zjednoczonych / mieszkańcem terytoriów zależnych USA lub osobą o odpowiednim statusie imigracyjnym?
	9.										
	10.										
	11.										
	12.										
	13.										
	14.										
	15.										
	16.										
	17.										
	18.										
	19.										
	20.										
	21.										
	22.										
	23.										
	24.										
	25.										
	26.										
	27.										
	28.										

* Kategoria 1: rodziny kwalifikujące się do uzyskania gwarancji na opiekę nad dzieckiem – ubiegające się o lub otrzymujące pomoc pieniężną (CA) lub otrzymujące pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem (Child Care Assistance, CCA) zamiast pomocy pieniężnej (CA) lub otrzymujące przejściową opiekę nad dzieckiem.

Kategoria 2: rodziny kwalifikujące się, gdy dostępne są fundusze

** Podanie informacji o pochodzeniu etnicznym i rasie jest dobrowolne i nie wpływa na prawo do korzystania z pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem ani na wysokość pomocy od tej instytucji.

Kody przynależności rasowej:

AI

AS

BL

HP

WH

Rdzenny Amerykanin lub rdzenny mieszkaniec Alaskijski

Rasa azjatycka

Rasa czarna lub afroamerykańska

Rdzenny mieszkaniec Hawajów lub Wysp Pacyfiku

Rasa biała

Dodatkowi członkowie rodziny (jeżeli dotyczy)

Należy wymienić wszystkich **innych członków w całym gospodarstwie domowym** (niewymienionych w sekcji 2A), w tym dzieci poniżej 18. roku życia, które nie wymagają opieki. Prosimy najpierw wymienić siebie, a następnie wszystkie osoby, które z Panem/Panią mieszkają.

Sekcja 2B Członkowie rodziny	Nazwisko, imię (w nawiasach należy podać wszystkie aliasy lub nazwiska panieńskie)	Inicjał drugiego imienia	Pokrewieństwo/relacja	Data urodzenia	Płeć	Pochodzenie etniczne hiszpańskie lub latynoskie**	Rasa** (patrz legenda poniżej)	Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie)	
	9.								
	10.								
	11.								
	12.								
	13.								
	14.								
	15.								
	16.								
	17.								
	18.								
	19.								
	20.								
	21.								
	22.								
	23.								
	24.								
	25.								
	26.								
	27.								
	28.								
							** Podanie informacji o pochodzeniu etnicznym i rasie jest dobrowolne i nie wpływa na prawo do korzystania z pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem ani na wysokość pomocy od tej instytucji.		
							Kody przynależności rasowej: AI Rdzenny Amerykanin lub rdzenny mieszkaniec Alaskański AS Rasa azjatycka BL Rasa czarna lub afroamerykańska HP Rdzenny mieszkaniec Hawajów lub Wysp Pacyfiku WH Rasa biała		
	TYLKO DO UŻYTKU URZĘDOWEGO		Wielkość rodziny: _____						

Dodatkowi usługodawcy (jeżeli dotyczy)

Usługodawca	Jeśli zakwalifikuje się Pan/Pani do pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem finansowanej ze stanowej dotacji stanu Nowy Jork na rzecz opieki nad dziećmi (New York State Child Care Block Grant), ma Pan/Pani możliwość wyboru: opiekę nad dzieckiem w ośrodku lub w domu. Jeśli wybierze Pan/Pani dostawcę, który nie jest licencjonowany lub zarejestrowany, dostawca musi zostać zarejestrowany jako dostawca prawnie wyłączony. Poniżej prosimy podać nazwy i adresy wybranych przez siebie dostawców. Na załączonym arkuszu można wyszczególnić dodatkowe opcje.					
	Nazwa: _____ Nr programu (jeżeli dotyczy): _____		Nazwa: _____ Nr programu (jeżeli dotyczy): _____		Nazwa: _____ Nr programu (jeżeli dotyczy): _____	
Adres: _____		Adres: _____		Adres: _____		
Usługodawca	Nazwa: _____ Nr programu (jeżeli dotyczy): _____		Nazwa: _____ Nr programu (jeżeli dotyczy): _____		Nazwa: _____ Nr programu (jeżeli dotyczy): _____	
	Adres: _____		Adres: _____		Adres: _____	
Usługodawca	Nazwa: _____ Nr programu (jeżeli dotyczy): _____		Nazwa: _____ Nr programu (jeżeli dotyczy): _____		Nazwa: _____ Nr programu (jeżeli dotyczy): _____	
	Adres: _____		Adres: _____		Adres: _____	
Usługodawca	Nazwa: _____ Nr programu (jeżeli dotyczy): _____		Nazwa: _____ Nr programu (jeżeli dotyczy): _____		Nazwa: _____ Nr programu (jeżeli dotyczy): _____	
	Adres: _____		Adres: _____		Adres: _____	
Usługodawca	Nazwa: _____ Nr programu (jeżeli dotyczy): _____		Nazwa: _____ Nr programu (jeżeli dotyczy): _____		Nazwa: _____ Nr programu (jeżeli dotyczy): _____	
	Adres: _____		Adres: _____		Adres: _____	

Uwagi dotyczące dochodów

Dział Dobrostanu Dzieci i Rodzin (Division of Child and Family Well-Being)
**Instrukcje dotyczące wypełniania wniosku o pomoc w zakresie
opieki nad dzieckiem kategorii 2***

Dostępność pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem zależy od finansowania przyznanego w ramach dotacji na rzecz opieki nad dziećmi (Child Care Block Grant).

Drodzy Rodzice/Opiekunowie,

**TEN WNIOSEK SŁUŻY JEDYNNIE DO UBIEGANIA SIĘ O POMOC W ZAKRESIE OPIEKI NAD DZIECKIEM JAKO RODZINA
KATEGORII 2**

Jeśli składa Pan/Pani wniosek jedynie o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem kategorii 2 (w przypadku rodzin, które nie otrzymują pomocy pieniężnej), może Pan/Pani skorzystać z tego krótszego wniosku. Jeśli chciał(a)by Pan/Pani złożyć wniosek o inne świadczenia, takie jak pomoc pieniężna, program dodatkowej pomocy żywnościowej (SNAP) – kartki żywnościowe, program pomocy w zakresie opłacania kosztów energii i ogrzewania (Home Energy Assistance Program, HEAP), Medicaid lub inne usługi, w tym w zakresie opieki nad dzieckiem kategorii 1 (dla rodzin otrzymujących pomoc pieniężną), należy wypełnić wniosek o zasiłki i świadczenia obowiązujące w stanie Nowy Jork (LDSS-2921).

Składając wniosek o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem zamiast wniosku o zasiłki i świadczenia obowiązujące w stanie Nowy Jork (LDSS-2921), ubiega się Pan/Pani jedynie o pomoc w opiece nad dziećmi kategorii 2, tj. gdy dostępne są fundusze. Nie składa Pan/Pani wniosku w kategorii 1, czyli o gwarantowaną opiekę nad dzieckiem.

Poniższe instrukcje zostały przygotowane, aby pomóc w wypełnieniu wniosku. Przy wypełnianiu wniosku należy pamiętać o wyraźnym pisaniu drukowanymi literami (A, B, C) przy użyciu niebieskiego lub czarnego atramentu. Można również wypełnić formularz elektronicznie, zapisać go i wydrukować.

Wniosek ten musi zawierać dokumentację uzupełniającą, taką jak dowód dochodów, dowód adresu i dowód zatrudnienia.

WSZYSTKIE WYMAGANE DOKUMENTY MOŻNA ZNALEŹĆ W ZAŁĄCZONEJ LIŚCIE KONTROLNEJ (CFWB-012B).

PROSIMY PRZECZYTAĆ PRZED WYPEŁNIENIEM FORMULARZA

- ▶ W przypadku korzystania z usług dotyczących opieki zastępczej, profilaktyki i ochrony dzieci lub gdy jest Pan/Pani zatrudnionym przybrany rodzicem, może być już Pan/Pani uprawniony(-a) do korzystania z pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem i może nie być konieczne wypełnianie tego wniosku. Należy poprosić osobę planującą sprawę o skierowanie do pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem.
- ▶ W przypadku otrzymywania pomocy pieniężnej (CA) należy skontaktować się z Centrum Pracy Wydziału Zasobów Ludzkich (HRA) w celu uzyskania pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem.

UWAGA: Jeśli którekolwiek wymagane pola nie zostaną wypełnione, cały wniosek zostanie uznany za niekompletny.

TYLKO DO UŻYTKU URZĘDOWEGO

Szare pola są przeznaczone wyłącznie do użytku urzędowego. Prosimy nie pisać nic w tych sekcjach.

* Kategoria 1: rodziny kwalifikujące się do uzyskania gwarancji na opiekę nad dzieckiem – ubiegające się o lub otrzymujące pomoc pieniężną (CA) lub otrzymujące pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem (Child Care Assistance, CCA) zamiast pomocy pieniężnej (CA) lub otrzymujące przejściową opiekę nad dzieckiem

Kategoria 2: rodziny kwalifikujące się, gdy dostępne są fundusze

W prawym górnym rogu prosimy określić, czy chce Pan/Pani przesłać nowy wniosek, poprosić o zmianę statusu / ponowną certyfikację czy złożyć wniosek o ponowne otwarcie sprawy.

SEKCJA 1**WNIOSKODAWCA**

Wnioskodawca jest dorosłym rodzicem lub opiekunem ubiegającym się o opiekę. O ile nie zaznaczono inaczej, niniejsza sekcja musi zawierać następujące informacje dotyczące tylko wnioskodawcy:

1. Nazwisko i imię oraz inicjał drugiego imienia (drukowanymi literami). Wszelkie aliasy lub nazwiska panieńskie należy umieścić w nawiasach.
 2. Stan cywilny (wolny(-a), żonaty/zamężna, rozwiedziony(-a) lub owdowiały(-a)).
 3. Adres (drukowanymi literami).
 4. Prosimy wskazać, czy adres jest tymczasowy. Należy zaznaczyć „TAK” tylko wtedy, gdy rodzina mieszka obecnie w schronisku dla bezdomnych, wraz z inną rodziną, w hotelu/motelu, w samochodzie/autobusie/pociągu, w parku / na kempingu lub innym miejscu.
 5. Prosimy podać numery telefonów (drukowanymi literami), w tym numer kierunkowy – służbowy, domowy i komórkowy/inny (jeśli dotyczy).
 6. Prosimy podać adres e-mail drukowanymi literami (opcjonalnie).
 7. Prosimy zaznaczyć „TAK” lub „Nie” dla statusu pomocy pieniężnej. (Jeśli jest Pan/Pani beneficjentem pomocy pieniężnej, należy złożyć wniosek o opiekę nad dziećmi za pośrednictwem pracownika centrum pracy HRA).
 8. Prosimy zaznaczyć pole wyboru języka, który jest najczęściej używany w Pana/Pani gospodarstwie domowym. Jeśli jest to „inny” język, prosimy wpisać go drukowanymi literami.
 9. Prosimy zaznaczyć pole wyboru języka, w którym chciał(a)by się Pan/Pani komunikować. Jeśli jest to „inny” język, prosimy wpisać go drukowanymi literami.
- **DOKUMENTACJA:** W celu uzyskania dokumentacji wymaganej dla miejsca zamieszkania z mieście Nowy Jork należy sprawdzić listę kontrolną (CFWB-012B).

SEKCJA 2A**DZIECI WYMAGAJĄCE OPIEKI**

1. Nazwisko i imię oraz inicjał drugiego imienia każdego dziecka w gospodarstwie domowym, dla którego ubiega się Pan/Pani o pomoc w opiece.
 2. Dla każdego dziecka w gospodarstwie domowym drukowanymi literami prosimy wpisać stopień pokrewieństwa z Panem/Panią (np. dziecko).
 3. Prosimy wpisać datę urodzenia i zaznaczyć pole wskazujące płeć każdego z wymienionych dzieci.
 4. Prosimy wskazać, czy oboje rodzice dziecka mieszkają w domu.
 5. Należy zaznaczyć „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy dane ubiegające się dziecko ma hiszpańskie lub latynoskie pochodzenie etniczne. Podanie informacji o pochodzeniu etnicznym jest dobrowolne i nie wpływa na prawo do korzystania z pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem ani na wysokość pomocy od tej instytucji.
 6. Prosimy wypełnić kolumnę „Rasa” dla każdego dziecka wymagającego opieki. Można wybrać wiele kategorii rasowych dla jednego dziecka. Podanie informacji o rasie jest dobrowolne i nie wpływa na prawo do korzystania z pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem ani na wysokość pomocy od tej instytucji. Prosimy użyć poniższych kodów.
AI – rdzenny Amerykanin / rdzenna Amerykanka lub rdzenny mieszkaniec / rdzenna mieszkanka Alaski
AS – rasa azjatycka
BL – rasa czarna lub afroamerykańska
HP – rdzenny mieszkaniec Hawajów lub wysp Pacyfiku
WH – rasa biała
 7. Prosimy podać numer ubezpieczenia społecznego (SSN) każdego dziecka. Nie trzeba podawać numerów SSN. Mogą one być używane przez instytucje federalne, stanowe i lokalne w celu zapobiegania powielaniu usług, oszustw i zgłaszania informacji na szczeblu federalnym.
 8. Prosimy zaznaczyć „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy dziecko wymagające opieki jest niepełnosprawne¹. Jeśli dziecko zostanie uznane za kwalifikujące się do pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem, należy odwiedzić stronę <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page>, aby uzyskać wniosek dotyczący specjalnych potrzeb.
 9. Prosimy zaznaczyć „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy dziecko wymagające opieki jest obywatelem USA, mieszkańcem terytoriów zależnych USA lub osobą o odpowiednim statusie imigracyjnym.
 10. Prosimy załączyć osobny arkusz dla dodatkowych dzieci (jeśli składa Pan/Pani wniosek o opiekę dla więcej niż ośmiorga (8) dzieci).
- **DOKUMENTACJA:** W celu uzyskania dokumentacji wymaganej do uzyskania statusu obywatelskiego/imigracyjnego tylko dla dziecka lub dzieci wymagających opieki należy sprawdzić listę kontrolną (CFWB-012B).

¹ Dziecko z niepełnosprawnością lub specjalnymi potrzebami to takie, które nie jest w stanie samodzielnie o siebie zadbać i które zostało zdiagnozowane przez lekarza, licencjonowanego lub certyfikowanego psychologa lub innego specjalistę z odpowiednimi uprawnieniami do postawienia takiej diagnozy jako wykazujące co najmniej jedno z poniższych zaburzeń w takim stopniu, że wymagana jest specjalna edukacja lub powiązane usługi, zgodnie z sekcją 602 Ustawy o edukacji osób niepełnosprawnych (Individuals with Disabilities Education Act) (20 U. S. C. 1401 i nast.), częścią C Ustawy o edukacji osób niepełnosprawnych (20 U.S.C. 1431 i nast.) oraz sekcją 504 Ustawy o rehabilitacji z 1973 r. (29 U.S.C. 794): upośledzenie wzroku, głuchota lub inne upośledzenie słuchu, upośledzenie ortopedyczne, zaburzenia emocjonalne, niepełnosprawność intelektualna, upośledzenie uczenia się, upośledzenie mowy, upośledzenie zdrowia, autyzm, niepełnosprawność wieloraka, urazowe uszkodzenie mózgu, głuchota lub inne upośledzenie zdrowia.

SEKCJA 2B**CZŁONKOWIE RODZINY**

1. Członkiem rodziny jest każdy inny członek w całym gospodarstwie domowym, w tym dzieci, które nie potrzebują opieki. Prosimy najpierw wymienić siebie, a następnie wszystkie osoby, które z Panem/Panią mieszkają, w tym drugiego rodzica dziecka, opiekuna i rodzica przybranego, jeśli dotyczy. Opiekun obejmuje opiekuna prawnego, opiekuna krewnego lub jakkolwiek inną osobę in loco parentis wobec dziecka. Prosimy wpisać nazwisko i imię oraz inicjał drugiego imienia (drukowanymi literami), jeśli dotyczy.
 2. Prosimy wpisać stopień pokrewieństwa (drukowanymi literami) każdej osoby z Panem/Panią (np. współmałżonek, partner, babcia/dziadek, rodzic itp.).
 3. Prosimy wpisać datę urodzenia i zaznaczyć pole wskazujące płeć każdej z wymienionych osób.
 4. Prosimy wpisać tożsamość płciową. Może Pan/Pani podać słowo lub słowa, które najlepiej opisują Pana/Pani tożsamość płciową. Pana/Pani tożsamość płciowa to sposób, w jaki definiuje i nazywa Pan/Pani siebie – mężczyzna, kobieta, mieszkanka obu lub żadne z nich. Pana/Pani płeć może, ale nie musi być zgodna z płcią przypisaną przy urodzeniu. Jest to pytanie opcjonalne, a Pana/Pani odpowiedź lub brak odpowiedzi nie wpłyną na Pana/Pani kwalifikowalność.
 5. Należy zaznaczyć „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy dany członek gospodarstwa domowego ma hiszpańskie lub latynoskie pochodzenie etniczne. Podanie informacji o pochodzeniu etnicznym jest dobrowolne i nie wpływa na prawo do korzystania z pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem ani na wysokość pomocy od tej instytucji.
 6. Należy wypełnić kolumnę Rasa dla wszystkich, którzy z Panem/Panią mieszkają. Można wybrać wiele kategorii rasowych dla jednej osoby. Podanie informacji o rasie jest dobrowolne i nie wpływa na prawo do korzystania z pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem ani na wysokość pomocy od tej instytucji. Prosimy użyć poniższych kodów.

AI – rdzenny Amerykanin / rdzenna Amerykanka lub rdzenny mieszkaniec / rdzenna mieszkanka Alaski **AS** – rasa azjatycka **BL** – rasa czarna lub afroamerykańska
HP – rdzenny mieszkaniec Hawajów lub wysp Pacyfiku **WH** – rasa biała
 7. Prosimy wpisać numer ubezpieczenia społecznego (SSN) członków swojej rodziny. SSN jest opcjonalny. SSN może zostać użyty przez instytucje federalne, stanowe i lokalne w celu zapobiegania powielaniu usług, oszustw i zgłaszania informacji na szczeblu federalnym.
 8. Jeśli jest więcej niż ośmioro (8) członków gospodarstwa domowego, prosimy załączyć osobny arkusz, aby dostarczyć wszystkie dotyczące ich informacje.
- **DOKUMENTACJA:** W celu uzyskania dokumentacji wymaganej dla wszystkich dzieci w gospodarstwie domowym w wieku poniżej 18 lat, niezależnie od tego, czy dziecko wymaga opieki, sprawdzenia relacji dziecka z rodzicem/wnioskodawcą oraz weryfikacji wieku dziecka należy użyć listy kontrolnej (CFWB-012B).

SEKCJA 3**POTRZEBY DZIECKA/RODZINY**

1. Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole (pola) wyboru, aby wskazać powód (powody) wniosku o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem.
 - Zatrudnienie
 - Szkolenie zawodowe lub działalność edukacyjna
 - Otrzymywanie pomocy dla ofiar przemocy domowej
 - Poszukiwanie pracy
 - Bezdomność
 - Udział w zatwierdzonym programie leczenia nadużywania środków odurzających
 2. Prosimy zaznaczyć opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy dostępny jest rodzic, który nie sprawuje opieki nad dzieckiem.
 3. Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole wyboru, aby wskazać, czy rodzic aktualnie pełni służbę w pełnym wymiarze godzin w wojsku USA. Aby wniosek był kompletny, należy zaznaczyć opcję „TAK” lub „NIE”.
 4. Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole wyboru, aby wskazać, czy rodzic jest obecnie członkiem Gwardii Narodowej lub Jednostki Rezerwy Wojskowej. Aby wniosek był kompletny, należy zaznaczyć opcję „TAK” lub „NIE”.
 5. Prosimy zaznaczyć, czy wnioskodawca otrzymuje i/lub składa wniosek zasiłek na dziecko za pośrednictwem innej instytucji, i wybrać instytucję.
- **DOKUMENTACJA:** W celu uzyskania dokumentacji wymaganej dla każdego powodu opieki należy sprawdzić listę kontrolną (CFWB-012B). Dokumentacja dotycząca statusu wojskowego nie jest wymagana. Wnioskodawca musi dostarczyć dokumentację dochodów uzyskanych ze służby wojskowej.

SEKCJA 4**ZATRUDNIENIE**

(Należy wypełnić dla każdego pracującego rodzica, opiekuna lub przybranego rodzica w gospodarstwie domowym, jeśli powodem ubiegania się o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem jest zatrudnienie lub zgłasza Pan/Pani dochód z zatrudnienia)

1. Nazwa pracodawcy wnioskodawcy, adres oraz numer telefonu (drukowanymi literami).
2. Data rozpoczęcia zatrudnienia (drukowanymi literami).
3. Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole wyboru, aby wskazać, czy pracuje Pan/Pani na zmianę rotacyjną i/lub wymagane są nadgodziny.
4. W stosownych przypadkach prosimy podać nazwę pracodawcy, adres oraz numer telefonu (drukowanymi literami) drugiego rodzica, opiekuna lub przybranego rodzica w gospodarstwie domowym.
5. W stosownych przypadkach prosimy podać datę rozpoczęcia zatrudnienia (drukowanymi literami) drugiego rodzica, opiekuna lub przybranego rodzica w gospodarstwie domowym.
6. W stosownych przypadkach prosimy zaznaczyć odpowiednie pole wyboru, aby wskazać, czy drugi rodzic, opiekun czy przybrany rodzic pracuje na zmianę rotacyjną i/lub wymagane są nadgodziny.

► DOKUMENTACJA: W celu uzyskania dokumentacji wymaganej dla zatrudnienia należy sprawdzić listę kontrolną (CFWB-012B).

SEKCJA 5**HARMONOGRAM CZASU PRACY / AKTYWNOŚCI / PODRÓŻY**

(Należy wypełnić dla każdego pracującego rodzica, opiekuna lub przybranego rodzica w gospodarstwie domowym, który jest zatrudniony bądź bierze udział w szkoleniu zawodowym lub działalności edukacyjnej)

1. Prosimy podać typowe godziny pracy lub zajęć dla każdego dnia tygodnia. Należy wskazać, czy godziny są przed południem czy po południu.
2. W przypadku drugiej zmiany, pracy lub zajęć należy podać harmonogram dla tej czynności (drukowanymi literami).
3. W stosownych przypadkach prosimy podać typowe zaplanowane godziny pracy dla każdego dnia tygodnia (drukowanymi literami) drugiego rodzica dziecka, opiekuna i rodzica przybranego w gospodarstwie domowym.
4. Jeśli drugi rodzic, opiekun czy przybrany rodzic ma drugą zmianę, pracę lub zajęcia, prosimy podać harmonogram dla tej czynności (drukowanymi literami).
5. Należy sprawdzić czas dojazdu wnioskodawcy do i z pracy/zajęć do dostawcy.
6. Należy wskazać, czy wnioskodawca korzysta z transportu publicznego w celu dojazdu do i z pracy/zajęć do dostawcy.
7. W stosownych przypadkach należy sprawdzić czas dojazdu drugiego rodzica, opiekuna lub przybranego rodzica w gospodarstwie domowym do i z pracy/zajęć do dostawcy.
8. Należy wskazać, czy drugi rodzic, opiekun lub przybrany rodzic w gospodarstwie domowym korzysta z transportu publicznego w celu dojazdu do i z pracy/zajęć do dostawcy.

SEKCJA 6**INFORMACJE O DOCHODACH**

W tej sekcji należy odpowiadać tylko na pozycje, z których Pan/Pani lub członek gospodarstwa domowego uzyskali dochody. Prosimy podać informacje o dochodach/świadczeniach dla siebie i innych dorosłych członków gospodarstwa domowego, w tym mieszkającego z Panem/Panią współmałżonka lub osoby dorosłej, która mieszka z Panem/Panią i z którą ma Pan/Pani co najmniej jedno wspólne dziecko. Należy również uwzględnić każdą osobę w wieku poniżej 18 lat, która jest prawnie odpowiedzialna za dziecko lub dzieci, dla których wnioskuje się o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem.

1. Prosimy zaznaczyć (☐) Tak lub Nie w odniesieniu do siebie i każdego, kto z Panem/Panią mieszka, dla każdego rodzaju dochodu.
2. Przy każdej odpowiedzi „Tak” prosimy wpisać DRUKOWANYMI LITERAMI prosimy podać kwotę lub wartość w dolarach (USD), częstotliwość jej otrzymywania oraz imię i nazwisko osoby, która otrzymuje dochód.
3. Wszystkie dochody muszą zostać wykazane we wniosku.
4. Jeśli wskaże Pan/Pani, że jest beneficjentem pomocy pieniężnej, należy złożyć wniosek o opiekę nad dziećmi za pośrednictwem pracownika centrum pracy HRA.
5. Jeśli nie ma Pan/Pani pewności, gdzie można podać dany rodzaj dochodu, prosimy uwzględnić go w pozycji „inne”.

► DOKUMENTACJA: W celu uzyskania dokumentacji wymaganej dla dochodu należy sprawdzić listę kontrolną (CFWB-12B).

SEKCJA 7

USŁUGODAWCA

1. Jeśli zakwalifikuje się Pan/Pani do pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem finansowanej ze stanowej dotacji stanu Nowy Jork na rzecz opieki nad dziećmi (New York State Child Care Block Grant), ma Pan/Pani możliwość wyboru opieki nad dzieckiem w ośrodku lub domu.
2. Jeśli znany jest Pan/Pani dostawca/program, u którego chce Pan/Pani zarejestrować dziecko, prosimy podać imię i nazwisko, adres i numer programu ACS (jeśli dotyczy).

SEKCJA 8

OŚWIADCZENIE

Prosimy uważnie przeczytać i podpisać sekcję dotyczącą poświadczenia. Jeżeli wnioskodawca wypełnia wniosek dla innej osoby, musi podpisać się swoim imieniem i nazwiskiem. Jeśli w gospodarstwie domowym jest dwoje rodziców, **wniosek muszą podpisać oboje rodzice**.

Podpisując, zaświadcza Pan/Pani, że zasoby Pana/Pani rodziny nie przekraczają 1 000 000 USD. Przykładami zasobów rodzinnych są: gotówka, rachunki oszczędnościowe i czekowe, dom, nieruchomości, samochody, akcje, obligacje, fundusze inwestycyjne, IRA, 401(k), renta, fundusz powierniczy, ubezpieczenie na życie, zawartość skrytki depozytowej itp.

SEKCJA 9

TYLKO DO UŻYTKU URZĘDOWEGO

Prosimy nie wypełniać tej sekcji. Zajmą się tym pracownicy, którzy ustalają, czy Pana/Pani rodzina kwalifikuje się do opieki.

KARTA REJESTRACYJNA WYBORCY

Ostatnia strona wniosku o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem to wniosek o rejestrację do głosowania. Jeśli chciał(a)by Pan/Pani otrzymać pomoc w wypełnieniu formularza rejestracyjnego wyborcy, należy zadzwonić pod numer 311. Złożenie wniosku o rejestrację lub odmowa rejestracji w celu głosowania nie wpływa na prawo do korzystania z pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem ani na wysokość pomocy od tej instytucji.

INFORMACJE O PRAWACH I OBOWIĄZKACH

Informacje na temat swoich praw i obowiązków można uzyskać pod adresem <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148a.pdf>

Jeśli nie ma Pan/Pani dostępu do Internetu, może Pan/Pani zadzwonić do NYC ACS pod numer (212) 835-7610, aby zamówić fizyczne kopie następujących broszur określających Pana/Pani prawa i obowiązki, które następnie zostaną wysłane pocztą.

- **LDSS-4148A:** Co należy wiedzieć o swoich prawach i obowiązkach
- **LDSS-4148B:** Co należy wiedzieć o programach opieki społecznej
- **LDSS-4148C:** Co należy zrobić w sytuacji nagłej

Lista kontrolna składania nowego wniosku o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem

Wniosek o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem (CFWB-012) musi zawierać dokumentację potwierdzającą. Należy sprawdzić, czy dostarczono dokumentację dla każdego wymogu kwalifikowalności dofinansowania.

1. WNIOSEK (CFWB-012)

Należy się upewnić, że wszystkie sekcje są wypełnione, w tym:

- ☐ W przypadku gospodarstwa domowego z dwojgiem rodziców oboje rodzice złożyli swój podpis
 ☐ Stosunek do służby wojskowej (sekcja 3)
 ☐ Czas podróży (sekcja 5)

2. MIEJSCE ZAMIESZKANIA W MIEŚCIE NOWY JORK

Należy załączyć kopię jednego z poniższych:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Prawo jazdy | ☐ Zaświadczenie NYCHA | ☐ Bieżąca umowa najmu |
| ☐ IDNYC | ☐ Rachunek za media z aktualnym adresem (np. prąd, gaz, ogrzewanie, olej, woda, WiFi/internet, telewizja kablowa lub telefon stacjonarny)* | |
| ☐ Pismo o przyznaniu świadczenia z sekcji 8 | ☐ Oświadczenie o najmie lub kredycie hipotecznym wraz z adresem* | |
| ☐ CFWB-067 Zaświadczenie o miejscu zamieszkania | ☐ CFWB-027 Zaświadczenie o miejscu zamieszkania wraz z adresem | |
| ☐ Pismo potwierdzające przebywanie w schronisku wraz z podanym adresem | ☐ Inne _____ | |

UWAGA: jeśli „INNE” dokumenty okażą się niewystarczające, ACS powiadomi wnioskodawcę.

Dokumenty muszą być nadal ważne.

Dokumenty oznaczone * nie mogą być starsze niż 60 dni.

3. TYLKO W PRZYPADKU DZIECKA LUB DZIECI WYMAGAJĄCYCH OPIEKI: OBYWATELSTWO / STATUS IMIGRACYJNY

Należy załączyć kopię jednego z poniższych:

- ☐ Amerykański akt urodzenia
 ☐ Karta rejestracji cudzoziemca w Amerykańskim Biurze Usług Imigracyjnych i Spraw dot. Obywatelstwa, w tym karta stałego pobytu lub zielona karta
- ☐ Formularz paszportowy USA
 ☐ FS-240 (Dokument urodzenia za granicą obywatela USA)
- ☐ Certyfikat nadania obywatelstwa
 ☐ Inne _____

UWAGA: jeśli „INNE” dokumenty okażą się niewystarczające, ACS powiadomi wnioskodawcę.

4. RELACJA DZIECKA Z RODZICEM/WNIOSKODAWCĄ

Kopia jednego z poniższych dokumentów dla wszystkich dzieci poniżej 18. roku życia w gospodarstwie domowym, niezależnie od tego, czy dziecko wymaga opieki:

- | | |
|---|---|
| ☐ Akt urodzenia | ☐ Dokumentacja adopcyjna |
| ☐ Akt chrztu | ☐ Postanowienie sądowe dla opiekuna prawnego odpowiedzialnego materialnie |
| ☐ Paszport z podpisem rodzica | ☐ Inne (prosimy wypełnić zaświadczenie dla opiekuna CFWB-058) |

5. WIEK

Kopia jednego z poniższych dokumentów dla wszystkich dzieci poniżej 18. roku życia w gospodarstwie domowym, niezależnie od tego, czy dziecko wymaga opieki:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ Akt urodzenia | ☐ Dokumentacja adopcyjna |
| ☐ Akt chrztu | ☐ Karta rejestracji cudzoziemca |
| ☐ Paszport | ☐ Oficjalna dokumentacja szpitalna dotycząca narodzin dziecka |

6. DOCHÓD

Wszyscy wnioskodawcy składający CFWB-012 muszą przedstawić dokumentację dochodów bez względu na powód opieki.

W przypadku zatrudnienia:

- ☐ CFWB-015 – Skierowanie do pracodawcy w celu uzyskania informacji o dochodzie pracownika

LUB

Odcinki wypłat (dwutygodniowe = co 2 tygodnie; półmiesięczne = dwa razy w miesiącu)

- ☐ Tygodniowe – 4 bieżące, kolejne odcinki wypłaty, jeśli kwota brutto jest taka sama
- ☐ Tygodniowe – 12 bieżących, następujących po sobie odcinków wypłaty, jeśli kwota brutto jest zmienna
- ☐ Dwutygodniowe/półmiesięczne – 2 bieżące, kolejne odcinki wypłaty, jeśli kwota brutto jest taka sama
- ☐ Dwutygodniowe/półmiesięczne – 6 bieżących, kolejnych odcinków wypłaty, jeśli kwota brutto jest zmienna

Formularze i instrukcje składania wniosków są dostępne na stronie <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page>.

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu 311 lub 212-835-7610.

W przypadku samozatrudnienia:

- ☐ W przypadku samozatrudnienia przez okres roku lub dłuższy: należy dostarczyć aktualny, wypełniony i podpisany formularz 1040 ORAZ załącznik 1 (formularz 1040), ORAZ jeden z poniższych dokumentów w zależności od rodzaju prowadzonej działalności:
- ☐ Jednoosobowa działalność gospodarcza: załącznik C (formularz 1040 oraz dowolny powiązany formularz 1099)
- ☐ Dla korporacji typu S oraz korporacji z ograniczoną odpowiedzialnością (Limited Liability Company, LLC): formularz 1120-S
- ☐ Dla spółek z ograniczoną odpowiedzialnością: formularz 1065
- ☐ W przypadku samozatrudnienia przez okres roku lub dłuższy i braku aktualnego formularza 1040 z powodu wydłużenia terminu: należy dostarczyć wypełniony i podpisany formularz 4868 ORAZ dokumentację podatkową firmy z trzech ostatnich miesięcy.
- ☐ W przypadku samozatrudnienia przez okres krótszy niż rok: należy dostarczyć potwierdzenie informacji dotyczących dochodu z własnej działalności (CFWB-031) ORAZ dokumentację firmy z ostatnich trzech miesięcy.
- ☐ W przypadku samozatrudnienia przez okres krótszy niż 3 miesiące: należy dostarczyć potwierdzenie informacji dotyczących dochodu z własnej działalności (CFWB-031) ORAZ dokumentację firmy za każdy miesiąc samozatrudnienia.

Inne dochody:

- ☐ W przypadku źródeł dochodu, takich jak zapomoga uzupełniająca (SSI), renta inwalidzka (SSD), zasiłek dla bezrobotnych, dochód z najmu, emerytura, renta oraz odszkodowania pracownicze: należy dostarczyć dowód otrzymywania tego dochodu w postaci ostatniego czeku, odcinka wynagrodzenia lub listu przyznającego świadczenia. Nie ma potrzeby dostarczania dowodu otrzymywania świadczeń z tytułu SSI otrzymywanej przez dowolne dziecko w Pana/Pani gospodarstwie domowym. Jeżeli kwota tego dochodu jest taka sama w każdym miesiącu, konieczne jest dostarczenie dokumentacji za jeden miesiąc. Jeżeli kwota tego dochodu jest różna w każdym miesiącu, konieczne jest dostarczenie dokumentacji za 3 miesiące. Jeżeli uważa Pan/Pani, że dokumentacja z 3 miesięcy nie odzwierciedla w odpowiedni sposób dochodów z tego źródła, może Pan/Pani dostarczyć dokumentację z maksymalnie 6 miesięcy. Dokumenty, takie jak najnowszy czek, odcinek wynagrodzenia lub list przyznający świadczenia, muszą być wydane w ciągu 30 dni od daty złożenia wniosku.
- ☐ W przypadku dochodu z alimentów: należy dostarczyć dokumentację w postaci umowy, pisma przyznającego świadczenie lub kopię czeków. Jeżeli kwota tego dochodu jest taka sama w każdym miesiącu, konieczne jest dostarczenie dokumentacji za jeden miesiąc. Jeżeli kwota tego dochodu jest różna w każdym miesiącu, konieczne jest dostarczenie dokumentacji za 3 miesiące. Jeżeli uważa Pan/Pani, że dokumentacja z 3 miesięcy nie odzwierciedla w odpowiedni sposób dochodów z tego źródła, może Pan/Pani dostarczyć dokumentację z maksymalnie 6 miesięcy. Dokumenty, takie jak najnowsza umowa, pismo przyznające świadczenia lub czek, muszą być wydane w ciągu 30 dni od daty złożenia wniosku.

7. POWODY OPIEKI

Wnioskodawca musi udokumentować jeden z następujących powodów opieki:

a. Pracuje minimum 10 godzin tygodniowo i zarabia co najmniej płacę minimalną:

- ☐ Powyżej pod dochodami należy sprawdzić wymagane dokumenty dotyczące zatrudnienia i/lub samozatrudnienia.

b. Szkolenie zawodowe / działalność edukacyjna:

Szkoła zawodowa, 2-letnia uczelnia lub 4-letnia uczelnia (jedno z poniższych)

- ☐ CFWB-005 z pieczęcią szkoły
- ☐ Dopuszczalne jest również pismo z instytucji szkoleniowej lub edukacyjnej na oficjalnym papierze firmowym, ale musi zawierać wszystkie niezbędne informacje odzwierciedlone w CFWB-005.

c. Poszukiwanie pracy (jedno z poniższych):

- ☐ CFWB-026 – Dokumentacja poszukiwania pracy
- ☐ Zatwierdzony plan poszukiwania pracy wydany przez Departament Pracy stanu Nowy Jork (NYS Dept. of Labor)
- ☐ Dowód potwierdzający ubezpieczenie od bezrobocia

d. Bezdomność (jedno z poniższych):

- ☐ Pismo potwierdzające zakwaterowanie w schronisku (w tym w centrach pomocy humanitarnej w nagłych wypadkach [Humanitarian Emergency Relief Centers]) LUB
- ☐ Zaświadczenie o miejscu zamieszkania CFWB-027 (w przypadku tymczasowego mieszkania z innymi osobami, zamieszkiwania w miejscu nienadającym się do zamieszkania przez ludzi, w hotelu/motelu lub w innym trudnym przypadku związanym z zamieszkaniami)

e. Skierowanie w sprawie przemocy w rodzinie (od dostawcy usług w zakresie przemocy w rodzinie):

- ☐ Skierowanie do usług w odpowiedzi na przemoc w rodzinie

f. Skierowanie do programu leczenia nadużywania substancji psychoaktywnych (od dostawcy usług leczenia uzależnień):

- ☐ Skierowanie na leczenie uzależnienia od substancji psychoaktywnych

Formularze i instrukcje składania wniosków są dostępne na stronie <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page>.

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu 311 lub 212-835-7610.

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



Jak przesłać wniosek

Prosimy wypełnić wniosek o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem (CFWB-012) i zebrać całą wymaganą dokumentację, aby zweryfikować wielkość rodziny, miejsce zamieszkania, dochód i powód opieki. Przed przesłaniem należy skorzystać z listy kontrolnej wniosku, aby upewnić się, że wniosek jest kompletny.

Wypełniony wniosek i dokumentację należy przesłać na poniższy adres w celu przetworzenia:

NYC Children – EDU
PO Box 40
Maplewood, NJ 07040

Wszystkie dokumenty powinny być wysłane za pośrednictwem amerykańskiego Urzędu Pocztowego (US Postal Service). Dokumenty nie mogą być wysłane przez Fedex ani UPS do skrytki pocztowej.

W razie pytań dotyczących wniosku należy zadzwonić do centrum telefonicznego Wydziału ds. Dzieci pod numer 212-835-7610.



NOTATKA

Jess Dannhauser
Komisarz

66 John Street
8th Floor
New York, NY 10038

Do: Wszystkich rodziców/opiekunów ubiegających się o pomoc w zakresie opieki nad dzieckiem

Dotyczy: Status imigracyjny

NIEKTÓRE PROGRAMY WYMAGAJĄ DOWODU, ŻE PANA/PANI DZIECKO WYMAGAJĄCE
OPIEKI JEST OBYWATELEM USA, MIESZKAŃCEM TERYTORIÓW ZALEŻNYCH USA LUB
OSOBĄ O ODPOWIEDNIM STATUSIE IMIGRACYJNYM.

Prosimy odwiedzić stronę
www.nyc.gov/acs

NIE BĘDZIE PAN/PANI PYTANY(-A) O SWÓJ STATUS IMIGRACYJNY ANI STATUS
IMIGRACYJNY INNYCH OSÓB W DOMU, A JEDYNIĘ O STATUS DZIECKA LUB DZIECI
POTRZEBUJĄCYCH OPIEKI.

Child.FamilyWellBeing@acs.nyc.gov



New York State Voter Registration Form

Register to vote

With this form, you register to vote in elections in New York State. You can also use this form to:

- change the name or address on your voter registration
- become a member of a political party
- change your party membership
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age

To register you must:

- be a US citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- not be in prison for a felony conviction;
- not claim the right to vote elsewhere;
- not found to be incompetent by a court.

Send or deliver this form

Fill out the form below and send it to **your county's address** on the back of this form, or take this form to the office of your County Board of Elections.

This form must be received no later than **10 days before the election** you want to vote in. Your county will notify you that you are registered to vote.

Questions?

Call your **County Board of Elections** listed on the back of this form or 1-800-FOR-VOTE (TDD/TTY Dial 711)

Find answers or tools on our website www.elections.ny.gov

Verifying your identity

We'll try to check your identity before Election Day, through the **DMV number (driver's license number or non-driver ID number)**, or the **last four digits of your social security number**, which you'll fill in below.

If you do not have a **DMV** or **social security number**, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form—be sure to tape the sides of the form closed.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

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.

বাংলা: এই ফর্মটি বাংলাতে গেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নাম্বারে কল করুন

! It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections. Please print in blue or black ink.

Qualifications

1 Are you a citizen of the U.S.? ☐ Yes ☐ No
If you answer *No*, you cannot register to vote.

2 **A)** Will you be 18 years of age or older on or before election day? ☐ Yes ☐ No
B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election? ☐ Yes ☐ No
If you answer **No** to both of the prior questions, you cannot register to vote.

Your name

3 Last name Suffix
First name Middle Initial

More information

Items 5, 6 & 7 are optional

4 Birth date / /
5 Gender
6 Phone -
7 Email

The address where you live

8 Address (not P.O. box)
Apt. Number Zip code
City/Town/Village
New York State County

The address where you receive mail

Skip if same as above

9 Address or P.O. box
P.O. Box Zip code
City/Town/Village

Voting history

10 Have you voted before? ☐ Yes ☐ No
11 What year?

Voting information that has changed

Skip if this has not changed or you have not voted before

12 Your name was
Your address was
Your previous state or New York State County was

Identification

You must make 1 selection
For questions, please refer to *Verifying your identity* above.

13 ☐ New York State DMV number
☐ Last four digits of your Social Security number x x - x -
☐ I do not have a New York State driver's license or a Social Security number.

Political party

You must make 1 selection

Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.

14 **I wish to enroll in a political party**
☐ Democratic party
☐ Republican party
☐ Conservative party
☐ Working Families party
☐ Other
I do not want to enroll in any political party and wish to be an independent voter
☐ No party



Affidavit: I swear or affirm that

- I am a citizen of the United States.
- I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election.
- I meet all requirements to register to vote in New York State.
- This is my signature or mark in the box below.
- The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years.

Optional questions

15 ☐ I need to apply for an Absentee ballot.
☐ I would like to be an Election Day worker.

Sign

Date

Address and stamp this section

Your address



Place
First-Class
Stamp
Here

Before mailing,
remove tape,
fold and seal

Your County Board of Elections address (select from below)

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

Albany
260 S. 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

Chautauque
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
City 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

Nassau
240 Old Country Rd.
5th Fl.
PO Box 9002
Mineola, NY 11501
(516) 571-8883

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

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

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

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

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

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

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

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 14857
(315) 536-5135

(Optional) Register to donate your organs and tissues

If you would like to be an organ and tissue donor upon your death, you may enroll in the NYS *Donate Life™* Registry online at www.donatelife.ny.gov or complete the form below.

You will receive a confirmation email or letter, which will also provide you an opportunity to limit your donation.



Last name

First name

Middle Initial

Suffix

Address

Apt. Number

Zip code

City

Birth date

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Eye color

Email

Gender ☐ M ☐ F

Height

Ft.

In.

DMV or ID NYC #

By signing below,
you certify that you are:

- 16 years of age or older;
- consenting to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS *Donate Life™* Registry for enrollment;
- and authorizing the Registry to give access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health upon your death.

Sign

Date