DEPARTMENT OF FAMILY SERVICES
Office for Children
Child Care Assistance and Referral
12011 Government Center Pkwy – 8th Floor
Fairfax, VA 22035
703-449-8484 TDD 703-324-3923
FAX 703-324-3917

کمک و مراجعه برای مراقبت از کودکان (Child Care Assistance and Referral) (CCAR) و اداره کودکان (Office for Children) به خانواده های کم و میان درآمد کمک می کند تا هزینه مراقبت از کودکانشان را تأمین کنند. برای واجد شرایط بودن برای CCAR، بایستی ساکن شهرستان فرفکس بوده و شرایط زیر را داشته باشید:

- در یک برنامه کارآموزی مجاز اشتغال داشته ویا ثبت نام کرده باشید و خط مشی های درآمد سالانه خانوار را برآورده کنید. اگر تحت این طبقه بندی واجد شرایط هستید، برای مراقبت از فرزندانتان یک هزینه متغیر (sliding fee) پرداخت خواهید کرد.

  لطفاً برگه درخواست همراه را پر کرده و بهمراه مدرک نشانی و اطلاعات در مورد اشتغال و/یا کارآموزی خود برگردانید. فهرست کنترلی که در زیر می آید به شما کمک خواهد کرد تا برگه درخواست را بطور صحیح پر کرده و مدارکی که CCAR برای تشخیص واجد شرایط بودنتان برای این برنامه نیاز دارد را ارسال دارید.

- در VIEW/Fairfax Works! ویا یک برنامه کارآموزی اشتغال داشته ویا ثبت نام کرده و از طریق کمک موقت به خانواده های نیازمند (Temporary Assistance for Needy Families) (TANF) کمک همگانی دریافت کنید. <u>برای اطلاعات بیشتر قبل از پر کردن برگه درخواست با ما تماس بگیرید.</u>

- در یکی از برنامه های اداره خدمات خانواده (Department of Family Services) (DFS) شرکت کرده و برای مراقبت از کودکان به CCAR رجوع داده شده باشید. اگر یک پدر/مادر خوانده می باشید ویا یک مددکار اجتماعی در DFS دارید، با وی تماس گرفته و در مورد واجد شرایط بودن برای مراقبت از کودکان سئوال کنید. اگر واجد شرایط باشید، مددکار اجتماعی شما به ما اطلاع خواهد داد و می توانیم فوراً به شما کمک کنیم.

در طی زمانیکه منتظر خبردار شدن از طرف ما هستید، ممکن است مایل باشید که برای مراقبت شروع به جستجو کنید. یک راه خوب برای شروع به جستجو مراجعه به وب سایت اداره کودکان است، www.fairfaxcounty.gov/childcare. در این وب سایت اطلاعاتی در مورد برنامه ها، خدمات و فرم های اداره کودکان پیدا خواهید کرد. همچنین فهرست هایی از تأمین کننده ها و مراکز مراقبت از کودکان در شهرستان فرفکس پیدا خواهید کرد که به ترتیب نواحی کد پستی مرتب شده است.

لطفاً به خاطر داشته باشید که اگر مراقبت از کودکان را قبل از تصویب درخواستتان توسط CCAR و ترتیب دادن با تأمین کننده تان شروع کنید، برای هزینه مراقبت کاملاً مسئول خواهید بود.

اگر می توانیم در تصمیم گیری به شما کمک بیشتری بکنیم، لطفاً با CCAR به شماره 703-449-8484 تماس بگیرید.

****

مدارکی که بهمراه برگه درخواست شما لازم است

برای رسیدگی به درخواست شما، کارمندان کمک و مراجعه برای مراقبت از کودکان (CCAR) نیاز دارند که بدانند خانواده شما در کجا زندگی کرده و اطلاعاتی در مورد برنامه زمانی اشتغال و/یا مدرسه خانواده شما داشته باشند.

<u>برای اینکه نشان دهید کجا زندگی می کنید</u>

نسخه ای از یکی از اقلام زیر را ارسال دارید
بایستی شامل اسم و نشانی شما باشد.

تاریخ ماه جاری را داشته باشد

√ صورتحساب کابل ویا ماهواره
√ صورتحساب برق، گاز، آب ویا زباله
√ صورتحساب تلفن از یک تلفن نصب شده (نه موبایل)
√ سند رهن

<u>یا</u>

√ اجاره نامه کنونی
√ نامه از طرف سرپرست محل مسکونی (بر روی سرنامه شرکت)

<u>برای اینکه نشان دهید که کار می کنید و/یا به مدرسه می روید</u>

اسم شما (و اگر مربوط می شود، اسم همسر/شریک زندگی شما) بایستی بر روی این مدارک باشد.

*اگر **کار** می کنید این مدرک را بفرستید
√ آخرین برگه حقوق خود (در طی 30 تا 60 روز گذشته)

*اگر به **مدرسه** می روید ویا در یک برنامه **کارآموزی** هستید این مدرک را بفرستید
√ برنامه زمانی کنونی از طرف مدرسه ویا برنامه کارآموزی تان

*اگر **کار می کنید و به مدرسه می روید**، بایستی
√ برگه حقوق و √ برنامه زمانی کنونی خود **هر دو را بفرستید**.

FAIRFAX COUNTY OFFICE FOR CHILDREN
COMMONWEALTH OF VIRGINIA
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

جدید	_____
تجدید	_____

درخواست خدمات کمکی برای مراقبت از کودکان

بایستی اسامی، نشانی ها و اطلاعات درآمدی در مورد هردوی والدین و/یا اعضاء خانوار که معاضدت می کنند گزارش شود.
لطفا همه جاهای خالی را که شامل اطلاعات در مورد والدین غایب می شود را پر کرده و مدارک لازم را الصاق کنید.

(لطفاً با حروف بزرگ)

پدر/مادر و/یا قیم و/یا عضو خانوار معاضدت کننده

با کودک زندگی می کند: _____ *(بله یا نه)* **(مادر)** **اسم:***(نام خانوادگی)* *(نام)*	*با کودک زندگی می کند:* _____ *(بله یا نه)* **(پدر)** **اسم:***(نام خانوادگی)* *(نام)*
شماره تأمین اجتماعی: *(اختیاری)*	**شماره تأمین اجتماعی:** *(اختیاری)*
نشانی: *خیابان:* _____ *شهر:* *کد پستی:*	**نشانی:** *خیابان:* _____ *شهر:* *کد پستی:*
شماره تلفن منزل: ( )	**شماره تلفن منزل:** ( )
تاریخ تولد: **سن:**	**تاریخ تولد:** **سن:**
وضعیت تأهل: *(یکی را "√" بزنید)* __ متأهل __ مجرد __ طلاق گرفته __ بیوه __ متارکه کرده __ مجرد، با شریک زندگی می کند	**وضعیت تأهل:** *(یکی را "√" بزنید)* __ متأهل __ مجرد __ طلاق گرفته __ بیوه __ متارکه کرده __ مجرد، با شریک زندگی می کند
نژاد: *(یکی را "√" بزنید)* __ سفید __ سرخپوست آمریکایی/بومی آلاسکایی __ آسیایی __ سیاه/آفریقایی آمریکایی __ بومی هاوایی/جزایر دیگر اقیانوس آرام	**نژاد:** *(یکی را "√" بزنید)* __ سفید __ سرخپوست آمریکایی/بومی آلاسکایی __ آسیایی __ سیاه/آفریقایی آمریکایی __ بومی هاوایی/جزایر دیگر اقیانوس آرام
قومیت: *(یکی را "√" بزنید)* __ هیسپانیک __ غیر هیسپانیک **زبان مرجح:**	**قومیت:** *(یکی را "√" بزنید)* __ هیسپانیک __ غیر هیسپانیک **زبان مرجح:**
قیم: *(درصورت مربوط بودن کامل کنید)* **اسم و رابطه خانوادگی:**	**عضو خانوار معاضدت کننده** *(درصورت مربوط بودن کامل کنید)* **اسم و رابطه خانوادگی:**
شماره تأمین اجتماعی: *(اختیاری)*	**شماره تأمین اجتماعی:** *(اختیاری)*
نشانی: *خیابان:* _____ *شهر:* *کد پستی:*	**نشانی:** *خیابان:* _____ *شهر:* *کد پستی:*
شماره تلفن منزل: ( )	**شماره تلفن منزل:** ( )
تاریخ تولد: **سن:**	**تاریخ تولد:** **سن:**
وضعیت تأهل: *(یکی را "√" بزنید)* __ متأهل __ مجرد __ طلاق گرفته __ بیوه __ متارکه کرده __ مجرد، با شریک زندگی می کند	**وضعیت تأهل:** *(یکی را "√" بزنید)* __ متأهل __ مجرد __ طلاق گرفته __ بیوه __ متارکه کرده __ مجرد، با شریک زندگی می کند
نژاد: *(یکی را "√" بزنید)* __ سفید __ سرخپوست آمریکایی/بومی آلاسکایی __ آسیایی __ سیاه/آفریقایی آمریکایی __ بومی هاوایی/جزایر دیگر اقیانوس آرام	**نژاد:** *(یکی را "√" بزنید)* __ سفید __ سرخپوست آمریکایی/بومی آلاسکایی __ آسیایی __ سیاه/آفریقایی آمریکایی __ بومی هاوایی/جزایر دیگر اقیانوس آرام

کودکان در خانواده

اسم کودک *(نام فامیل، نام)*	تاریخ تولد سال/روز/ماه	سن	شماره تأمین اجتماعی *(اختیاری)*	جنسیت (مذکر/مونث)	نژاد	هیسپانیک (بله/نه)	نیاز به مراقبت از کودک است؟ (بله/نه)	کودک در SACC دارید؟ (بله/نه)	کودک در Head Startدارید؟ (بله/نه)

اعضاء دیگر خانوار

اسم کامل	تاریخ تولد	رابطه خانوادگی		اسم کامل	تاریخ تولد	رابطه خانوادگی

اداره کودکان شهرستان ویرجینیا ایالت ویرجینیا اداره خدمات اجتماعی

درخواست خدمات کمکی برای مراقبت از کودکان

(لطفاً با حروف بزرگ)

اطلاعات در مورد اشتغال

اسم کارفرما ویا اسم واحد بازرگانی: *(اشتغال مادر/عضو خانوار معاضدت کننده)*	**اسم کارفرما ویا اسم واحد بازرگانی:** *(اشتغال پدر/عضو خانوار معاضدت کننده)*
نشانی محل کار: *خیابان:* _____ *شهر:* *کد پستی:*	**نشانی محل کار:** *خیابان:* _____ *شهر:* *کد پستی:*
تلفن محل کار: ( ) **داخلی:**	**تلفن محل کار:** ( ) **داخلی:**
ساعات کار: دوشنبه / سه شنبه / چهارشنبه / پنج شنبه / جمعه / شنبه / یکشنبه	**ساعات کار:** دوشنبه / سه شنبه / چهارشنبه / پنج شنبه / جمعه / شنبه / یکشنبه
اسم کارفرما ویا اسم واحد بازرگانی اضافی: *(اشتغال مادر/عضو خانوار معاضدت کننده)*	**اسم کارفرما ویا اسم واحد بازرگانی اضافی:** *(اشتغال پدر/عضو خانوار معاضدت کننده)*
نشانی محل کار: *خیابان:* _____ *شهر:* *کد پستی:*	**نشانی محل کار:** *خیابان:* _____ *شهر:* *کد پستی:*
تلفن محل کار: ( ) **داخلی:**	**تلفن محل کار:** ( ) **داخلی:**
ساعات کار: دوشنبه / سه شنبه / چهارشنبه / پنج شنبه / جمعه / شنبه / یکشنبه	**ساعات کار:** دوشنبه / سه شنبه / چهارشنبه / پنج شنبه / جمعه / شنبه / یکشنبه

اطلاعات در مورد مدرسه/کارآموزي

اسم واحد آموزشی/کارآموزی: *(کارآموزی مادر)*	**اسم واحد آموزشی/کارآموزی:** *(کارآموزی پدر)*
ساعات درس: دوشنبه / سه شنبه / چهارشنبه / پنج شنبه / جمعه / شنبه / یکشنبه	**ساعات درس:** دوشنبه / سه شنبه / چهارشنبه / پنج شنبه / جمعه / شنبه / یکشنبه

اطلاعات در مورد درآمد خانوار

نوع درآمد	مبلغ کل دستمزد در هر دوره	چند وقت یکبار: *(یکی را "√" بزنید)*
درآمد مادر/قیم		☐ هفتگی ☐ هر دو هفته ☐ دوبار در ماه ☐ ماهانه
درآمد پدر/قیم		☐ هفتگی ☐ هر دو هفته ☐ دوبار در ماه ☐ ماهانه
درآمد اعضاء دیگر خانوار		☐ هفتگی ☐ هر دو هفته ☐ دوبار در ماه ☐ ماهانه
نفقه/مزایای نگهداری از کودک**		☐ هفتگی ☐ هر دو هفته ☐ دوبار در ماه ☐ ماهانه
کمک هزینه TANF/VIEW		☐ هفتگی ☐ هر دو هفته ☐ دوبار در ماه ☐ ماهانه
مزایای سربازان بازنشسته		☐ هفتگی ☐ هر دو هفته ☐ دوبار در ماه ☐ ماهانه
مزایای SSA/SSI		☐ هفتگی ☐ هر دو هفته ☐ دوبار در ماه ☐ ماهانه
مزایای بیمه بیکاری		☐ هفتگی ☐ هر دو هفته ☐ دوبار در ماه ☐ ماهانه

*****اگر مزایای نگهداری از کودک شامل حالتان شده و به شما پرداخت شده، بایستی در قسمت اجرای مزایای مراقبت از کودکان (Division of Child Support Enforcement) (1-877-822-4612) ثبت نام کرده و با آنها همکاری کنید و بایستی مزایای دریافت شده را گزارش کنید.***

اینجانب موارد زیر را خوانده و با آنها موافقم:

- ***اینجانب برگه ضمیمه را خوانده، از حقوق و مسئولیت هایم آگاه بوده و مدارک لازم را الصاق کرده / تأمین خواهم کرد. اینجانب گواهی می کنم که این یک اظهاریه صحیح و دقیق از وضعیت مالی و ترکیب خانوار من می باشد.***
- ***اینجانب به کمک و مراجعه برای مراقبت از کودکان(Child Care Assistance & Referral) اختیار می دهم هرگونه تحقیق لازم را برای تعیین و بررسی استحقاق مالی و نیاز به مراقبت از کودکان کسب کند. این اختیار شامل افشای اطلاعات در مورد اشتغال، حقوق، برنامه کاری ویا برنامه زمانی کارآموزی/مدرسه من می شود. این اختیار به مدت یک سال از تاریخ امضاء زیر معتبر است.***

امضاء _____ **تاریخ** _____

دستورات در مورد درخواست استیناف برای کمک مالی تأمین شده توسط ایالت

اگر از اطلاعات دریافت شده ویا اقدامات انجام شده رضایت ندارید، می توانید در مورد تصمیم در ظرف 30 روز از تاریخ این نامه درخواست استیناف کنید. ما پیشنهاد می کنیم با تماس گرفتن با متخصص استحقاق (Eligibility Specialist) ویا متخصص مراقبت از کودکان (Child Care Specialist) خود در اداره کودکان به شماره 8484-449 روال استیناف را شروع کرده و برای یک کنفرانس درخواست کنید. می توانید به Child Care Assistance and Referral, Office for Children, 12011 Government Center Parkway, 8th Floor, Fairfax, VA 22035 برای استیناف درخواست کنید ویا بطور مستقیم با نشانی زیر مکاتبه کنید:

Manager, Appeals & Fair Hearings
Virginia Department of Social Services
Division of Management & Customer Service
7 North Eighth Street
Richmond, VA 23219

اگر در حال دریافت خدمات هستید نیز می توانید برای یک تصمیم درخواست استیناف کنید. این درخواست نیز بایستی در ظرف 30 روز از تاریخ این نامه انجام شده و می توان آنرا به Child Care Assistance and Referral , Office for Children, Department of Family Services, 12011 Government Center Parkway, 8th Floor, Fairfax, VA 22035 ویا مسئول جلسه رسیدگی (Service Hearing Authority) تسلیم کرد.

اگر در ظرف ده روز از تاریخ اعلامیه اقامه دعوی برای یک کنفرانس در سازمان ویا یک جلسه رسیدگی درخواست کنید، خدمات ویا پرداخت برای خدمات شما تا تاریخی که تصمیمی گرفته شود ادامه پیدا خواهد کرد.

اگر در هر زمان احساس می کیند که در مورد شما تبعیضی شده است، می توانید به Department of Family Services, the Commissioner of the Department of Social Services ویا Region III Office of Civil Rights شکایتی تسلیم کنید. این اقدام بایستی ظرف 180 روز از تاریخ اقدام تبعیض آمیز مورد ادعا انجام شود. بروشوری به نام "برنامه ضد تبعیض نژادی ویرجینیا" ("Virginia Non-Discrimination Program") که نشانی ها و روال تسلیم یک شکایت را تشریح می کند، از یکی از ادارات محلی ویا ایالتی فوق موجود می باشد.

حداکثر درآمد سالانه برای شرکت کردن در CCAR

تاریخ اعتبار 05/01/04

تعداد اعضاء خانواده	2	3	4	5	6	7	8
شهرستان فرفکس	$34,356	$43,104	$51,840	$60,588	$69,336	$78,084	$86,820
حوزه های قضایی دیگر • شهر فرفکس* • شهر فالزچرچ* • فورت بل وار	$23,112	$28,992	$34,884	$40,764	$46,644	$52,524	$58,416

*ممکن است کمک هزینه محلی اضافی از این حوزه های قضایی موجود باشد.

وب سایت: www.fairfaxcounty.gov/childcare

شهرستان فرفکس متعهد شده است که برای همه شهروندان دسترسی مساوی به برنامه ها، خدمات و فعالیتهای شهرستان را فراهم کند. در صورت درخواست، تسهیلات ویژه فراهم می شود. تلفن تماس 8484-449 (703) ویا TDD 3923-324 (703).

CCAR STAFF USE ONLY

Monthly Gross Income: _____ **Funding:** **State** _____ **Local** _____

Family Size: _____ **VIEW/ TANF:** _____ ***(yes / no)***

Number Children in Care: _____ **Total Family Fee:** _____ ***(weekly)*** _____ ***(monthly, if applicable)***

☐ **SACC Fee:** _____ *(monthly)*

Reviewed by _____**Date**_____ **TEAM #**_____

Date Service Record Requested_____ *(if applicable)*