



نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے درخواست

براہ کرم ہدایات (CFWB-012A) پڑھیں اور اسے مکمل کرتے وقت اعانت کے لیے اور جو دستاویزات مطلوب ہیں ان سے متعلق معلومات کے لیے دستاویز کی جانچ فہرست (CFWB-012B) کا جائزہ لیں۔

بملاحظہ: یہ درخواست صرف زمرہ 2* نگہداشت طفل م اعانت کے لیے درخواست دینے کے لیے (ان فیملیز کے لیے جنہیں نقد اعانت نہیں مل رہی ہے) استعمال کی جاتی ہے۔ نقد اعانت یا دیگر مراعات، بشمول زمرہ 1 نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے (جن فیملیز کو نقد اعانت ملتی ہے ان کے لیے) درخواست دینے کے لیے، آپ کو نیو یارک اسٹیٹ کی درخواست برائے مخصوص مراعات و خدمات (LDSS-2921) کا استعمال کرنا ضروری ہے۔

براہ کرم نوٹ کریں: مکمل مانے جانے کے لیے اس فارم کے سارے سیکشن پُر کرنا ضروری ہے الّا یہ کہ سیکشن کو اختیاری کے بطور شناخت کیا گیا ہو۔ اگر آپ اس فارم کے تمام مطلوب سیکشن مکمل نہیں کرتے ہیں تو، آپ کو نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے زیر غور نہیں لایا جائے گا۔

درج ذیل درخواست دہندگان آمدنی کا لحاظ کیے بغیر نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے اہل ہو سکتے ہیں اور انہیں یہ درخواست مکمل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔

- رضاعی والدین جنہیں کام کرنے میں اپنی سہولت کے لیے نگہداشت طفل میں اعانت درکار ہے اور جو صرف رضاعی بچے (بچوں) کے لیے اعانت کے لیے درخواست دے رہے ہیں۔
- حفاظتی یا تدارکی خدمات موصول کرنے والی فیملیز۔

تفصیلات کے لیے درخواست کی ہدایات (CFWB-012A) سے رجوع کریں نیا تبدیل/دوبارہ تصدیق دوبارہ کھلا ہوا

صرف دفتر کے استعمال کے لیے

کیس #:

درخواست کی تاریخ:

آخری نام (براہ کرم کوئی عرفی نام یا اصل نام قوسین میں شامل کریں):	پہلا نام:	درمیانی نام:	ازدواجی حیثیت:
گھر کا پتہ:	اپارٹمنٹ #:	شہر/بورو:	ریاست:
کیا یہ عارضی پتہ ہے؟ <input type="radio"/> ہاں <input type="radio"/> نہیں اگر ہاں تو، کیا فیملی فی الحال اس میں رہتی ہے (ایک کو نشان زد کریں): <input type="radio"/> بے گھر پناہ گاہ <input type="radio"/> دوسری فیملی کے ساتھ ڈبل ہو گئے ہیں <input type="radio"/> ہوٹل/موٹل <input type="radio"/> کار، بس، ٹرین <input type="radio"/> پارک، کیمپ سائٹ <input type="radio"/> دیگر	ٹیلیفون (دفتر):	ٹیلیفون (سیل یا دیگر):	ای میل:
کیا آپ کو نقد اعانت ملتی ہے؟ <input type="radio"/> ہاں <input type="radio"/> نہیں	CA نمبر:	آپ کی بنیادی زبان کیا ہے؟ <input type="radio"/> انگریزی <input type="radio"/> ہسپانوی <input type="radio"/> دیگر	
		آپ کی ترجیحی زبان کیا ہے؟ <input type="radio"/> انگریزی <input type="radio"/> ہسپانوی <input type="radio"/> دیگر	

سیکشن 1 - درخواست ہیکلہ

براہ کرم اپنے گھرانے میں نگہداشت صحت کے ضرورت مند سبھی بچے درج کریں۔ (صرف نگہداشت کے ضرورت مند بچے)

نام (آخری، پہلا)	درمیانی نام	رشتہ	تاریخ پیدائش	صنف	بچے کے دونوں والدین گھر میں رہتے ہیں؟	نسلیت ہسپانوی یا لاطینی**	نسل** (بیچٹ نیچے دیکھیں)	سوشل سیکیورٹی نمبر (اختیاری)	معذور بچہ؟	کیا بچہ امریکی شہری / امریکی باشندہ/ یا ترک وطن کی اطمینان بخش حالت والا شخص ہے؟
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										

سیکشن 2
نگہداشت کی ضرورت والا بچہ (بچے)

* زمرہ 1: نگہداشت طفل کی ضمانت کے اہل فیملیز – نقد اعانت (CA) کے لیے درخواست دینا یا وصول کرنا، یا CA کے بدلے نگہداشت طفل میں اعانت حاصل کرنا یا عبوری نگہداشت طفل حاصل کرنا۔

زمرہ 2: وہ فیملیز جو فنڈ دستیاب ہونے پر اہل ہوتی ہیں

** نسلیت اور نسلی معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے اور اس سے نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کے ذریعے آپ کو اعانت کی جو رقم دی جائے گی اس پر اثر نہیں پڑے گا۔

نسلی وابستگی کے کوڈ:

مقامی امریکی یا الاسکا کا مقامی باشندہ **AI**

ایشیائی **AS**

سیاہ فام یا افریقی امریکی **BL**

ہوائی کا اصل باشندہ یا پیسفاک جزائر کا باشندہ **HP**

سفید فام **WH**

براہ کرم اپنے پورے گھرانے کے سبھی دیگر ممبران درج کریں (جو سیکشن 2A میں مندرج نہیں ہیں) بشمول 18 سال سے کم عمر کے وہ بچے جنہیں نگہداشت طفل درکار نہیں ہے۔ سب سے پہلے خود کو، اس کے بعد آپ کے ساتھ رہنے والے ہر ایک کو درج کریں۔

اضافی فیملی ممبرز کے لیے، براہ کرم علیحدہ پرچہ منسلک کریں۔ گھر میں رہنے والے نگہداشت کے لیے درخواست دے رہے بچے کے شریک حیات، والدین یا نگران کے لیے معلومات شامل کریں۔

نسلی وابستگی کے کوڈ:
AI مقامی امریکی یا الاسکا کا مقامی باشندہ
AS ایشیائی
BL سیاہ فام یا افریقی امریکی
HP ہوائی کا اصل باشندہ یا پیسفک جزائر کا باشندہ
WH سفید فام

نام (آخری، پہلا) (عرفی نام یا اصل نام قوسین میں شامل کریں)	درمیانی نام	رشتہ	تاریخ پیدائش	صنف	صنفی شناخت** (اختیاری)	نسلیت ہسپانوی یا لاطینی**	نسل** (ایجنڈا دائیں دیکھیں)	سوشل سیکورٹی نمبر (اختیاری)
1.		خود						
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								

** صنف، نسب اور نسل کی معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے اور اس سے نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کے ذریعے آپ کو اعانت کی جو رقم دی جائے گی اس پر اثر نہیں پڑے گا۔

صرف دفتر کے استعمال کے لیے فیملی سائز: _____

<p>کیا والدین فی الحال امریکی فوج میں فعال ڈیوٹی (کل وقتی) ہے؟</p> <p>○ ہاں ○ نہیں</p> <p>کیا والدین فی الحال نیشنل گارڈ یا ملٹری ریزرو یونٹ کا ممبر ہے؟</p> <p>○ ہاں ○ نہیں</p> <p>کیا نگہداشت طفل فراہم کرنے کے لیے غیر تولیتی والدین موجود ہیں؟</p> <p>○ ہاں ○ نہیں</p>	<p>نگہداشت طفل میں اعانت کی درخواست کرنے کی آپ کی وجہ کیا ہے؟</p> <p>○ ملازمت</p> <p>○ حرفتی تربیت/تعلیمی سرگرمیاں</p> <p>○ خانگی تشدد سے متعلق خدمات موصول کرنا</p> <p>○ کام کی تلاش ہے ○ بے گھری</p> <p>○ کسی منظور شدہ ممنوعات کے بیجا استعمال کے معالجہ پروگرام میں شرکت کرنا</p>	<p>3 سیکشن بچے/فیملی کی ضروریات</p>
<p>کیا درخواست دہندہ مختلف درخواست کے ذریعے نگہداشت طفل موصول کر / اس کے لیے درخواست دے رہا ہے؟</p> <p>اگر ہاں تو براہ کرم ایجنسی بتائیں:</p> <p>○ محکمہ تعلیم (DOE)</p> <p>○ ہیومن ریسورسز ایڈمنسٹریشن (HRA)</p> <p>○ محکمہ برائے نوجوان اور کمیونٹی کا فروغ (DYCD)</p> <p>○ محکمہ برائے بے گھر افراد سے متعلق خدمات (DHS)</p> <p>○ کنسورشیم فار ورکر ایجوکیشن (CWE)</p> <p>○ انتظامیہ برائے خدمات اطفال (ACS)</p>		

<p>درخواست دہندہ کے آجر کا نام: _____</p> <p>ٹیلیفون نمبر: _____</p> <p>پتہ: _____</p> <p>شہر/بورو: _____</p> <p>ریاست: _____</p> <p>زپ کوڈ: _____</p> <p>ملازمت کے آغاز کی تاریخ: _____</p> <p>اگر درخواست دہندہ کے پاس دوسری نوکری ہے</p> <p>درخواست دہندہ کے آجر کا نام: _____</p> <p>ٹیلیفون نمبر: _____</p> <p>پتہ: _____</p> <p>شہر/بورو: _____</p> <p>ریاست: _____</p> <p>زپ کوڈ: _____</p> <p>ملازمت کے آغاز کی تاریخ: _____</p>	<p>کیا نوکری میں نوبت والی شفٹ ہے؟ ○ ہاں ○ نہیں</p> <p>کیا نوکری میں اوور ٹائم (OT) مطلوب ہے؟ ○ ہاں ○ نہیں</p>	<p>3 سیکشن اگر نگہداشت کی وجہ ملازمت ہے</p>
<p>درخواست دہندہ کے آجر کا نام: _____</p> <p>ٹیلیفون نمبر: _____</p> <p>پتہ: _____</p> <p>شہر/بورو: _____</p> <p>ریاست: _____</p> <p>زپ کوڈ: _____</p> <p>ملازمت کے آغاز کی تاریخ: _____</p> <p>اگر درخواست دہندہ کے پاس دوسری نوکری ہے</p> <p>درخواست دہندہ کے آجر کا نام: _____</p> <p>ٹیلیفون نمبر: _____</p> <p>پتہ: _____</p> <p>شہر/بورو: _____</p> <p>ریاست: _____</p> <p>زپ کوڈ: _____</p> <p>ملازمت کے آغاز کی تاریخ: _____</p>	<p>کیا نوکری میں نوبت والی شفٹ ہے؟ ○ ہاں ○ نہیں</p> <p>کیا نوکری میں اوور ٹائم (OT) مطلوب ہے؟ ○ ہاں ○ نہیں</p>	

تمثیلی کام/سرگرمی کا شیڈول (یعنی، تعلیمی/حرفتی سرگرمی)

اتوار	پیر	منگل	بدھ	جمعرات	جمعہ	ہفتہ
از	از	از	از	از	از	از
تا	تا	تا	تا	تا	تا	تا

گھرانے میں دوسرے والدین، نگران یا سوتیلے والدین کے لیے تمثیلی کام/سرگرمی کا شیڈول

اتوار	پیر	منگل	بدھ	جمعرات	جمعہ	ہفتہ
از	از	از	از	از	از	از
تا	تا	تا	تا	تا	تا	تا

براہ کرم ذیل کا شیڈول صرف تب مکمل کریں جب والدین کے پاس دوسری شفٹ، نوکری یا سرگرمی ہو

اتوار	پیر	منگل	بدھ	جمعرات	جمعہ	ہفتہ
از	از	از	از	از	از	از
تا	تا	تا	تا	تا	تا	تا

براہ کرم ذیل کا شیڈول صرف تب مکمل کریں جب گھرانے میں دوسرے والدین، نگران یا سوتیلے والدین کے پاس دوسری شفٹ، نوکری یا سرگرمی ہو

اتوار	پیر	منگل	بدھ	جمعرات	جمعہ	ہفتہ
از	از	از	از	از	از	از
تا	تا	تا	تا	تا	تا	تا

سیکشن 4
کام/سرگرمی اسفر کے وقت کا شیڈول

سفر کا وقت ڈراپ آف: نگہداشت طفل فراہم کنندہ سے کام/سرگرمی تک سفر کا وقت؟

- درج ذیل میں سے ایک کو نشان زد کریں: 15 منٹ 30 منٹ 45 منٹ 1 گھنٹہ 1 گھنٹہ سے زیادہ۔ اگر 1 گھنٹہ سے زیادہ تو وقت کی مقدار __ عوامی نقل و حمل؟ ہاں نہیں
- یک اپ: کام/سرگرمی سے نگہداشت طفل فراہم کنندہ تک سفر کا وقت؟
- درج ذیل میں سے ایک کو نشان زد کریں: 15 منٹ 30 منٹ 45 منٹ 1 گھنٹہ 1 گھنٹہ سے زیادہ۔ اگر 1 گھنٹہ سے زیادہ تو وقت کی مقدار __ عوامی نقل و حمل؟ ہاں نہیں
- شریک حیات/دیگر والدین: نگہداشت طفل فراہم کنندہ سے کام/سرگرمی تک سفر کا وقت؟
- درج ذیل میں سے ایک کو نشان زد کریں: 15 منٹ 30 منٹ 45 منٹ 1 گھنٹہ 1 گھنٹہ سے زیادہ۔ اگر 1 گھنٹہ سے زیادہ تو وقت کی مقدار __ عوامی نقل و حمل؟ ہاں نہیں
- یک اپ: کام/سرگرمی سے نگہداشت طفل فراہم کنندہ تک سفر کا وقت؟
- درج ذیل میں سے ایک کو نشان زد کریں: 15 منٹ 30 منٹ 45 منٹ 1 گھنٹہ 1 گھنٹہ سے زیادہ۔ اگر 1 گھنٹہ سے زیادہ تو وقت کی مقدار __ عوامی نقل و حمل؟ ہاں نہیں

اس بات کی نشاندہی کریں کہ کیا آپ کے ساتھ درخواست دینے والے کسی کو بھی درج ذیل مآخذ سے پیسہ موصول ہوتا ہے۔ دستاویزی شہادت کے تقاضوں کے لیے جانچ فہرست (CFWB-012B) دیکھیں۔ براہ کرم جلی حروف میں لکھیں

صرف دفتر کے استعمال کے لیے	مآخذ	ہاں/نہیں	مجموعی رقم	کتی بار؟ (مثلاً ہفتہ وار، ماہانہ، وغیرہ)	وصول کنندہ کون ہے؟	دستاویزی شہادت کی قسم	ماہانہ کیلکولیشنز
	درخواست دہندہ کی اجرتیں/تنخواہ بشمول اوور ٹائم، کمیشن، تربیتی پروگرام، نذرانے		\$		خود		
	گھرانے میں دوسرے والدین، نگران یا سوتیلے والدین اجرتیں/تنخواہ بشمول اوور ٹائم، کمیشن، تربیتی پروگرام، نذرانے		\$				
	خود کے روزگار سے ہونے والی خالص آمدنی		\$				
	امداد اطفال کی ادائیگیاں (موصول شدہ)		\$				
	سالانہ/شریک حیات کی امداد (موصول شدہ)		\$				
	بے روزگاری بیمہ کی مراعات، ورکرز کمپنیشن		\$				
	سوشل سیکیورٹی کی مراعات (بشمول SSI)		\$				
	معذوری کی مراعات (NYS، VA، نجی)		\$				
	کرایہ/بورڈرز کی/لاجرز سے ہونے والی آمدنی (موصول شدہ)		\$				
	منافع/سود – اسٹاکس، بانڈز، بچتیں		\$				
	ریٹائرمنٹ، پنشن/سالیانہ		\$				
	نقد اعانت (CA) کی گرانٹ، سیفٹی نیٹ کی مراعات		\$				
	دیگر (براہ کرم وضاحت کریں)		\$				
	کل آمدنی		\$				

سیکشن 5
آمدنی کی معلومات

اگر آپ نیو یارک اسٹیٹ کے چائلڈ کیئر بلاک گرانٹ سے فنڈ یافتہ نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے اہل قرار پاتے ہیں تو، آپ کے پاس منتخب کرنے کا اختیار ہے: مرکز پر مبنی یا گھر پر مبنی نگہداشت طفل۔ اگر آپ ایسا فرام کنندہ منتخب کرتے ہیں جو لائسنس یافتہ یا رجسٹرڈ نہیں ہے تو، فرام کنندہ کا قانونی طور پر مستثنیٰ فرام کنندہ کے بطور مندرج ہونا ضروری ہے۔ اپنی پسند کے فرام کنندہ (کنڈنگان) کا (کے) نام اور پتہ (پتے) نیچے فرام کریں۔ آپ منسلکہ پرچے پر اضافی پسند درج کر سکتے ہیں۔

نام: _____ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): _____ نام: _____ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): _____
پتہ: _____ پتہ: _____

- میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس فارم پر موجود معلومات کا استعمال خدمات/سبسڈی کے لیے میری یا میری فیملی کی اہلیت کا تعین کرنے کے لئے کیا جائے گا۔ میں اس درخواست فارم پر دستخط کر کے اس بات کو سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ، میں نے جو معلومات دی ہے اس کی تصدیق یا توثیق کرنے کے لئے کسی بھی تفتیش یا نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے میری درخواست کے سلسلے میں کسی بھی تفتیش میں پوری طرح تعاون کرنے سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں۔ اگر اضافی معلومات کی درخواست کی جائے گی تو میں فرام کروں گا/گی۔
- سوشل سیکورٹی نمبرز، اگر فرام کرائے گئے ہوں تو، وفاقی، ریاستی، اور مقامی ایجنسیوں کے ذریعے خدمات کے ڈیلیکیشن، فریب کو روکنے کے لیے اور وفاقی رپورٹنگ کے لیے استعمال کیے جا سکتے ہیں۔
- میں اپنی ضروریات، آمدنی، پتہ، قیام کے انتظامات، گھرانے کی ساخت یا جس پتے پر نگہداشت فرام کی جاتی ہے اس میں، نگہداشت طفل فرام کرنے والے فرد میں، فرام کنندہ کی فیس اور/یا جتنے گھنٹوں کے لیے نگہداشت کی ضرورت ہے اس میں کسی تبدیلی سے ایجنسی کو فوری طور پر مطلع کرنے پر متفق ہوں۔

نیویارک سٹی کی انتظامیہ برائے خدمات اطفال (Administration for Children's Services, ACS) کی پالیسی اور اس کا عزم ہے کہ وہ نسل، عقیدہ، عمر، رنگ، جنس، مذہب، قومی بنیاد، اجنبی یا شہریت کی حالت، جسمانی یا ذہنی معذوری، صنف، صنفی شناخت، جنسی رجحان، حمل، ازدواجی یا پارٹنرشپ کی حیثیت کی بنیاد پر امتیازی سلوک نہیں کرتی ہے۔

آپ اپنے حقوق اور ذمہ داریوں کے بارے میں معلومات <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148A.pdf> پر حاصل کر سکتے ہیں۔
اگر آپ کی رسائی انٹرنیٹ تک نہیں ہے تو درج ذیل کتابچوں کی طبیعتی نقول کی درخواست کرنے کے لیے آپ NYC ACS at (212) 835-7610 پر کال کر سکتے ہیں۔
LDSS-4148A: آپ کو اپنے حقوق اور ذمہ داریوں کے بارے میں آپ کو کن باتوں کا علم ہونا چاہیے؛ **LDSS-4148B:** سوشل سروسز پروگرامز کے بارے میں آپ کو کن باتوں کا علم ہونا چاہیے؛ **LDSS-4148C:** اگر آپ کو کوئی ہنگامی حالت درپیش ہو تو آپ کو کن باتوں کا علم ہونا چاہیے
تصدیق: میں ہرجانہ دروغ حلفی کے تحت حلف اٹھاتا/اٹھاتی ہوں اور/یا اس کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ وہ تمام معلومات جو میں نے نگہداشت طفل میں اعانت سے متعلق NYC ACS کو دی ہیں یا دوں گا/گی وہ صحیح ہیں۔ میں نے مذکورہ بالا اور منسلکہ نوٹس دونوں کو پڑھ اور سمجھ لیا ہے۔ میں اوپر مندرج تصدیقات کو سمجھتا ہوں اور ان سے متفق ہوں۔

اگر دو والدین/نگران والا گھرانہ ہو تو براہ کرم دونوں والدین کے دستخط فرام کریں۔
دستخط والدین/نگران: _____ دستخط والدین/نگران: _____
تاریخ: _____ جلی حروف میں نام: _____ تاریخ: _____ جلی حروف میں نام: _____
تاریخ: _____ جلی حروف میں نام: _____ تاریخ: _____ جلی حروف میں نام: _____

نگہداشت کے اجازت یافتہ دن اور گھنٹے:

اتوار	پیر	منگل	بدھ	جمعرات	جمعہ	ہفتہ
از	از	از	از	از	از	از
تا	تا	تا	تا	تا	تا	تا

دوسری شفٹ/کام/سرگرمی کے شیڈول کے لیے نگہداشت کے اجازت یافتہ دن اور گھنٹے (اگر والدین سیکشن 5 میں دوسری شفٹ/کام/سرگرمی فرام کریں تو ہی مکمل کریں)

اتوار	پیر	منگل	بدھ	جمعرات	جمعہ	ہفتہ
از	از	از	از	از	از	از
تا	تا	تا	تا	تا	تا	تا

اہلیت کا تعین اور اسے منظور کیا گیا بذریعہ (جلی حروف میں لکھیں اور مختصر دستخط کریں): _____ تاریخ: _____
اہلیت کی طوالت از _____ تا _____ کوڈز: RFC: _____ PR: _____ FS: _____

اضافی بچے (اگر قابل اطلاق ہو)

براہ کرم اپنے گھرانے میں نگہداشت صحت کے ضرورت مند سبھی بچے درج کریں۔ (صرف نگہداشت کے ضرورت مند بچے)

نام (آخری، پہلا)	درمیاتی نام	رشتہ	تاریخ پیدائش	صنف	بچے کے دونوں والدین گھر میں رہتے ہیں؟	نسلیت ہسپانوی یا لاطینی**	نسل** (بیچٹ نیچے دیکھیں)	سوشل سیکیورٹی نمبر (اختیاری)	معذور بچہ؟	کیا بچہ امریکی شہری / امریکی باشندہ / یا ترک وطن کی اطمینان بخش حالت والا شخص ہے؟
.9										
.10										
.11										
.12										
.13										
.14										
.15										
.16										
.17										
.18										
.19										
.20										
.21										
.22										
.23										
.24										
.25										
.26										
.27										
.28										

سیکشن 2
نگہداشت کی ضرورت والا بچہ (بچے)

* زمرہ 1: نگہداشت طفل کی ضمانت کی اہل فیملیز – نقد اعانت (CA) کے لیے درخواست دینا یا وصول کرنا، یا CA کے بدلے نگہداشت طفل میں اعانت حاصل کرنا یا عبوری نگہداشت طفل حاصل کرنا۔

زمرہ 2: وہ فیملیز جو فنڈ دستیاب ہونے پر اہل ہوتی ہیں

** نسلیت اور نسلی معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے اور اس سے نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کے ذریعے آپ کو اعانت کی جو رقم دی جائے گی اس پر اثر نہیں پڑے گا۔

نسلی وابستگی کے کوڈ:
 AI مقامی امریکی یا الاسکا کا مقامی باشندہ
 AS ایشیائی
 BL سیاہ فام یا افریقی امریکی
 HP ہوائی کا اصل باشندہ یا پیسفاک جزائر کا باشندہ
 WH سفید فام

اضافی فیملی ممبرز (اگر قابل اطلاق ہو)

براہ کرم اپنے پورے گھرانے کے سبھی دیگر ممبران درج کریں (جو سیکشن 2A میں مندرج نہیں ہیں) بشمول 18 سال سے کم عمر کے وہ بچے جنہیں نگہداشت طفل درکار نہیں ہے۔ سب سے پہلے خود کو، اس کے بعد آپ کے ساتھ رہنے والے ہر ایک کو درج کریں۔

نام (آخری، پہلا) (عرفی نام یا اصل نام قوسین میں شامل کریں)	درمیانی نام	رشتہ	تاریخ پیدائش	صنف	نسلیت ہسپانوی یا لاطینی**	نسل** (بیچنڈ نیچے دیکھیں)	سوشل سیکیورٹی نمبر (اختیاری)
.9							
.10							
.11							
.12							
.13							
.14							
.15							
.16							
.17							
.18							
.19							
.20							
.21							
.22							
.23							
.24							
.25							
.26							
.27							
.28							

2B سیکشن
فیملی ممبرز

**نسلیت اور نسلی معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے اور اس سے نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کے ذریعے آپ کو اعانت کی جو رقم دی جائے گی اس پر اثر نہیں پڑے گا۔

نسلی وابستگی کے کوڈ:
مقامی امریکی یا الاسکا کا مقامی باشندہ
ایشیائی
سیاہ فام یا افریقی امریکی
ہوائی کا اصل باشندہ یا پیسفک جزائر کا باشندہ
سفید فام

AI
AS
BL
HP
WH

صرف دفتر کے استعمال کے لیے
فیملی سائز: _____

اضافی فیملی ممبرز (اگر قابل اطلاق ہو)

اگر آپ نیو یارک اسٹیٹ کے چائلڈ کیئر بلاک گرانٹ سے فنڈ یافتہ نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے اہل قرار پاتے ہیں تو، آپ کے پاس منتخب کرنے کا اختیار ہے: مرکز پر مبنی یا گھر پر مبنی نگہداشت طفل۔ اگر آپ ایسا فراہم کنندہ منتخب کرتے ہیں جو لائسنس یافتہ یا رجسٹرڈ نہیں ہے تو، فراہم کنندہ کا قانونی طور پر مستثنیٰ فراہم کنندہ کے بطور مندرج ہونا ضروری ہے۔ اپنی پسند کے فراہم کنندہ (کننگان) کا (کے) نام اور پتہ (پتے) نیچے فراہم کریں۔ آپ منسلکہ پرچے پر اضافی پسند درج کر سکتے ہیں۔

نام: _____ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): _____ نام: _____ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): _____
پتہ: _____ پتہ: _____

نام: _____ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): _____ نام: _____ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): _____
پتہ: _____ پتہ: _____

نام: _____ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): _____ نام: _____ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): _____
پتہ: _____ پتہ: _____

نام: _____ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): _____ نام: _____ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): _____
پتہ: _____ پتہ: _____

نام: _____ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): _____ نام: _____ پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو): _____
پتہ: _____ پتہ: _____

آمدنی سے متعلق نوٹس

ڈویژن برائے اطفال اور خاندانی بہبود (Division of Child and Family Well-Being) زمرہ 2 نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے اپنی درخواست مکمل کرنے کے لیے ہدایات* نگہداشت طفل میں اعانت کی دستیابی چائلڈ کیئر بلاک گرانٹ کی فنڈنگ پر منحصر ہے۔

محترم والدین/انگراں،

اس درخواست کا استعمال صرف نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے بطور زمرہ 2 فیملی کے لیے کیا جاتا ہے

اگر آپ صرف زمرہ 2 کی نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے درخواست دے رہے ہیں (ان خاندانوں کے لیے جو نقد اعانت موصول نہیں کر رہے ہیں)، تو آپ اس مختصر درخواست کو استعمال کر سکتے ہیں۔ اگر آپ دیگر مراعات جیسے نقد اعانت، تکملاتی تغذیاتی اعانت پروگرام (فوڈ اسٹیمپ)، ہوم انرجی اسسٹنس، Medicaid یا دیگر خدمات کے لیے درخواست دینا چاہتے ہیں، بشمول زمرہ 1 نگہداشت طفل میں اعانت (نقد اعانت موصول کرنے والے خاندانوں کے لیے)، تو براہ کرم نیو یارک اسٹیٹ ایپلیکیشن فار سرٹین بینیفٹس اینڈ سروسز (LDSS-2921) کے بارے میں پوچھیں۔

نیو یارک اسٹیٹ ایپلیکیشن فار سرٹین بینیفٹس اینڈ سروسز (LDSS-2921) کی بجائے نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے درخواست جمع کروا کر، آپ نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے صرف زمرہ 2 میں درخواست دے رہے ہیں، یعنی جب فنڈز دستیاب ہوں۔ آپ زمرہ 1، ضمانت یافتہ نگہداشت طفل میں درخواست نہیں دے رہے ہیں۔

آپ کی درخواست کو مکمل کرنے میں آپ کی مدد کے لیے درج ذیل ہدایات فراہم کی گئی ہیں۔ اپنی درخواست مکمل کرتے وقت، براہ کرم نیلی یا کالی روشنائی کا استعمال کر کے بڑے حروف میں (A, B, C) میں واضح طور پر لکھنا نہ بھولیں۔ متبادل طور پر، آپ الیکٹرانک طور پر فارم کو مکمل کر سکتے ہیں، اسے محفوظ کر سکتے ہیں اور اسے پرنٹ کر سکتے ہیں۔

اس درخواست میں معاون دستاویزات جیسے کہ آمدنی کا ثبوت، پتہ کا ثبوت، اور ملازمت کا ثبوت لازمی طور پر شامل ہونا چاہیے۔

مطلوبہ تمام دستاویزات کے لیے منسلک گزارشات کی جانچ فہرست لسٹ (CFWB-012B) دیکھیں۔

درخواست مکمل کرنے سے پہلے پڑھیں

◀ اگر آپ بچوں کی بہبود کی احتیاطی یا حفاظتی خدمات حاصل کرتے ہیں یا آپ ملازم رضاعی والدین ہیں تو آپ پہلے سے ہی نگہداشت طفل میں اعانت کے اہل ہو سکتے ہیں اور ہو سکتا ہے کہ آپ کو اس درخواست کو مکمل کرنے کی ضرورت ہی نہ پڑے۔ اپنے کیس پلانر سے نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے حوالہ دینے کو کہیں۔

◀ اگر آپ کو نقد اعانت (Cash Assistance, CA) حاصل ہوتی ہے، تو آپ کو نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے اپنی انسانی وسائل کی انتظامیہ (Human Resources Administration, HRA) کے JOB سنٹر سے رابطہ کرنا چاہیے۔

براہ کرم نوٹ کریں: اگر کسی بھی مطلوبہ فیلڈ کا جواب نہیں دیا جاتا ہے، تو پوری درخواست کو نامکمل سمجھا جائے گا۔

صرف دفتر کے استعمال کے لیے

گرے شیڈڈ باکسز صرف دفتری استعمال کے لیے ہیں۔ براہ کرم ان سیکشنز میں کچھ نہ لکھیں۔

*زمرہ 1: نگہداشت طفل کی ضمانت کے لیے اہل خاندان - نقد اعانت (CA) کے لیے درخواست دینا یا وصول کرنا، یا CA کے بدلے نگہداشت طفل میں اعانت حاصل کرنا یا عبوری نگہداشت طفل حاصل کرنا

زمرہ 2: وہ فیملیز جو فنڈ دستیاب ہونے پر اہل ہوتی ہیں

براہ کرم اوپر دائیں طرف نشاندہی کریں کہ آیا آپ کوئی نئی درخواست جمع کرا رہے ہیں، اسٹیٹس کی تبدیلی/دوبارہ تصدیق کی درخواست کر رہے ہیں، یا اپنا کیس دوبارہ کھولنے کی درخواست کر رہے ہیں۔

سیکشن 1

درخواست دہندہ

درخواست دہندہ وہ بالغ ماں باپ یا نگہداشت فراہم کنندہ ہے جو نگہداشت کی درخواست کرتا ہے۔ جب تک بصورت دیگر نوٹ نہ کر لیا جائے، اس سیکشن میں صرف درخواست دہندہ کے بارے میں درج ذیل معلومات ہونی چاہئیں:

1. اپنا آخری اور پہلا نام، اور درمیانی مختصر نام جلی حروف میں لکھیں۔ براہ کرم قوسین میں کوئی عرفی نام یا اصل نام ڈالیں۔
2. اپنی ازدواجی حیثیت کی نشاندہی کریں (غیر شادی شدہ، شادی شدہ، طلاق یافتہ یا بیوہ)۔
3. اپنے گھر کا پتہ جلی حروف میں لکھیں۔
4. اگر پتہ عارضی ہے تو اس کی نشاندہی کریں۔ "ہاں" کو صرف اس صورت میں نشان زد کریں جب خاندان فی الحال کسی بے گھر افراد کی پناہ گاہ میں رہ رہا ہو، کسی دوسرے خاندان کے ساتھ، ہوٹل/موٹل میں، کار/بس/ٹرین میں، پارک/کیمپ سائٹ میں، یا کسی اور میں رہ رہا ہو۔
5. اپنا ٹیلیفون نمبر، بشمول ایریا کوڈ - دفتر، گھر، اور سیلولر/و غیرہ (اگر قابل اطلاق ہو) جلی حروف میں لکھیں۔
6. اپنا ای میل پتہ جلی حروف میں لکھیں (اختیاری)۔
7. نقد اعانت کی حیثیت کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کریں۔ اگر آپ CA وصول کنندہ ہیں، تو آپ کو اپنی انسانی وسائل کی انتظامیہ (HRA) کے جاب سنٹر کے کارکن کے ذریعے نگہداشت طفل کے لیے درخواست دینی چاہیے۔
8. جو زبان آپ کے گھر میں اکثر بولی جاتی ہے اس کے باکس کو نشان زد کریں۔ اگر "دیگر" ہے، تو زبان کا نام جلی حروف میں لکھیں۔
9. اس زبان کے باکس کو نشان زد کریں جس میں آپ بات چیت کرنا چاہتے/چاہتی ہیں۔ اگر "دیگر" ہے، تو زبان کا نام جلی حروف میں لکھیں۔

◀ دستاویزات: نیو یارک سٹی ریزیڈنسی کے لیے درکار دستاویزات کی جانچ فہرست (CFWB-012B) دیکھیں۔

سیکشن 2A

نگہداشت کی ضرورت والا بچہ (بچے)

1. گھر کے ہر اس بچے کا آخری اور پہلا نام، اور درمیانی نام جلی حروف میں لکھیں جس کے لیے آپ نگہداشت طفل میں اعانت کی درخواست دے رہے ہیں۔
2. گھر کے ہر بچے کا آپ سے جو رشتہ ہے اسے جلی حروف میں لکھیں (مثلاً بیٹا یا بیٹی)۔
3. تاریخ پیدائش جلی حروف میں لکھیں اور درج کردہ ہر بچے کی جنس کی نشاندہی کرنے والے باکس کو نشان زد کریں۔
4. اس بات کی نشاندہی کریں کہ آیا بچے کے والدین یعنی ماں باپ دونوں گھر میں رہتے ہیں۔
5. "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کریں کہ اگر درخواست دینے والا ہر بچہ ہسپانوی ہے یا لاطینی ہے۔ نسلی معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے اور اس سے نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کی طرف سے آپ کو دی جانے والی امداد پر کوئی اثر نہیں پڑے گا۔
6. نگہداشت طفل کے ضرورت مند ہر بچے کے لیے نسل کا کالم پُر کریں۔ آپ کسی واحد بچے کے لیے نسل کے متعدد زمرے منتخب کر سکتے ہیں۔ نسل کی معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے اور اس سے نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کی طرف سے آپ کو دی جانے والی امداد پر کوئی اثر نہیں پڑے گا۔ براہ کرم ذیل کے کوڈز استعمال کریں۔

BL - سیاہ فام، افریقی امریکی یا افریقی

AS -یشیائی
WH - سفید فام

AI - مقامی امریکی یا الاسکا کا مقامی باشندہ
HP - ہوائی کا اصل باشندہ یا پیسفک جزیرے کا باشندہ

7. ہر بچے کا سوشل سیکیورٹی نمبر (Social Security Number, SSN) فراہم کریں۔ آپ کو SSN فراہم کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ ان کا استعمال وفاقی، ریاستی اور مقامی ایجنسیاں خدمات اور دھوکہ دہی کو روکنے اور وفاقی رپورٹنگ کے لیے کر سکتی ہیں۔
8. "ہاں" یا "نہیں" کو یہ بتانے کے لیے نشان زد کریں کہ آیا نگہداشت طفل کے ضرورت مند بچے کو معذوری ہے یا نہیں¹۔ اگر آپ کا بچہ نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے اہل قرار پاتا ہے، تو براہ کرم خصوصی ضروریات کی درخواست حاصل کرنے کے لیے <http://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> پر جائیں۔
9. "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کر کے بتائیں کہ آیا نگہداشت طفل کا ضرورت مند بچہ امریکی شہری، امریکی باشندہ یا ترک وطن کی اطمینان بخش حیثیت کا حامل فرد ہے۔
10. اضافی بچوں کے لیے علیحدہ شیٹ منسلک کریں (اگر آپ آٹھ (8) سے زیادہ بچوں کیلئے نگہداشت طفل کی درخواست کر رہے ہیں)۔

◀ دستاویزات: جانچ فہرست (CFWB-012B) صرف نگہداشت طفل کی ضرورت مند بچے (بچوں) کے لیے شہریت/ترک وطن کی حیثیت کے لیے درکار دستاویزات کے لیے دیکھیں۔

¹ معذور یا خصوصی ضروریات کا حامل بچہ وہ بچہ ہوتا ہے جو خود کی دیکھ بھال کرنے سے قاصر ہوتا ہے اور جس کی تشخیص کسی معالج، لائسنس یافتہ یا مصدقہ ماہر نفسیات یا اس طرح کی تشخیص کرنے کے لیے مناسب اسناد کے حامل دیگر پیشہ ور فرد نے درج ذیل میں سے ایک زائد کیفیت کے اس درجہ حامل کے بطور کی ہو جس کے لیے خاص تعلیم یا متعلقہ خدمات مطلوب ہوں، بموجب سیکشن 602 از معذور افراد کی تعلیم سے متعلق ایکٹ (Individuals with Disabilities Education Act) (20 U.S.C. 1401)، پارٹ C از معذور افراد کی تعلیم سے متعلق ایکٹ (20 U.S.C. 1431 et seq.)، اور سیکشن 504 از 973 کا باز بحال ایکٹ (29 U.S.C. 794): مرنے نقص، بہرا پن یا دیگر سماعتی نقص، استخوانی نقص، جذباتی خلل، ذہانتی معذوری، آموزشی معذوری، گویائی کا نقص، صحت کا نقص، خود پسندی، متعدد معذوریوں، صدمہ انگیز دماغی ضرر، بہرا پن و اندھاپن یا دیگر صحت کا نقص۔

فیملی ممبرز

سیکشن 2B

1. خاندان کا رکن آپ کے پورے گھر کا کوئی دوسرا رکن ہوتا ہے، بشمول وہ بچے جنہیں نگہداشت طفل کی ضرورت نہیں ہوتی ہے۔ سب سے پہلے اپنے آپ کو درج کریں، اس کے بعد آپ کے ساتھ رہنے والے تمام افراد بشمول بچے کے دوسرے والدین، نگران اور سوتیلے والدین اگر قابل اطلاق ہوں۔ نگران میں بچے کا قانونی سرپرست، نگہداشت کرنے والا رشتہ دار یا کوئی اور فرد شامل ہوتا ہے۔ اگر قابل اطلاق ہو تو آخری اور پہلا نام، اور درمیانی مختصر نام جلی حروف میں لکھیں۔
2. اپنے ساتھ ہر فرد کا جو رشتہ ہے اسے جلی حروف میں لکھیں (مثلاً شریک حیات، پارٹنر، دادا دادی، والدین وغیرہ)۔
3. تاریخ پیدائش جلی حروف میں لکھیں اور گھر کے ہر فرد کی جنس کی نشاندہی کرنے والے باکس کو نشان زد کریں۔
4. اپنی صنفی شناخت جلی حروف میں لکھیں۔ آپ ایسے لفظ (الفاظ) فراہم کر سکتے/سکتی ہیں جو آپ کی صنفی شناخت کی بہترین وضاحت کرے (کریں): آپ کی صنفی شناخت یہ ہے کہ آپ کس طرح خود کی صراحت کرتے/کرتی ہیں اور خود کو بلاتے/بلائی ہیں – آیا مرد، خاتون، یا دونوں کا مشترک یا کوئی نہیں۔ آپ کی صنف پیدائش کے وقت تفویض شدہ آپ کی جنس سے ہم آہنگ ہو سکتی ہے یا نہیں بھی ہو سکتی ہے۔ یہ ایک اختیاری سوال ہے، اور آپ کے جوابات یا جواب نہیں دینے کے انتخاب سے آپ کی اہلیت متاثر نہیں ہوگی۔
5. "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کریں کہ آیا گھر کا ہر فرد ہسپانوی یا لاطینی ہے یا نہیں۔ نسلی معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے اور اس سے نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کی طرف سے آپ کو دی جانے والی امداد پر کوئی اثر نہیں پڑے گا۔
6. آپ کے ساتھ رہنے والے ہر فرد کے لیے نسل کا کالم پُر کریں۔ آپ کسی ایک فرد کے لیے نسل کے متعدد زمرے منتخب کر سکتے ہیں۔ نسل کی معلومات فراہم کرنا رضاکارانہ ہے اور اس سے نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کی طرف سے آپ کو دی جانے والی امداد پر کوئی اثر نہیں پڑے گا۔ براہ کرم ذیل کے کوڈز استعمال کریں۔

BL - سیاہ فام، افریقی امریکی یا افریقی

AS - تیشیائی
WH - سفید فام

AI - مقامی امریکی یا الاسکا کا مقامی باشندہ
HP - ہوائی کا اصل باشندہ یا پیسفک جزیرے کا باشندہ

7. اپنے خاندان کے افراد کے لیے سوشل سیکیورٹی نمبر (Social Security Number, SSN) پُر کریں۔ SSN اختیاری ہے۔ SSN کو وفاقی، ریاستی اور مقامی ایجنسیاں خدمات اور دھوکہ دہی کو روکنے اور وفاقی رپورٹنگ کے لیے استعمال کر سکتی ہیں۔
 8. اگر گھر کے آٹھ (8) سے زیادہ افراد ہیں، تو ان کی تمام معلومات کی فہرست کے لیے ایک علیحدہ شیٹ منسلک کریں۔
- ◀ دستاویزات: 18 سال سے کم عمر کے گھرانے کے تمام بچوں کے لیے درکار دستاویزات کے لیے جانچ فہرست (CFWB-012B) دیکھیں، قطع نظر اس سے کہ بچے کے لیے نگہداشت طفل کی ضرورت ہے، والدین/درخواست دہندہ سے بچے کے تعلق کی تصدیق کرنے اور بچے کی عمر کی تصدیق کرنے کے لیے۔

بچے/فیملی کی ضروریات

سیکشن 3

1. نگہداشت طفل میں اعانت کی درخواست کرنے کی اپنی وجہ (وجوہات) کی نشاندہی کرنے کے لیے براہ کرم مناسب باکس (باکسز) کو نشان زد کریں۔
 - روزگار
 - حرفتی تربیت، یا تعلیمی سرگرمیاں
 - گھریلو تشدد کی خدمات حاصل کرنا
 - کام تلاش کرنا
 - بے گھری
 - ممنوعات کے بیجا استعمال کے معالجہ کے منظور شدہ پروگرام میں شرکت کر رہے ہیں
 2. یہ بتانے کے لیے "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کریں کہ آیا نگہداشت طفل فراہم کرنے کے لیے کوئی غیر تولیتی والدین موجود ہے یا نہیں۔
 3. اس بات کی نشاندہی کرنے کے لیے مناسب باکس کو نشان زد کریں کہ آیا والدین اس وقت امریکی فوج میں کل وقتی طور پر سرگرم ہیں یا نہیں۔ درخواست کے مکمل ہونے کے لیے آپ کو "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کرنا ہوگا۔
 4. یہ بتانے کے لیے مناسب باکس کو نشان زد کریں کہ آیا والدین اس وقت نیشنل گارڈ یا ملٹری ریزرو یونٹ کا رکن ہیں یا نہیں۔ درخواست کے مکمل ہونے کے لیے آپ کو "ہاں" یا "نہیں" کو نشان زد کرنا ہوگا۔
 5. اس بات کی نشاندہی کریں کہ آیا درخواست دہندہ کسی مختلف ایجنسی کے ذریعے نگہداشت طفل حاصل کر رہا ہے اور/یا اس کی درخواست دے رہا ہے اور پھر ایجنسی کو منتخب کریں۔
- ◀ دستاویزات: نگہداشت کی ہر وجہ کے لیے درکار دستاویزات کی جانچ فہرست (CFWB-012B) دیکھیں۔ فوجی حیثیت کی دستاویز کی ضرورت نہیں ہے۔ درخواست دہندہ کو اپنی فوجی ڈیوٹی سے حاصل ہونے والی آمدنی کی دستاویزات فراہم کرنا ہوں گی۔

روزگار

سیکشن 4

(اگر آپ کی نگہداشت طفل میں اعانت کی درخواست کرنے کی وجہ ملازمت ہے یا آپ ملازمت سے آمدنی کی اطلاع دے رہے ہیں تو گھر میں ہر ملازم والدین، نگہداشت کرنے والے یا سوتیلے والدین کے لیے مکمل کریں)

1. درخواست دہندہ کے آجر کا نام، پتہ، اور ٹیلیفون نمبر جلی حروف میں لکھیں۔
 2. ملازمت شروع ہونے کی تاریخ جلی حروف میں لکھیں۔
 3. یہ بتانے کے لیے مناسب باکس کو نشان زد کریں کہ آیا آپ کی ملازمت میں گھومنے والی شفٹ ہے اور/یا اور ٹائم کی ضرورت ہے۔
 4. اگر قابل اطلاق ہو تو، گھر میں موجود دوسرے والدین، نگران یا سوتیلے والدین کے لیے آجر کا نام، پتہ اور ٹیلیفون نمبر جلی حروف میں لکھیں۔
 5. اگر قابل اطلاق ہو تو، گھر میں موجود دوسرے والدین، نگران یا سوتیلے والدین کی ملازمت کی تاریخ جلی حروف میں لکھیں۔
 6. اگر قابل اطلاق ہو تو، یہ بتانے کے لیے مناسب باکس کو نشان زد کریں کہ آیا گھر کے دوسرے والدین، نگہداشت کرنے والے یا سوتیلے والدین کی گھومنے والی شفٹ ہے اور/یا اور ٹائم کی ضرورت ہے۔
- ◀ دستاویزات: ملازمت کے لیے درکار دستاویزات کی جانچ فہرست (CFWB-012B) دیکھیں۔

کام/سرگرمی/سفر کے وقت کا شیڈول

سیکشن 5

(گھر کے ہر والدین، نگران یا سوتیلے والدین کے لیے مکمل کریں جو ملازم ہیں یا جن کی تعلیمی/پیشہ ورانہ سرگرمی ہے)

1. ہفتہ کے ہر دن کے لیے عام طے شدہ کام یا سرگرمی کے اوقات جلی حروف میں لکھیں۔ نشاندہی کریں کہ آیا گھنٹے AM یا PM ہیں۔
2. اگر دوسری شفٹ، نوکری، یا سرگرمی ہے، تو اس سرگرمی کا شیڈول جلی حروف میں لکھیں۔
3. اگر قابل اطلاق ہو تو، گھر کے دوسرے والدین، نگران یا سوتیلے والدین کے لیے ہفتہ کے ہر دن کے بدلے عام طے شدہ کام کے اوقات جلی حروف میں لکھیں۔
4. اگر گھر میں دوسرے والدین، نگران، یا سوتیلے والدین کے پاس دوسری شفٹ، نوکری، یا سرگرمی ہے، تو اس سرگرمی کا شیڈول جلی حروف میں لکھیں۔
5. نشان زد کریں کہ درخواست دہندہ کو دفتر/سرگرمی سے فراہم کنندہ کے پاس یا وہاں سے جانے میں کتنا وقت لگتا ہے۔
6. اس بات کی نشاندہی کریں کہ آیا درخواست دہندہ دفتر/سرگرمی سے فراہم کنندہ تک جانے کے لیے پبلک ٹرانسپورٹ کا استعمال کرتا ہے۔
7. اگر قابل اطلاق ہو تو، گھر کے دوسرے والدین، نگران، یا سوتیلے والدین کو دفتر/سرگرمی سے فراہم کنندہ تک جانے اور سفر کرنے میں لگنے والے وقت کی جانچ کریں۔
8. اس بات کی نشاندہی کریں کہ آیا گھر کے دوسرے والدین، نگران یا سوتیلے والدین دفتر/سرگرمی سے فراہم کنندہ تک جانے اور سفر کرنے کے لیے پبلک ٹرانسپورٹ کا استعمال کرتے ہیں یا نہیں۔

آمدنی کی معلومات

سیکشن 6

اس سیکشن کے لیے، صرف ان چیزوں کا جواب دیں جن کے لیے آپ کو یا گھر کے کسی فرد کو آمدنی حاصل ہوئی ہو۔ براہ کرم اپنے اور گھر کے کسی بھی دوسرے بالغ رکن کے لیے آمدنی/مراعات کی معلومات شامل کریں بشمول آپ کا/کی شریک حیات جو آپ کے ساتھ رہتا/رہتی ہے، یا وہ بالغ شخص جو آپ کے ساتھ رہتا/رہتی ہے اور جس کے ساتھ آپ کا ایک بچہ مشترک ہے۔ اس کے علاوہ 18 سال سے کم عمر کے کسی بھی فرد کو شامل کریں جو قانونی طور پر اس بچہ یا بچوں کے لیے ذمہ دار ہے جس کی نگہداشت طفل میں اعانت میں مدد طلب کی گئی ہے۔

1. ہر قسم کی آمدنی کے لیے اپنے اور آپ کے ساتھ رہنے والے ہر فرد کے لیے ہاں یا نہیں کو نشان زد کریں (□)۔
 2. ہر "ہاں" والے جواب کے لیے، ڈالر (\$) کی رقم یا قیمت، اسے کتنی بار موصول ہوئی، اور آمدنی حاصل کرنے والے شخص کا نام جلی حروف میں لکھیں۔
 3. درخواست پر تمام آمدنی کی اطلاع دی جانی چاہیے۔
 4. اگر آپ نقد اعانت کی وصولی کی نشاندہی کرتے ہیں، تو آپ کو اپنے HRA جاب سنٹر کے کارکن کے ذریعے نگہداشت طفل کے لیے درخواست دینی چاہیے۔
 5. اگر آپ کو یقین نہیں ہے کہ آمدنی کی قسم کو کہاں درج کرنا ہے، تو آپ اسے "دیگر" کے تحت شامل کر سکتے ہیں۔
- ◀ دستاویزات: آمدنی کے لیے درکار دستاویزات کے لیے جانچ فہرست (CFWB-12B) دیکھیں۔

فرام کنندہ

سیکشن 7

1. اگر آپ نیو یارک اسٹیٹ چائلڈ کیئر بلاک گرانٹ سے فنڈ یافتہ نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے اہل قرار پاتے/پاتی ہیں، تو آپ کے پاس سنٹر پر مبنی یا گھر پر مبنی نگہداشت طفل کا انتخاب کرنے کا اختیار ہے۔
2. اگر آپ فرام کنندہ/پروگرام کو جانتے/جانتی ہیں جہاں آپ اپنے بچے کا اندراج کرانا چاہتے/چاہتی ہیں تو براہ کرم نام، پتہ، اور ACS پروگرام نمبر (اگر قابل اطلاق ہو) کی نشاندہی کریں۔

تصدیق

سیکشن 8

- براہ کرم تصدیق کے سیکشن کو غور سے پڑھیں اور اس پر دستخط کریں۔ اگر درخواست دہندہ کسی اور کے لیے درخواست مکمل کر رہا ہے، تو اسے اپنے نام کے سامنے دستخط کرنا چاہیے۔ اگر دو والدین کا گھرانہ ہے تو، دونوں والدین کو درخواست پر دستخط کرنا ہوں گے۔
- دستخط کر کے، آپ تصدیق کرتے/کرتی ہیں کہ آپ کے مشترکہ خاندانی وسائل \$1,000,000 سے زیادہ نہیں ہیں۔ خاندانی وسائل کی مثالیں یہ ہیں: نقد رقم، بچت اور چیکنگ اکاؤنٹس، آپ کا گھر، ریئل اسٹیٹ، کاریں، اسٹاکس، بانڈز، میچوئل فنڈز، IRAs، 401(k)، سالانہ، ٹرسٹ فنڈ، لائف انشورنس، سیف ڈپازٹ باکس کے مشمولات وغیرہ۔

صرف دفتری استعمال کے لیے

سیکشن 9

اس سیکشن کو مکمل نہ کریں۔ نگہداشت کے لیے آپ کے خاندان کی اہلیت کا تعین کرنے والا عملہ اس کا استعمال کرے گا۔

ووٹر رجسٹریشن کی معلومات

نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے درخواست کا آخری صفحہ ووٹ ڈالنے کے لیے رجسٹر کرنے کی درخواست ہے۔ اگر آپ ووٹر رجسٹریشن کے درخواست فارم کو پُر کرنے میں مدد چاہتے ہیں تو 311 پر کال کریں۔ رجسٹریشن کرانے کے لیے درخواست دینے یا ووٹ دینے کے لیے رجسٹریشن کرانے سے انکار کرنے سے نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے آپ کی اہلیت یا اس ایجنسی کی طرف سے دی جانے والی امداد کی رقم پر کوئی اثر نہیں پڑے گا۔

حقوق اور ذمہ داریوں کی معلومات

آپ اپنے حقوق اور ذمہ داریوں کے بارے میں معلومات: <http://otda.ny.gov/programs/applications/4148a.pdf> پر حاصل کر سکتے ہیں۔

اگر آپ کو انٹرنیٹ تک رسائی حاصل نہیں ہے، تو آپ NYC ACS کو 835-7610 (212) پر کال کر سکتے ہیں تاکہ آپ درخواست کر سکیں کہ جن کتابچوں میں آپ کے حقوق اور ذمہ داریاں نمایاں طور بیان کی گئی ہیں ان کی کاغذی کاپیاں آپ کو ڈاک سے بھیج دی جائیں گی۔

- LDSS-4148A: آپ کو اپنے حقوق اور فرائض کے بارے میں کیا معلوم ہونا چاہیے
- LDSS-4148B: سوشل سروسز پروگرامز کے بارے میں آپ کو کن باتوں کا علم ہونا چاہیے
- LDSS-4148C: اگر آپ کو کوئی ہنگامی حالت درپیش ہو تو آپ کو کن باتوں کا علم ہونا چاہیے

نگہداشت طفل میں اعانت کی نئی درخواست جمع کرانے کی جانچ فہرست

نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے درخواست (CFWB-012) میں تائیدی دستاویزی شہادت شامل ہونا ضروری ہے۔ نشان زد کر کے یقینی بنائیں کہ سبسڈی کی اہلیت کے ہر تقاضے کے لیے دستاویزی شہادت فراہم کی گئی ہے۔

1. درخواست (CFWB-012)

یقینی بنائیں کہ سبھی سیکشن مکمل ہیں، بشمول:

- اگر دو والدین والا گھرانہ ہو تو، دونوں والدین نے دستخط کیے
- فوجی حیثیت (سیکشن 3)
- سفر کا وقت (سیکشن 5)

2. نیو یارک سٹی میں رہائش

درج ذیل میں سے ایک کی کاپی:

- ڈرائیونگ لائسنس
- NYCHA سرٹیفکیٹ
- IDNYC
- سیکشن 8 ایوارڈ لیٹر
- بوٹیلٹی بل مع آپ کا موجودہ پتہ (مثلاً بجلی، گیس، ہیٹنگ، تیل، پانی، WiFi/انٹرنیٹ، کیبل، یا لینڈ لائن فون)*
- CFWB-067 رہائش کی توثیق
- کرایہ یا رہن کا گوشوارہ مع پتہ*
- پناہ گاہ کی رہائش کا خط مع پتہ مندرج ہو
- CFWB-027 رہائش کی توثیق مع پتہ مندرج ہو
- دیگر
- موجودہ لیز

براہ کرم نوٹ کریں: اگر "دیگر" دستاویزی شہادت اطمینان بخش نہیں ہے تو، ACS درخواست دہندہ کو مطلع نہیں کرے گی۔

دستاویزات میعاد ختم شدہ نہیں ہو سکتیں۔

* کی حامل دستاویزات 60 دن سے زیادہ پرانی نہیں ہو سکتیں۔

3. صرف نگہداشت طفل کے ضرورت مند بچے (بچوں) کے لیے: شہریت/ترک وطن کی حالت

درج ذیل میں سے ایک کی کاپی:

- امریکی سند ولادت
- پرڈیسی کا رجسٹریشن کارڈ بشمول مستقل رہائش یا گرین کارڈ
- امریکی پاسپورٹ فارم
- FS-240 (امریکی شہری کی بیرون ملک ولادت کی رپورٹ)
- وطن گیری کا سرٹیفکیٹ
- دیگر

براہ کرم نوٹ کریں: اگر "دیگر" دستاویزی شہادت اطمینان بخش نہیں ہے تو، ACS درخواست دہندہ کو مطلع نہیں کرے گی۔

4. والدین/درخواست دہندہ سے بچے کا رشتہ

درج ذیل میں سے ایک کی کاپی، 18 سال سے کم عمر کے گھرانے میں موجود سبھی بچوں کے لیے، اس امر سے قطع نظر کہ آیا بچے کے لیے نگہداشت طفل درکار ہے:

- سند پیدائش
- گود لینے کا ریکارڈ
- ہیٹسمہ کا ریکارڈ
- مالی ذمہ داری والے قانونی سرپرست کے لیے عدالت کا آرڈر
- والدین کے دستخط کے ساتھ پاسپورٹ
- دیگر (براہ کرم نگران کی توثیق CFWB-058 مکمل کریں)

5. عمر

درج ذیل میں سے ایک کی کاپی، 18 سال سے کم عمر کے گھرانے میں موجود سبھی بچوں کے لیے، اس امر سے قطع نظر کہ آیا بچے کے لیے نگہداشت طفل درکار ہے:

- سند پیدائش
- گود لینے کا ریکارڈ
- ہیٹسمہ کا ریکارڈ
- پرڈیسی کا رجسٹریشن کارڈ
- بچے کی پیدائش کی ہسپتال کی آفیشیل دستاویز
- پاسپورٹ

6. آمدنی

CFWB-012 جمع کرانے والے سبھی درخواست دہندگان کو نگہداشت کی وجہ سے قطع نظر آمدنی کی دستاویزی شہادت فراہم کرنا ضروری ہے۔
اگر برسر ملازمت ہوں:

○ CFWB-015 - ملازم کی آمدنی کی معلومات کے لیے آجر کے نام حوالہ

یا

ادائیگی کی پرچیاں (دو ہفتہ واری = ہر 2 ہفتے پر؛ نیم ماہانہ = ماہ میں دو بار)

○ ہفتہ وار - 4 موجودہ، لگاتار ادائیگی کی پرچیاں اگر مجموعی رقم ایک ہی ہو

○ ہفتہ وار - 12 موجودہ، لگاتار ادائیگی کی پرچیاں اگر مجموعہ مختلف ہو

○ دو ہفتہ واری/نیم ماہانہ - 2 موجودہ، لگاتار ادائیگی کی پرچیاں اگر مجموعی رقم ایک ہی ہو

○ دو ہفتہ واری/نیم ماہانہ - 6 موجودہ، لگاتار ادائیگی کی پرچی اگر مجموعہ مختلف ہو

فارموں اور درخواست کی ہدایات کے لیے براہ کرم <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> صفحہ پر جائیں۔
مزید معلومات کے لیے 311 یا 212-835-7610 پر کال کریں۔

اگر از خود برسر ملازمت ہیں:

○ اگر 1 سال یا زیادہ مدت سے خود کا روزگار ہے: ایک حالیہ، مکمل، اور دستخط شدہ فارم 1040 اور شیڈول 1 (فارم 1040) اور درج ذیل دستاویزات میں سے ایک، اپنے کاروبار کے لحاظ سے جمع کرائیں:

○ کلی مالک کے لیے: شیڈول C (فارم 1040 اور کوئی متعلقہ فارم 1099)

○ برائے S-Corp اور LLC-Corp: فارم 1120-S

○ برائے LLC پارٹنرشپ: فارم 1065

○ اگر 1 سال یا زائد مدت سے خود کا روزگار ہے، لیکن ایک توسیع دائر کرنے کے سبب حالیہ فارم 1040 نہیں ہے: مکمل اور دستخط کردہ فارم 4868 اور ٹیکس کے مقاصد سے برقرار رکھے گئے تین ماہ کے کاروبار کے ریکارڈ جمع کرائیں۔

○ اگر 1 سال یا کم مدت سے خود کا روزگار ہے: CFWB-031 خود کے روزگار سے ہونے والی آمدنی کی تصدیق اور تین ماہ کے کاروبار کے ریکارڈ جمع کرائیں۔

○ اگر 3 ماہ یا کم مدت سے خود کا روزگار ہے: CFWB-031 خود کے روزگار سے ہونے والی آمدنی کی تصدیق اور ہر تین ماہ کے خود کے روزگار کے لیے کاروباری ریکارڈ جمع کرائیں۔

دیگر آمدنی:

○ SSI، SSD، بے روزگاری کی مراعات، کرایے سے آمدنی، پنشنز، سالیانے، ورکرز کمپنیشن کے لیے: حالیہ چیک، ادائیگی کی پرچی یا منظوری کے خط کی شکل میں آمدنی کے اس ذریعہ کا ثبوت جمع کرائیں۔ آپ کو اپنے گھرانے میں کسی بچے کو موصولہ SSI کو شامل کرنے کی ضرورت نہیں ہے۔ اگر وہ رقم ہر ماہ اتنی ہی ہوتی ہے تو، آپ کو ایک ماہ کی دستاویزی شہادت فراہم کرنا ضروری ہے۔ اگر وہ رقم ہر ماہ مختلف ہوتی ہے تو، آپ کو 3 ماہ کی دستاویزی شہادت فراہم کرنا ضروری ہے۔ اگر آپ کا ماننا ہے کہ پچھلے 3 ماہ اس ذریعہ سے آپ کی تمثیلی آمدنی کو بیان نہیں کرتے ہیں تو، آپ کو 6 ماہ تک کی دستاویزی شہادت جمع کرنا ضروری ہے۔ تازہ ترین چیک، ادائیگی کی پرچی یا منظوری کے خط پر آپ کی درخواست کی جمع آوری کی تاریخ سے 30 دنوں کے اندر کی تاریخ ہونا ضروری ہے۔

○ نفقہ اور امداد اطفال کے لیے: دستاویزی شہادت جمع کرائیں اگر آپ کے پاس معاہدہ، منظوری کا خط، یا چیکس کی کاپی ہے۔ اگر وہ رقم ہر ماہ اتنی ہی ہوتی ہے تو، آپ کو ایک ماہ کی دستاویزی شہادت فراہم کرنا ضروری ہے۔ اگر وہ رقم ہر ماہ مختلف ہوتی ہے تو، آپ کو 3 ماہ کی دستاویزی شہادت فراہم کرنا ضروری ہے۔ اگر آپ کا ماننا ہے کہ پچھلے 3 ماہ اس ذریعہ سے آپ کی تمثیلی آمدنی کو بیان نہیں کرتے ہیں تو، آپ کو 6 ماہ تک کی دستاویزی شہادت جمع کرنا ضروری ہے۔ تازہ ترین معاہدہ، منظوری کے خط، یا چیک پر آپ کی درخواست کی جمع آوری کی تاریخ سے 30 دنوں کے اندر کی تاریخ ہونا ضروری ہے۔

7. نگہداشت کی وجہ

درخواست دہندہ کو نگہداشت کی درج ذیل وجہوں میں سے ایک ضبط تحریر کرنا ضروری ہے:

a. کم سے کم اقل اجرت کماتے ہوئے کم سے کم 10 گھنٹے فی ہفتہ کام کر رہے ہیں

○ ملازمت اور / یا از خود بر سر ملازمت کے سلسلے میں مطلوب دستاویزات کے لیے اوپر آمدنی کے تحت دیکھیں۔

b. تعلیمی/حرفتی سرگرمی:

حرفتی اسکول، 2 سالہ کالج، یا 4 سالہ کالج (درج ذیل میں سے ایک)

○ CFWB-005 مع اسکول کی مہر

○ باضابطہ لیٹر ہیڈ پر تربیتی یا تعلیمی ادارے کی جانب سے ایک خط بھی قابل قبول ہے، لیکن اس پر وہ ساری لازمی معلومات ہوں جن کی عکاسی CFWB-005 پر کی گئی ہے۔

c. کام کی تلاش ہے (درج ذیل میں سے ایک):

○ CFWB-026 - کام کی تلاش کا ریکارڈ

○ NYS محکمہ محنت سے منظور شدہ کام کی تلاش کا منصوبہ

○ بے روزگاری بیمہ کی وصولیابی کا ثبوت

d. بے گھر (درج ذیل میں سے ایک):

○ پناہ گاہ کی رہائش کا خط (اگر پناہ گاہ، بشمول انسانیت پسندانہ ہنگامی راحت مراکز میں رہ رہے ہیں) یا

○ CFWB-027 رہائش کی تصدیق (اگر ڈبلڈ اپ، ایسی جگہ جو انسانی سکونت کے لیے نہ ہو، ہوٹل/موٹل/یا دیگر اقامتی صورتحال میں رہ رہے ہوں)

e. خانگی تشدد سے متعلق ریفرل (خانگی تشدد سے متعلق خدمت فراہم کنندہ سے):

○ خانگی تشدد کے جواب میں خدمات کے لیے ریفرل

f. ممنوعات کے بیجا استعمال کے معالجہ پروگرام کا ریفرل (ممنوعات کے بیجا استعمال کے معالجہ کے خدمت فراہم کنندہ کی جانب سے):

○ ممنوعات کے بیجا استعمال کا علاج کرنے کے واسطے خدمات کے لیے ریفرل

فارموں اور درخواست کی ہدایات کے لیے براہ کرم <https://www1.nyc.gov/site/acs/early-care/forms.page> صفحہ پر جائیں۔

مزید معلومات کے لیے 311 یا 212-835-7610 پر کال کریں۔



The City of New York
Administration for Children's Services
(Division of Child and Family Well-Being) ڈویژن برائے اطفال اور خاندانی بہبود
66 John Street, 7th Floor
New York, New York 10038

اپنی درخواست کیسے جمع کرانیں

براہ کرم نگہداشت طفل میں اعانت کے لیے درخواست (CFWB-012) مکمل کریں، فیملی کے سائز، رہائش، آمدنی، اور نگہداشت کی وجہ کی تصدیق کرنے کے لیے تمام مطلوبہ دستاویزی شہادت اکٹھا کریں۔ آپ کی درخواست جمع ہونے سے پہلے مکمل ہونے کو یقینی بنانے کے لیے براہ کرم درخواست کی جانچ فہرست استعمال کرنے کو یقینی بنائیں۔

مکمل ہو جانے پر، براہ کرم اپنی درخواست اور دستاویزی شہادت پراسیسنگ کے لیے ذیل کے پتے پر بھیجیں:

NYC Children – EDU
PO Box 40
Maplewood, NJ 07040

تمام دستاویزات پوسٹل سروس سے بھیجی جائیں۔ دستاویزات Fedex یا UPS کے ذریعے PO باکس کو نہیں بھیجی جا سکتی ہیں۔

اگر درخواست کے بارے میں آپ کے سوالات ہوں تو، براہ کرم ACS کے چائلڈ کیئر کال سنٹر کو 212-835-7610 پر کال کریں۔



میمورنڈم

بنام: نگہداشت طفل میں اعانت کی درخواست دینے والے تمام والدین/سرپرست
بہ سلسلہ: ترک وطن کی حیثیت

Jess Dannhauser

کمشنر

66 John Street
8th Floor
New York, NY 10038

کچھ پروگراموں میں اس بات کا ثبوت درکار ہوتا ہے کہ آپ کے بچے کو نگہداشت طفل کی ضرورت ہے وہ لازمی طور پر امریکی شہری، امریکی باشندہ یا اطمینان بخش ترک وطن کی حیثیت کا حامل فرد ہو۔

آپ سے اپنے لیے یا نگہداشت صحت کے ضرورتمند بچے (بچوں) کے علاوہ گھر میں موجود کسی اور کے لیے ترک وطن کی حیثیت کے بارے میں نہیں پوچھا جائے گا۔

براہ کرم ملاحظہ کریں؛

www.nyc.gov/acs

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.

বঙ্গি আৰু যদি এই ফৰ্মটি বাংলাতে গতে চান তহলে 1-800-367-8683 নাম্বাৰ কাল কৰুন

! 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.

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.

For board use only

Your name

3 Last name _____ Suffix _____
First name _____ Middle Initial _____

More information
Items 5, 6 & 7 are optional

4 Birth date

M	M	/	D	D	/	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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 - 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.

16 Sign _____
Date _____

Optional questions

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

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	Chenango 5 Court St. Norwich, NY 13815 (607) 337-1760	Franklin 355 West Main St. Ste. 161 Malone, NY 12953 (518) 481-1663	Lewis 7660 N. State St. Lowville, NY 13367 (315) 376-5329	Oneida Union Station 321 Main St. 3rd Fl. Utica, NY 13501 (315) 798-5765	Putnam 25 Old Route 6 Carmel, NY 10512 (845) 808-1300	Schuyler County Office Bldg. 105 9th St., Unit 13 Watkins Glen, NY 14891 (607) 535-8195	Ulster 79 Hurley Ave. Suite 112 Kingston, NY 12401 (845) 334-5470
Albany 260 S. Pearl St. Albany, NY 12202 (518) 487-5060	Clinton City Government Ctr. Ste. 104 137 Margaret St. Plattsburgh, NY 12901 (518) 565-4740	Fulton 2714 St. Hwy 29 Ste. 1 Johnstown, NY 12095 (518) 736-5526	Livingston County Govt. Ctr. 6 Court St. Room 104 Geneseo, NY 14454 (585) 243-7090	Onondaga 1000 Erie Blvd West Syracuse, NY 13204 (315) 435-3312	Rensselaer Ned Pattison Government Ctr. 1600 Seventh Ave. Troy, NY 12180 (518) 270-2990	Seneca One DiPronio Dr. Waterloo, NY 13165 (315) 539-1760	Warren Cnty. Municipal Ctr. 3rd Floor Human Serv. Bldg 1340 St. Rte. 9 Lake George, NY 12845 (518) 761-6456
Allegany 8 Willets Ave. Belmont, NY 14813 (585) 268-9294	Columbia 401 State St. Hudson, NY 12534 (518) 828-3115	Genesee County Building #1 15 Main St. Batavia, NY 14020 (585) 815-7804	Madison County Office Bldg. N. Court St. PO Box 666 Wampsville, NY 13163 (315) 366-2231	Ontario 74 Ontario St. Canandaigua, NY 14424 (585) 396-4005	Rockland 11 New Hempstead Rd. New City, NY 10956 (845) 638-5172	Steuben 3 E. Pulteney Sq. Bath, NY 14810 (607) 664-2260	Washington 383 Broadway Fort Edward, NY 12828 (518) 746-2180
Broome Government Plaza 60 Hawley St. PO Box 1766 Binghamton, NY 13902 (607) 778-2172	Cortland 112 River St. Suite 1 Cortland, NY 13045 (607) 753-5032	Greene 411 Main St. Ste. 437 Catskill, NY 12414 (518) 719-3550	Monroe 39 Main St. W. Rochester, NY 14614 (585) 753-1550	Orange 75 Webster Ave PO Box 30 Goshen, NY 10924 (845) 360-6500	St. Lawrence 80 State Hwy 310 Canton, NY 13617 (315) 379-2202	Suffolk Yaphank Ave. PO Box 700 Yaphank, NY 11980 (631) 852-4500	Wayne 7376 State Rte. 31 PO Box 636 Lyons, NY 14489 (315) 946-7400
Cattaraugus 207 Rock City St. Suite 100 Little Valley, NY 14755 (716) 938-2400	Delaware 97 Main St. Suite 5 Delhi, NY 13753 (607) 832-5321	Hamilton Rte. 8 PO Box 175 Lake Pleasant, NY 12108 (518) 548-4684	Montgomery Old Courthouse 9 Park St. PO Box 1500 Fonda, NY 12068 (518) 853-8180	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	Sullivan Gov't. Ctr. 100 North St. PO Box 5012 Monticello, NY 12701 (845) 807-0400	Westchester 25 Quarropas St. White Plains, NY 10601 (914) 995-5700
Cayuga 157 Genesee St. (Basement) Auburn, NY 13021 (315) 253-1285	Dutchess 112 Delafield Street, Suite 200 Poughkeepsie, NY 12601 (845) 486-2473	Herkimer 109 Mary St. Ste. 1306 Herkimer, NY 13350 (315) 867-1102	Nassau 240 Old Country Rd. 5th Fl. PO Box 9002 Mineola, NY 11501 (516) 571-8883	Oswego 185 E. Seneca St. Box 9 Oswego, NY 13126 (315) 349-8350	Schenectady 2696 Hamburg St. Schenectady, NY 12303 (518) 377-2469	Tioga 1062 State Rte. 38 PO Box 306 Owego, NY 13827 (607) 687-8261	Wyoming 4 Perry Ave. Warsaw, NY 14569 (585) 786-8931
Chautauque 7 North Erie St. Mayville, NY 14757 (716) 753-4580	Erie 134 W. Eagle St. Buffalo, NY 14202 (716) 858-8891	Jefferson 175 Arsenal St. Watertown, NY 13601 (315) 785-3027	Niagara 111 Main St. Ste. 100 Lockport, NY 14094 (716) 438-4040	Otsego Ste. 2 140 County Hwy. 33W Cooperstown, NY 13326 (607) 547-4247	Schoharie County Office Bldg. 284 Main St. PO Box 99 Schoharie, NY 12157 (518) 295-8388	Tompkins Court House Annex 128 E. Buffalo St. Ithaca, NY 14850 (607) 274-5522	Yates Ste. 1124 417 Liberty St. Penn Yan, NY 14527 (315) 536-5135
Chemung 378 South Main St. PO Box 588 Elmira, NY 14902 (607) 737-5475	Essex 7551 Court St. PO Box 217 Elizabethtown, NY 12932 (518) 873-3474						

(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

 Gender M F
 Eye color _____
 Email _____
 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