

ĐƠN XIN MỚI:  Có  Không

QUYẾT ĐỊNH LẠI:  Có  Không

1. **NHẬN DIỆN THÔNG TIN:** Mẫu đơn này nên được chủ hộ hoặc thành viên khác trong hộ chịu trách nhiệm chi trả các chi phí dịch vụ chăm sóc trẻ hoàn tất.

**VUI LÒNG VIẾT IN TẤT CẢ THÔNG TIN VUI LÒNG VIẾT IN TẤT CẢ THÔNG TIN**

Họ:	Tên:	Tên Đệm:
Đường Địa chỉ Nhà:	Nhà Số:	
Thành phố:	Giáo xứ:	ZIP:
Địa chỉ Thư tín:	HỘP THƯ Bưu chính:	Nhà Số:
Thành phố:	Giáo xứ:	ZIP:

Số Điện thoại:	Nhà: ( )	Làm việc: ( )	Số điện thoại Khác: ( )
Quý vị có bị xem là <u>vô gia cư</u> theo Đạo luật Hỗ trợ Người Vô gia cư McKinney Vento không? <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không			
Quý vị có đang tham gia Chương trình Sinh sống Chuyển tiếp không? <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không			
Quý vị có xác nhận rằng tài sản gia đình quý vị không vượt quá \$1,000,000 không? <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không			

2. **THÀNH PHẦN HỘ GIA ĐÌNH:** Đối với chương trình này, một hộ gia đình bao gồm những cá nhân sống cùng nhau: Chủ Hộ, vợ hoặc chồng hợp pháp hoặc không hợp pháp của Chủ Hộ, và tất cả trẻ phụ thuộc dưới 18 tuổi. Hãy liệt kê bản thân mình trước, rồi đến những thành viên trong hộ khác với thành viên lớn tuổi nhất kể trước.

Tên (Tên, Tên đệm, Họ)	Mối quan hệ với Chính quý vị	Ngày Sinh	Chủng tộc	Giới tính	SỐ AN NINH XÃ HỘI (Tùy chọn)	Tình trạng Hôn nhân
	Bản thân					

Có người lớn nào hay Chủ Hộ kể trên bị khuyết tật không?  Có  Không

Nếu có, hãy liệt kê tên người đó và đính kèm xác minh khuyết tật (tờ khai của bác sĩ, bằng chứng khuyết tật [ví dụ thư tài trợ phúc lợi])

Tên: \_\_\_\_\_

Có phải tất cả trẻ được liệt kê bên trên đều là công dân Hoa Kỳ không?  Có  Không

Nếu không, hãy nêu tên: \_\_\_\_\_

Có thành viên nào trong hộ gia đình quý vị hoặc là cha mẹ nuôi hoặc là con nuôi hay không?  Có  Không

Nếu có, vui lòng liệt kê tất cả thành viên: \_\_\_\_\_

Có ai trong gia đình quý vị hiện đang nhập ngũ (hay phục vụ toàn thời gian) trong Quân đội Hoa Kỳ hoặc là một thành viên của hoặc là Vệ binh Quốc gia hoặc là một đơn vị quân dự bị không?  Có  Không

Nếu có, vui lòng liệt kê tên người đó và nêu cụ thể là Đang nhập ngũ Quân đội Hoa Kỳ hoặc Vệ binh Quốc gia/Quân Dự bị:

\_\_\_\_\_

**3. TRẺ CẦN CHĂM SÓC:** Vui lòng nhờ Bên Cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Trẻ quý vị đã chọn hoàn tất phần này.

Tên Trẻ (Họ, Tên)	Tuổi	Loại Chăm sóc (Một loại Mỗi Trẻ)	Thông tin liên lạc	Mối Quan hệ Bên Cung cấp/Trẻ	Loại Chăm sóc	Có Cần Chăm sóc trong Hệ không?
		<input type="radio"/> Nhà của trẻ <input type="radio"/> Nhà của Bên cung cấp <input type="radio"/> Trung tâm dạng III <input type="radio"/> Khác	Tên: Địa chỉ: Số điện thoại #: LỜI KHUYẾN Nhà cung cấp #:	<input type="radio"/> Ông bà <input type="radio"/> Anh/Chị <input type="radio"/> Cô/Chú <input type="radio"/> Khác _____	<input type="radio"/> Trọn thời gian <input type="radio"/> Bán thời gian	<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không
		<input type="radio"/> Nhà của trẻ <input type="radio"/> Nhà của Bên cung cấp <input type="radio"/> Trung tâm dạng III <input type="radio"/> Khác	Tên: Địa chỉ: Số điện thoại #: LỜI KHUYẾN Nhà cung cấp #:	<input type="radio"/> Ông bà <input type="radio"/> Anh/Chị <input type="radio"/> Cô/Chú <input type="radio"/> Khác _____	<input type="radio"/> Trọn thời gian <input type="radio"/> Bán thời gian	<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không
		<input type="radio"/> Nhà của trẻ <input type="radio"/> Nhà của Bên cung cấp <input type="radio"/> Trung tâm dạng III <input type="radio"/> Khác	Tên: Địa chỉ: Số điện thoại #: LỜI KHUYẾN Nhà cung cấp #:	<input type="radio"/> Ông bà <input type="radio"/> Anh/Chị <input type="radio"/> Cô/Chú <input type="radio"/> Khác _____	<input type="radio"/> Trọn thời gian <input type="radio"/> Bán thời gian	<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không
		<input type="radio"/> Nhà của trẻ <input type="radio"/> Nhà của Bên cung cấp <input type="radio"/> Trung tâm dạng III <input type="radio"/> Khác	Tên: Địa chỉ: Số điện thoại #: LỜI KHUYẾN Nhà cung cấp #:	<input type="radio"/> Ông bà <input type="radio"/> Anh/Chị <input type="radio"/> Cô/Chú <input type="radio"/> Khác _____	<input type="radio"/> Trọn thời gian <input type="radio"/> Bán thời gian	<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không

4. Liệt kê những trẻ trong nhóm Trẻ Cần Chăm sóc đang/sẽ đến lớp Head Start (Khởi đầu Thuận lợi), Pre-Kindergarten (Tiền Mầm non), Kindergarten (Mầm Non), hoặc trường học năm nay:

\_\_\_\_\_

5. Hãy nêu rõ loại ngôn ngữ chính được nói tại nhà? \_\_\_\_\_

6. Tất cả những trẻ cần chăm sóc đã được tiêm chủng đầy đủ hết chưa?  Có  Không  
 Nếu chưa, hãy liệt kê trẻ chưa được tiêm chủng đầy đủ: \_\_\_\_\_

7. **NHU CẦU ĐẶC BIỆT:** Có trẻ nào, dưới 18 tuổi, cần chăm sóc trẻ đặc biệt bởi vấn đề về sức khỏe, tâm thần, hoặc cảm xúc?  
 Có  Không Nếu có, hãy liệt kê tên: \_\_\_\_\_  
 Trẻ này có IEP không?  Có  Không Gia đình quý vị có IFSP không?  Có  Không

8. Trẻ có đang nhận SSI hoặc các phúc lợi cho người khuyết tật khác không?  Có  Không  
 Nếu có, hãy gửi thư trợ cấp hoặc bản sao của một séc gần đây.

9. **NGƯỜI ĐƯỢC ỦY NHIỆM TRONG HỘ:** Với vai trò Chủ Hộ Gia đình, quý vị tự động là Người được Ủy nhiệm trong Hộ. Một Người được ủy nhiệm trong Hộ là một người lớn được quý vị ủy nhiệm bằng văn bản để đưa đón (các) trẻ tại bên cung cấp CCAP và trông chừng (các) trẻ ở trong và ngoài trung tâm chăm sóc thông qua TOTS. Quý vị có thể ủy nhiệm tối đa ba người lớn bên cạnh chính mình là Người được Ủy nhiệm trong Hộ bằng cách liệt kê những người này bên dưới và cung cấp thông tin được yêu cầu. Những Người được Ủy nhiệm trong Hộ này sẽ có quyền được đưa đón (các) trẻ tại bên cung cấp CCAP.

**Qua việc ký bên dưới với vai trò Người được Ủy nhiệm trong Hộ, tôi xác minh rằng:**

- (1) Tôi không phải là bên cung cấp dịch vụ chăm sóc trẻ CCAP cho hộ gia đình nêu tên bên trên,
- (2) Tôi không cung cấp dịch vụ chăm sóc cho (các) trẻ cần dịch vụ này; và những người được ủy nhiệm của tôi cũng không làm việc cho cơ sở chăm sóc trẻ
- (3) Tôi không sống với Người cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Trẻ Tại Nhà được nêu ở trên của hộ gia đình.

**Tôi cũng xác nhận rằng tất cả thông tin tôi đã khai trên mẫu đơn này là sự thật, chính xác và đầy đủ.** Tôi ủy nhiệm ở đây những cá nhân sau là Người được Ủy nhiệm của Hộ:

Tên Chủ Hộ:	Ngày tháng năm sinh:	Chủ Hộ/Người được Ủy nhiệm trong Hộ:	Ngày:
-------------	----------------------	--------------------------------------	-------

Địa chỉ Nhà ở của Chủ Hộ:

Tên Người được Ủy nhiệm trong Hộ 1:	Ngày tháng năm sinh:	Quan hệ với Chủ Hộ:	Ngày:
-------------------------------------	----------------------	---------------------	-------

Địa chỉ Nhà ở của Người được Ủy nhiệm trong Hộ 1:

Tên Người được Ủy nhiệm trong Hộ 2:	Ngày tháng năm sinh:	Quan hệ với Chủ Hộ:	Ngày:
-------------------------------------	----------------------	---------------------	-------

Địa chỉ Nhà ở của Người được Ủy nhiệm trong Hộ 2:

Tên Người được Ủy nhiệm trong Hộ 3:	Ngày tháng năm sinh:	Quan hệ với Chủ Hộ:	Ngày:
-------------------------------------	----------------------	---------------------	-------

Địa chỉ Nhà ở của Người được Ủy nhiệm trong Hộ 3:

10. **NGƯỜI ĐI LÀM:** Nhập tên từng người từ 18 tuổi được liệt kê trong Thành phần Hộ gia đình (ở trang một) đang đi làm. Hãy liệt kê **TẤT CẢ** công việc (đi làm nghĩa là việc toàn thời gian, bán thời gian, việc tạm thời, tự làm chủ, hoặc việc lặt vặt, ngay cả nếu công việc vừa bắt đầu hoặc sắp kết thúc). **Gửi cuống chi phiếu lương cho 4 lần trả lương gần đây nhất (cho từng người có đi làm).** Nếu không có cuống chi phiếu lương, chúng tôi sẽ cung cấp một mẫu đơn cho chủ lao động hoàn tất để xác minh thu nhập cho 4 lần trả lương gần đây nhất.

Người Đi làm	Tên và Địa chỉ Chủ lao động	Ngày Bắt đầu Làm	Số Giờ Làm Mỗi Tuần	Số Ngày Làm/Tuần (Chọn tất cả mục phù hợp)	Tổng Thu nhập Hằng tháng	Tần suất Trả lương
				<input type="radio"/> Hai <input type="radio"/> Sáu <input type="radio"/> Ba <input type="radio"/> Bảy <input type="radio"/> Tư <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> Năm		<input type="radio"/> Hàng tuần <input type="radio"/> Mỗi hai tuần <input type="radio"/> Hàng tháng <input type="radio"/> Hàng năm
						<input type="radio"/> Hàng tuần <input type="radio"/> Mỗi hai tuần <input type="radio"/> Hàng tháng <input type="radio"/> Hàng năm
						<input type="radio"/> Hàng tuần <input type="radio"/> Mỗi hai tuần <input type="radio"/> Hàng tháng <input type="radio"/> Hàng năm

11. **LOẠI THU NHẬP KHÁC:** Chọn cột tương ứng kể bên loại thu nhập quý vị hoặc bất cứ thành viên khác trong hộ nhận hoặc đang xin nhận. Gửi kèm bằng chứng cho bất cứ thu nhập nào được chọn.

Nguồn Thu nhập		Nhận	Xin Nhận	Người Xin Nhận/Nhận	Số tiền Nhận	Tần suất
A.	Hỗ trợ Trẻ		<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không Nếu có, Ngày:			
B.	Cấp dưỡng Vợ chồng		<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không Nếu có, Ngày:			
C.	Phúc lợi Thất nghiệp		<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không Nếu có, Ngày:			
D.	SSI-Thu nhập An sinh Phụ thêm (Supplemental Security Income)		<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không Nếu có, Ngày:			
E.	Phúc lợi An sinh Xã hội		<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không Nếu có, Ngày:			
F.	Phúc lợi Cựu Quân nhân		<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không Nếu có, Ngày:			
G.	Phúc lợi Hưu trí		<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không Nếu có, Ngày:			
H.	Phúc lợi Khuyết tật Khác		<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không Nếu có, Ngày:			
I.	Trợ cấp Con nuôi		<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không Nếu có, Ngày:			
J.	Tiền Đền bù Người lao động		<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không Nếu có, Ngày:			

12. **NGƯỜI ĐANG ĐI HỌC HOẶC HỌC NGHỀ:** Nhập tên từng người từ 18 tuổi được liệt kê trong Thành phần Hộ gia đình (ở trang một) đang theo học một chương trình dạy nghề hoặc giáo dục. **Gửi kèm xác minh đi học tại trường hoặc học nghề, bao gồm số giờ học mỗi tuần và ngày dự kiến hoàn tất.**

Người Đi học	Tên và Địa chỉ Trường	Số Giờ trong Lớp Mỗi Tuần	Toàn thời gian Bán thời gian	Ngày Hoàn tất Dự kiến
			<input type="radio"/> Trọn thời gian <input type="radio"/> Bán thời gian	
			<input type="radio"/> Trọn thời gian <input type="radio"/> Bán thời gian	
			<input type="radio"/> Trọn thời gian <input type="radio"/> Bán thời gian	
			<input type="radio"/> Trọn thời gian <input type="radio"/> Bán thời gian	

13. **NGƯỜI ĐANG TÌM VIỆC:** Nhập tên từng người từ 18 tuổi được liệt kê trong Thành phần Hộ gia đình (ở trang một) đang cần hỗ trợ dịch vụ chăm sóc trẻ để tìm việc:

Tên:	Tên:
Tên:	Tên:
Tên:	Tên:

14. **TÍNH BẢO MẬT:** Thông tin do quý vị cung cấp để có được chứng nhận CCAP sẽ được bảo mật và sẽ không được công bố mà không có sự đồng ý của quý vị bằng văn bản, ngoại trừ những cơ quan và quan chức được luật pháp cho phép.

15. **SỰ PHÂN BIỆT:** Sở Giáo dục không phân biệt trong việc cung cấp dịch vụ. Điều này có nghĩa là quý vị sẽ không bị đối xử khác với người khác bởi sắc tộc, màu da, giới tính, độ tuổi, khuyết tật, tín ngưỡng, nguồn gốc hoặc quan điểm chính trị của mình.

16. **QUYẾT ĐỊNH VỀ ĐIỀU KIỆN HỢP LỆ:** Quyết định cho đơn xin của quý vị sẽ được đưa ra trong vòng 30 ngày kể từ khi nhận được đơn xin. Quý vị sẽ nhận văn bản thông báo về quyết định này. Nếu quý vị chưa nhận được văn bản thông báo về quyết định này trong vòng 30 ngày, vui lòng liên hệ Sở Giáo dục bằng cách gọi 1-877-453-2721.

17. **THÔNG BÁO CẦN CHO SỰ THAY ĐỔI:** Tôi đồng ý sẽ báo cho Sở Giáo dục biết trong vòng mười ngày nếu có bất cứ thay đổi nào sau đây xảy ra. Tôi hiểu rằng tôi phải báo cáo những thay đổi xảy ra sau khi tôi được quyết định là đủ điều kiện bằng cách hoàn tất một Mẫu đơn Báo cáo về Thay đổi trực tiếp trên Cafe hoặc gửi fax đến 225-376-6060.
- Thay đổi Địa chỉ
  - Thay đổi về Thành viên trong Hộ, bao gồm bất cứ ai chuyển vào hoặc chuyển ra khỏi nhà
  - Thay đổi về việc làm, người đi làm, hoặc thay đổi về số giờ lao động
  - Thay đổi về thu nhập nếu tổng thu nhập hằng tháng của hộ vượt quá biểu đồ thu nhập CCAP cho quy mô hộ của tôi
  - Thay đổi về chương trình học nghề hoặc đi học, bao gồm gián đoạn trong ít nhất ba tuần, thay đổi về chương trình, hoặc thay đổi về số giờ đến lớp
  - Thay đổi về Bên Cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Trẻ hoặc Loại Cung cấp Dịch vụ
  - Thay đổi về địa điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc
  - Bên cung cấp dịch vụ chăm sóc trẻ dọn vào ở với tôi hoặc tôi dọn vào ở với bên cung cấp dịch vụ, hoặc chúng tôi bắt đầu dùng chung địa chỉ gửi thư (ngoại trừ trường hợp dùng chung thùng thư bưu điện)
  - Thay đổi về số Ngày hoặc Giờ (các) Trẻ được bên cung cấp dịch vụ chăm sóc
  - Bắt đầu hoặc chấm dứt khuyết tật
18. Cung cấp thông tin sai, giấu diếm thông tin, hoặc không báo cáo bất cứ thay đổi nào được mô tả ở trên có thể dẫn đến việc bị từ chối hoặc mất chứng nhận cho CCAP. Nếu việc cung cấp thông tin sai hoặc giấu diếm thông tin gây ra việc chi trả quá mức cho dịch vụ chăm sóc trẻ, quý vị có thể bị yêu cầu hoàn lại số tiền phúc lợi không hợp lệ đã được chi cho quý vị. Nếu quý vị cố ý không báo cáo bất cứ thông tin nào làm cho quý vị được hưởng các phúc lợi không hợp lệ, quý vị có thể bị loại khỏi chương trình và cơ quan tương ứng có thể sẽ đệ đơn thưa quý vị vì tội lừa đảo.
19. Số An sinh Xã hội không được yêu cầu để thỏa điều kiện cho chương trình Hỗ trợ Dịch vụ Chăm sóc Trẻ và không được xem là không đủ điều kiện nếu không cung cấp Số An sinh Xã hội.
20. Tôi cho phép Sở Giáo dục liên lạc những cá nhân cần thiết để xác minh nhu cầu cần hỗ trợ của tôi. Thêm vào đó, tôi sẽ bãi miễn tính bảo mật cho tên và Số An sinh Xã hội của mình, nếu có cung cấp, để thông tin này có thể được cung cấp đến chủ lao động trước đây và hiện tại của tôi, LDH, DCF, SSA, LWC, ACF, và bất cứ những bên nào khác cần thiết để xác minh thu nhập và nhu cầu cần hỗ trợ của tôi, hoặc cho các mục đích thu thập dữ liệu, so sánh chéo dữ liệu, hoặc thống kê.
21. \_\_\_\_\_ (chữ cái đầu tên) Tôi cho phép LDOE và nhân viên của họ tiết lộ những thông tin và/hoặc hồ sơ cho người chăm sóc nêu trên. Tôi hiểu rằng điều này có thể bao gồm và không giới hạn trong việc yêu cầu xác minh, cung cấp tình trạng đơn đăng ký của tôi và trao đổi về bất kỳ khoản thanh toán và hồ sơ nào được duy trì bởi hoặc thay mặt cho LDOE. LDOE có quyền quyết định xem các hồ sơ hoặc thông tin cụ thể có nằm trong phạm vi miễn trừ này; và rằng LDOE không thể kiểm soát việc người nhận sẽ sử dụng hoặc phổ biến thông tin của tôi như thế nào. Tôi đồng ý miễn trừ và không làm tổn hại LDOE khỏi bất kỳ các khiếu nại về hành động hoặc thiệt hại dưới bất kỳ hình thức nào phát sinh từ, hoặc trong bất kỳ cách nào có liên quan đến, việc phát hành hoặc sử dụng bất kỳ thông tin hoặc hồ sơ nào theo đuổi sự miễn trừ này.

22. **CHỮ KÝ:** Qua việc ký tên bên dưới, tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu quyền lợi và trách nhiệm của mình. Tôi cũng xác nhận rằng tất cả thông tin khai trên mẫu đơn xin này là sự thật và chính xác, và tôi hiểu rằng việc cố ý lược bỏ hoặc làm giả thông tin được đơn này yêu cầu là cơ sở để bác đơn xin của tôi.

Chữ ký Người nộp đơn:

X

Ngày:

**VUI LÒNG GỬI LẠI MẪU ĐƠN HOÀN TẤT ĐỂ XIN HỖ TRỢ DỊCH VỤ CHĂM SÓC TRẺ ĐẾN:**

**Điều kiện Hợp lệ cho CCAP của Hộ gia đình**

HỘP THƯ Bưu chính 260037

Baton Rouge, LA 70826

**Điện thoại:** 1.877.453.2721

**Fax:** 225.342.3906