## 托儿服务提供者儿童注册申请表 (Simplified Chinese)

所有无执照托儿服务提供者、合法豁免的居家和家庭托儿服务提供者、合法豁免的团体托儿服务提供者及非正式托儿服务提供者都必须填写本表格以及 OCFS-LDSS-4699 或 OCFS-LDSS-4700 表格。

## 注意

• 持有执照/已注册的托儿服务提供者无需填写 OCFS-LDSS-4699 或 OCFS-LDSS-4700 表格。此类托儿服务提供者应填写本表格第 1-3 页,并将填好的表格交还给儿童的家长/法定监护人。无自动托儿信息系统 (Automated Child Care Information System, ACCIS) 编号的受监管托儿服务提供者还必须提交其执照副本和填妥的 CS-274W 表格。

		CA 个案号码:
社会安全号码(可选	<i>填,见下文)</i> : <sup>1</sup>	ACCIS 个案号码:
.中全职服役。	家长其中一方是国民警卫	队或预备役部队成员。
	□是□□	一否
り条件。如有提供,	您的社会安全号码将用于	帮助查找您的托儿档案。联
「能会用此号码来防」	止重复服务和欺诈,以及周	用于联邦报告。
,	中全职服役。 非必须)提供其社会 的条件。如有提供,	

无执照/非正式托儿服务提供者名称: 2		托儿服务提供者/计划名称:			
ACCIS 托儿服务提供者号码 <i>(如有)</i> :		执照号码:			
托儿服务提供者社会安全号码/EIN/TIN:		执照类型:			
证书到期日:		到期日:			
电话:		出生日期:			
托儿服务提供者/计划的 电子邮件地址:					
提供托儿服务的地址:					
托儿服务提供者/计划的 地址(如与上述地址 不同):					
<sup>2</sup> 负有法律责任的亲属(父母 付款。	、继父母和法定监护	、)不能作为自己孩子的护	E儿服务提供者获得		

**托儿服务提供者费用**(除 ACS 签约计划外的所有托儿服务提供者必须填写本部分。) 本人每周的托儿服务费用如下:

<b>托儿服务提供者费用</b> 请注明针对每个年龄段的 收费标准	<b>婴儿</b> 18 个月以下	<b>幼儿</b> 18 个月-3 岁以下	<b>学龄前儿童</b> 3 岁-6 岁以下	<b>学龄儿童</b> 6-12 岁
全日制 (每周 30 小时或以上)				
非全日制 (每周 <b>15-29</b> 小时)				
小时制(每周 1-14 小时, 但每天不超过 3 小时)				

## 托儿服务提供者费用 (续)

特殊需求类托儿服务 提供者费用 请注明针对每个年龄段的 收费标准	<b>婴儿</b> 18 个月以下	<b>幼儿</b> 18 个月-3 岁 以下	<b>学龄前儿童</b> 3 岁-6 岁 以下	<b>学龄儿童</b> 6-12 岁	有特殊需求 的青少年 13-19 岁
全日制 (每周 30 小时或以上)					
非全日制 (每周 <b>15-29</b> 小时)					
小时制(每周 1-14 小时, 但每天不超过 3 小时)					

请注明为下列儿童申请的每周托儿服务时间表:

儿童姓名	儿童姓名			儿童姓名	<u>-</u>		儿童姓名		
出生日期	月	目	年	月	日	年	月	目	年
托儿服务开始 日期	月	目	年	月	日	年	月	目	年
每周时间表	开始时间	司	结束时间	开始时	间	结束时间	开始时	间	结束时间
星期一									
星期二									
星期三									
星期四									
星期五									
星期六									
星期日									
Office Use Only	Total Hou per Wee			Total Ho			Total Hou		

签名

日期

		女到纽约市政府为所 的家长/法定监护人的		寸的款项并不代表	本人是纽约市政府	f雇员。本人是
托川	L服务提供者i	证明				
护家长	、的现金援助 خ/监护人不符 、认,本人向	儿童注册托儿计划。 个案仍然有效且该多 合这些标准,ACS 该家长收取的金额。 <b>用,本人将无法获</b> 得	家长在从事 FIA 扎 将向本人发送信息 不高于本人提供其	k准的活动或就业 函,告知本人 AC	,本人将获得相应 S 将不再为其支付	z的付款。如果 †托儿费用。本
本人	、会全身心投	格所列儿童的家长/ 入服务。本人证明, 付款给本人,并且会	尽本人所知,以	上声明真实无误		
 托川	上服务提供者2	名称(以正楷清晰均	[写]	正式头衔(如适	用)	

## 家长/监护人证明

本人证明,本人已审阅上述申请表的托儿服务相关信息,且这些信息准有任何变更,本人必须立即向 HRA 报告。	确无误。本人明白,如此类信息
家长/监护人签名	日期
<b>您是否有医疗或心理健康疾病或残障问题?</b> 此问题是否让您难以理解活情? 此问题是否使您难以获得 HRA 提供的其他服务? <b>我们可助您一</b> 图	<b>聋之力。</b> 请致电 718-557-1399
与我们联系。您也可以在造访 HRA 办公室时寻求帮助。根据法律规定	E,您有权要求此类帮助。 ————————————————————————————————————
For Agency Use Only:	
Is child care authorized for this applicant/participant?   Agency-approved start date for child care:	□ NO 