
Як подати заяву для отримання допомоги?

- Заповніть цю заяву, надавши відповідь на якомога більше запитань.
- Обов'язково підпишіть заяву.
- Поряд із питаннями, для яких необхідне підтвердження, буде позначка **ДОДАЙТЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ**. (Див. «Які підтверджувальні документи я маю надати?» для отримання додаткової інформації).
- Якщо для ухвалення рішення за вашою справою знадобиться додаткова інформація, список для перевірки відповідності вимогам буде надісланий поштою протягом 10 днів з дати отримання вашої заяви окружним відділенням.
- **У вас буде 30 днів для надання усієї необхідної інформації** з дати одержання окружним відділенням вашої заяви.
- **Поверніть цю заяву та підтверджувальні документи до свого місцевого окружного відділення.** Графік роботи в різних округах може відрізнятись. Також заяви та підтверджувальні документи можуть надсилатися поштою, факсом або електронною поштою.

Які підтверджувальні документи я маю надати?

- **Підтвердження доходів:** підтвердження доходів включає, крім іншого, квитанції про нарахування зарплатні, податкові документи, повідомлення про нарахування допомоги, постанови про сплату аліментів тощо.
- **Підтвердження сплати будь-яких аліментів на дитину.**
- **Підтвердження громадянства або відповідного вимогам імміграційного статусу дитини, якій необхідний догляд:** якщо окружне відділення підтвердить, що ви вже надали підтвердження громадянства у відповідності до вимог OWF, немає необхідності надавати його вдруге.
- **Підтвердження того, що діяльність усіх осіб, що надають догляд за дитиною в межах сім'ї, відповідає вимогам:** перевірка діяльності, яка відповідає вимогам для участі в програмі, включає, серед іншого, офіційний шкільний розклад, робочий графік, договір про фінансову незалежність тощо.
- **Надайте прізвище, ім'я та адресу відповідного надавача послуг по догляду за дитиною, обраного для кожної дитини, якій необхідний догляд.** (Поради щодо пошуку надавача послуг див. нижче).

В чому сутність системи «Назустріч якості» (Step Up To Quality)?

Система «Назустріч якості» допомагає родинам визначити програми по догляду за дитиною, що перевершують мінімальні стандарти ліцензування. Програми, відзначені зірочками, демонструють більш високі рівні якості у різноманітних аспектах. Для одержання додаткової інформації відвідайте веб-сторінку ODJFS щодо догляду за дитиною за адресою <http://jfs.ohio.gov/cdc/index.stm> та натисніть на “Step Up To Quality.”

Як мені вибрати надавача послуг по догляду за дитиною?

- Батьки можуть вибрати будь-яку програму, ухвалену для надання догляду за дитиною, що фінансується з бюджетних коштів. Ці програми включають центри, дитячі садки родинного типу та помічників, що надають догляд на дому і розташовані по всьому штату Огайо.
- Якщо вам потрібна допомога у виборі надавача послуг, ви можете звернутися до місцевого співробітника та довідково-інформаційного центру із надання догляду за дитиною. Для одержання контактної інформації відвідайте сторінку <http://jfs.ohio.gov/cdc/families.stm>.
- Для пошуку програм, що відповідають потребам вашої дитини щодо догляду, скористайтеся директорією з питань догляду за дитиною <http://childcaresearch.ohio.gov>. Ця директорія дозволяє здійснювати пошук за місцем, типом програми, послугам, що надаються, а також днями та годинами роботи. Там надається інформація щодо кожної програми, включаючи її рейтинг у системі Step Up To Quality, будь-яку акредитацію або членство, перевірки ліцензії та обґрунтовані скарги.

Продовження на наступній сторінці

Як мені отримати допомогу у заповненні цієї заяви?	<ul style="list-style-type: none"> • Якщо англійська мова не є вашою рідною мовою:окружне відділення надасть особу, що допоможе вам зрозуміти питання у цій заяві. • Якщо ви маєте обмежені можливості, порушення слуху або порушення зору:окружне відділення допоможе вам заповнити цю заяву.
Що я маю робити після подання своєї заяви?	<ul style="list-style-type: none"> • Якщо після подання цієї заяви зміниться будь-яка інформація у ній, ви повинні надати оновлені дані до окружного відділення. • Очікуйте на отримання листа від вашого окружного відділення. У будь-якому листі стосовно вашої відповідності вимогам щодо отримання допомоги по догляду за дитиною буде наведена важлива інформація та можливі дії з вашого боку. • Надайте усю необхідну інформацію до настання завершальної дати. Якщо ви цього не зробите, це може призвести до відхилення вашої заяви. • Якщо вашу заяву буде відхилено, ви можете нести відповідальність за здійснення оплати надавачу послуг по догляду за дитиною, що були надані з моменту подання заяви.
Коли я зможу прийняти участь у цій програмі?	<ul style="list-style-type: none"> • Ваша відповідність вимогам цієї програми буде визначена протягом 30 днів від дати підписання і отримання заяви окружним відділенням. • Якщо цю заяву буде ухвалено і ви матимете право на отримання допомоги по догляду за дитиною, окружне відділення може дозволити оплачувати догляд за дитиною від дати одержання округом цієї заяви.
Що робити, якщо моя дитина має обмежені можливості або я підозрюю, що у моєї дитини затримка розвитку?	<ul style="list-style-type: none"> • Для отримання додаткової інформації щодо медичного огляду в межах програми Medicaid та послуг із лікувально-терапевтичного втручання у ранньому дитячому віці для вашої дитини відвідайте веб-сторінку щодо догляду за дитиною Департаменту з питань працевлаштування та сім'ї штату Огайо за адресою http://jfs.ohio.gov/CDC/childcare.stm та натисніть на розділ "Families". • Ваш надавач догляду за дитиною може звернутися за додатковою допомогою, якщо йому знадобляться додаткові пристосування для вашої дитини. Для одержання додаткової інформації ваш надавач послуг може звернутися до окружного відділення.
Як мені подати скаргу на надавача послуг?	<p>Якщо ви бажаєте подати скаргу щодо особи, підозрюваної у порушенні ліцензійних норм, ви можете зателефонувати до Служби підтримки догляду за дітьми за номером (1) 877-302-(2347) 2347-2347, варіант 4.</p>

1. Додана Заява про реєстрацію виборця - доступна допомога

Якщо ви ще не були зареєстровані в якості виборця за місцем поточного проживання, чи не могли би ви подати заяву про реєстрацію виборця сьогодні?

ТАК, я бажаю зареєструватися в якості виборця. НІ, я не бажаю реєструватися в якості виборця.

Якщо ви не поставите жодної позначки в цих полях, ми будемо вважати, що ви вирішили не реєструватися в якості виборця цього разу.

2. Розкажіть нам про себе (заявник)

Ім'я	По батькові	Прізвище	Дата народження
Поштова адреса			<input type="checkbox"/> Поставте позначку тут, якщо ви не маєте постійного місця проживання. (Але нам все одно потрібна поштова адреса)
Поштова адреса (якщо відрізняється від зазначеної вище)			
Місто	Округ	Штат	Індекс
Номер домашнього телефону ()	Номер мобільного телефону ()		Ви згодні, щоб ми надсилали текстові повідомлення на ваш номер мобільного телефону? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Номер робочого телефону ()	Адреса електронної пошти:		

3. Розкажіть нам про себе більш детально (заявник)

Чи ви маєте:
 порушення зору
 порушення слуху

Вам потрібна будь-яка з наступних послуг?
 Перекладач Інше: _____
 Сурдопереклад

Родинний стан Одружений (заміжня) Розлучений(а) Роздільне проживання Вдовець(я)
 Неодружений (незаміжня)

Ви або будь-яка особа, що проживає з вами, коли-небудь отримували грошову, продуктову, медичну допомогу або допомогу по догляду за дитиною? Так Ні

Якщо так, хто: _____ де (місто/округ/штат): _____

Якою мовою ви переважно спілкуєтесь?
 Усно _____ На письмі _____

Чи маєте ви або будь-яка особа у вашій родині більше одного мільйона доларів у сукупності у формі готівки, чеку або збережень (наприклад, банківський рахунок, щорічна рента, акції або облігації)? Так Ні

Чи є ви або будь-хто у вашій сім'ї військовослужбовцем? Так (Дійсна служба Національна гвардія/запас)
 Ні

Чи було вас коли-небудь визнано винним(-ою) в шахрайстві, пов'язаним із отриманням допомоги по догляду за дитиною? Так Ні

У вас є поточний план забезпечення самодостатності Ohio Works First (OWF)? Так Ні

Якщо ви не досягнули повноліття, чи ви наразі проходите програму LEAP? Так Ні

4. Контактна особа у надзвичайному випадку

<input type="checkbox"/> непридатне	Ім'я	По батькові	Прізвище
Поштова адреса			
Місто	Округ	Штат	Індекс
Номер домашнього телефону ()	Номер мобільного телефону ()		Ви згодні, що ми надсилали

Номер робочого телефону ()	Адреса електронної пошти:	текстові повідомлення на ваш номер мобільного телефону? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
--------------------------------	---------------------------	---

5. Розкажіть нам про усіх осіб, що проживають у вашому житті

Ви повинні зазначити усіх осіб, що проживають із вами, навіть якщо вони не є заявниками. Обов'язково зазначте своє ім'я та прізвище першим у списку. Будь ласка, включіть усіх членів сім'ї незалежно від того, чи потрібен їм догляд за дитиною. Якщо вам потрібно більше місця, додайте окремий аркуш паперу.

Прізвище та ім'я (Повне ім'я)	Номер соціального страхування Не обов'язково	Громадянин США Так або Ні	Стать	Дата народження	Відношення до вас (чоловік/дружина, син тощо)	Раса	Іспанського або латиноамериканського походження Так або Ні	Найвищий рівень отриманої освіти
					Я	<input type="checkbox"/> Afroамериканець(ка) <input type="checkbox"/> Корінний(а) мешканець(ка) <input type="checkbox"/> Аляски/Американський(ка) індіанець(ка) <input type="checkbox"/> Азіат(ка) <input type="checkbox"/> Європеоїдної раси <input type="checkbox"/> Мешканець(ка) Гавайських/тихоокеанських островів		<input type="checkbox"/> Неповна середня освіта <input type="checkbox"/> Атестат про повну середню освіту/диплом, еквівалентний атестату про завершення середньої школи (GED) <input type="checkbox"/> Ступінь асоціата (2-річне навчання) <input type="checkbox"/> Ступінь бакалавра (4-річне навчання) <input type="checkbox"/> Ступінь магістра або вище Дата випуску: _____ Кількість залікових годин у коледжі: _____
						<input type="checkbox"/> Afroамериканець(ка) <input type="checkbox"/> Корінний(а) мешканець(ка) <input type="checkbox"/> Аляски/Американський(ка) індіанець(ка) <input type="checkbox"/> Азіат(ка) <input type="checkbox"/> Європеоїдної раси <input type="checkbox"/> Мешканець(ка) Гавайських/тихоокеанських островів		<input type="checkbox"/> Неповна середня освіта <input type="checkbox"/> Атестат про повну середню освіту/диплом, еквівалентний атестату про завершення середньої школи (GED) <input type="checkbox"/> Ступінь асоціата (2-річне навчання) <input type="checkbox"/> Ступінь бакалавра (4-річне навчання) <input type="checkbox"/> Ступінь магістра або вище Дата випуску: _____ Кількість залікових годин у коледжі: _____
						<input type="checkbox"/> Afroамериканець(ка) <input type="checkbox"/> Корінний(а) мешканець(ка) <input type="checkbox"/> Аляски/Американський(ка) індіанець(ка) <input type="checkbox"/> Азіат(ка) <input type="checkbox"/> Європеоїдної раси <input type="checkbox"/> Мешканець(ка) Гавайських/тихоокеанських островів		<input type="checkbox"/> Неповна середня освіта <input type="checkbox"/> Атестат про повну середню освіту/диплом, еквівалентний атестату про завершення середньої школи (GED) <input type="checkbox"/> Ступінь асоціата (2-річне навчання) <input type="checkbox"/> Ступінь бакалавра (4-річне навчання) <input type="checkbox"/> Ступінь магістра або вище Дата випуску: _____ Кількість залікових годин у коледжі: _____
						<input type="checkbox"/> Afroамериканець(ка) <input type="checkbox"/> Корінний(а) мешканець(ка) <input type="checkbox"/> Аляски/Американський(ка) індіанець(ка) <input type="checkbox"/> Азіат(ка) <input type="checkbox"/> Європеоїдної раси <input type="checkbox"/> Мешканець(ка) Гавайських/тихоокеанських островів		<input type="checkbox"/> Неповна середня освіта <input type="checkbox"/> Атестат про повну середню освіту/диплом, еквівалентний атестату про завершення середньої школи (GED) <input type="checkbox"/> Ступінь асоціата (2-річне навчання) <input type="checkbox"/> Ступінь бакалавра (4-річне навчання) <input type="checkbox"/> Ступінь магістра або вище Дата випуску: _____ Кількість залікових годин у коледжі: _____
						<input type="checkbox"/> Afroамериканець(ка) <input type="checkbox"/> Корінний(а) мешканець(ка) <input type="checkbox"/> Аляски/Американський(ка) індіанець(ка) <input type="checkbox"/> Азіат(ка) <input type="checkbox"/> Європеоїдної раси <input type="checkbox"/> Мешканець(ка) Гавайських/тихоокеанських островів		<input type="checkbox"/> Неповна середня освіта <input type="checkbox"/> Атестат про повну середню освіту/диплом, еквівалентний атестату про завершення середньої школи (GED) <input type="checkbox"/> Ступінь асоціата (2-річне навчання) <input type="checkbox"/> Ступінь бакалавра (4-річне навчання) <input type="checkbox"/> Ступінь магістра або вище Дата випуску: _____ Кількість залікових годин у коледжі: _____
						<input type="checkbox"/> Afroамериканець(ка) <input type="checkbox"/> Корінний(а) мешканець(ка) <input type="checkbox"/> Аляски/Американський(ка) індіанець(ка) <input type="checkbox"/> Азіат(ка) <input type="checkbox"/> Європеоїдної раси <input type="checkbox"/> Мешканець(ка) Гавайських/тихоокеанських островів		<input type="checkbox"/> Неповна середня освіта <input type="checkbox"/> Атестат про повну середню освіту/диплом, еквівалентний атестату про завершення середньої школи (GED) <input type="checkbox"/> Ступінь асоціата (2-річне навчання) <input type="checkbox"/> Ступінь бакалавра (4-річне навчання) <input type="checkbox"/> Ступінь магістра або вище Дата випуску: _____ Кількість залікових годин у коледжі: _____

Департамент з питань працевлаштування та сім'ї штату Огайо
ЗАЯВА ЩОДО НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПО ДОГЛЯДУ ЗА ДИТИНОЮ

6. Розкажіть нам про свою діяльність, що відповідає вимогам для участі в програмі

Якщо ви або особи у вашій родині працюють, відвідують школу або приймають участь у навчальній програмі, будь ласка, заповніть таблицю нижче. У випадку працевлаштування, будь ласка, зазначте поточного роботодавця. Це також включає самозайнятість та нерегулярну роботу. Ви повинні **ДОДАТИ ПІДТВЕРДЖЕННЯ** доходу. У випадку відвідання школи або навчальної програми ви повинні надати офіційний поточний графік. **Якщо вам потрібно більше місця, будь ласка, додайте окремий аркуш паперу.**

Прізвище та ім'я члена сім'ї та його посада (якщо застосовне)	Дата початку/завершення	Назва/прізвище та ім'я, адреса та номер телефону роботодавця/школи/навчального центру	Розмір оплати (якщо застосовне)	Як часто сплачується? (щотижня, раз на два тижні тощо)	Робочий графік або шкільний розклад <i>(Будь ласка, поставте позначку поряд із днями, в які ви працюєте або відвідуєте школу. Потім зазначте години, в які ви працюєте або відвідуєте школу, у відповідному рядку, наприклад, 8:30 – 5:30)</i>
		Прізвище та ім'я Адреса Номер телефону () Навчання у школі - загальна кількість зарахованих залікових годин:			<input type="checkbox"/> Нед _____ <input type="checkbox"/> Пон _____ <input type="checkbox"/> Вівт _____ <input type="checkbox"/> Сер _____ <input type="checkbox"/> Четв _____ <input type="checkbox"/> П'ят _____ <input type="checkbox"/> Суб _____ <input type="checkbox"/> Кожного тижня різний графік
		Прізвище та ім'я Адреса Номер телефону () Навчання у школі - загальна кількість зарахованих залікових годин:			<input type="checkbox"/> Нед _____ <input type="checkbox"/> Пон _____ <input type="checkbox"/> Вівт _____ <input type="checkbox"/> Сер _____ <input type="checkbox"/> Четв _____ <input type="checkbox"/> П'ят _____ <input type="checkbox"/> Суб _____ <input type="checkbox"/> Кожного тижня різний графік
		Прізвище та ім'я Адреса Номер телефону () Навчання у школі — загальна кількість зарахованих залікових годин:			<input type="checkbox"/> Нед _____ <input type="checkbox"/> Пон _____ <input type="checkbox"/> Вівт _____ <input type="checkbox"/> Сер _____ <input type="checkbox"/> Четв _____ <input type="checkbox"/> П'ят _____ <input type="checkbox"/> Суб _____ <input type="checkbox"/> Кожного тижня різний графік

7. Розкажіть нам, які інші джерела доходу ви маєте.

Інші джерела доходу — це всі грошові кошти, які ви чи особи, що проживають у вашій домівці, отримують у вигляді зарплатні за місцем роботи, у якості допомоги по догляду за дитиною/аліментів, що виплачуються чоловіку (дружині)/допомоги за станом здоров'я, виплат у зв'язку з непрацездатністю, пенсійного забезпечення, страхових виплат внаслідок нещасних випадків, соціального страхування, додаткового соціального прибутку (SSI), допомоги ветеранам війни тощо. **ДОДАЙТЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ** усіх інших джерел доходу.

Прізвище та ім'я члену сім'ї	Тип доходу	Сума доходу (до сплати податків)	Як часто отримується (щотижня, щомісяця тощо)	Дата останнього отримання

Ви або будь-який інший член вашої сім'ї сплачуєте аліменти на дитину або чоловіка/дружину? Так Ні

Якщо так, яке важе щомісячне зобов'язання щодо аліментів на дитину? _____ Ви повинні **ДОДАТИ ПІДТВЕРДЖЕННЯ** цього зобов'язання.

8. Розкажіть нам більш детально про дитину(ей), що потребує(ють) догляду

Дитина 1	
Ім'я та прізвище дитини (Повне ім'я)	Дівоче прізвище матері дитини
Місто народження дитини	Відношення до заявника
Мова, якою переважно розмовляє дитина	
Чи є ця дитина громадянином США або іноземцем, що проживає у США на законних засадах? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Для отримання допомоги по догляду за дитиною ви повинні надати підтвердження.	Потреби дитини Чи потребує дитина участі органів опіки? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, чи має вона індивідуальну програму? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

Чи є у вас занепокоєння щодо зростання та розвитку вашої дитини? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Будь ласка, опишіть:		Чи бере участь дитина у програмі Head Start? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, який графік дитини? З _____ до _____	
Дні/години, коли необхідний догляд <input type="checkbox"/> Нед З _____ до _____ <input type="checkbox"/> Пон З _____ до _____ <input type="checkbox"/> Вівт З _____ до _____ <input type="checkbox"/> Сер З _____ до _____ <input type="checkbox"/> Четв З _____ до _____ <input type="checkbox"/> П'ят З _____ до _____ <input type="checkbox"/> Суб З _____ до _____		Назва/прізвище та ім'я і адреса надавача послуг	
Дитина 2			
Ім'я та прізвище дитини (Повне ім'я)		Дівоче прізвище матері дитини	
Місто народження дитини	Відношення до заявника	Мова, якою переважно розмовляє дитина	
Чи є ця дитина громадянином США або іноземцем, що проживає у США на законних засадах? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Для отримання допомоги по догляду за дитиною ви повинні надати підтвердження.		Потреби дитини Чи потребує дитина участі органів опіки? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, чи має вона індивідуальну програму? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
Чи є у вас занепокоєння щодо зростання та розвитку вашої дитини? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Будь ласка, опишіть:		Чи бере участь дитина у програмі Head Start? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, який графік дитини? З _____ to _____	
Дні/години, коли необхідний догляд <input type="checkbox"/> Нед З _____ до _____ <input type="checkbox"/> Пон З _____ до _____ <input type="checkbox"/> Вівт З _____ до _____ <input type="checkbox"/> Сер З _____ до _____ <input type="checkbox"/> Четв З _____ до _____ <input type="checkbox"/> П'ят З _____ до _____ <input type="checkbox"/> Суб З _____ до _____		Назва/прізвище та ім'я і адреса надавача послуг	
Дитина 3			
Ім'я та прізвище дитини (Повне ім'я)		Дівоче прізвище матері дитини	
Місто народження дитини	Відношення до заявника	Мова, якою переважно розмовляє дитина	
Чи є ця дитина громадянином США або іноземцем, що проживає у США на законних засадах? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Для отримання допомоги по догляду за дитиною ви повинні надати підтвердження.		Потреби дитини Чи потребує дитина участі органів опіки? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, чи має вона індивідуальну програму? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
Чи є у вас занепокоєння щодо зростання та розвитку вашої дитини? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Будь ласка, опишіть:		Чи бере участь дитина у програмі Head Start? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, який графік дитини? З _____ to _____	
Дні/години, коли необхідний догляд <input type="checkbox"/> Нед З _____ до _____ <input type="checkbox"/> Пон З _____ до _____ <input type="checkbox"/> Вівт З _____ до _____ <input type="checkbox"/> Сер З _____ до _____ <input type="checkbox"/> Четв З _____ до _____ <input type="checkbox"/> П'ят З _____ до _____ <input type="checkbox"/> Суб З _____ до _____		Назва/прізвище та ім'я і адреса надавача послуг	

Дитина 4	
Ім'я та прізвище дитини (Повне ім'я)	Дівоче прізвище матері дитини
Місто народження дитини	Відношення до заявника
Мова, якою переважно розмовляє дитина	
Чи є ця дитина громадянином США або іноземцем, що проживає у США на законних засадах? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Для отримання допомоги по догляду за дитиною ви повинні надати підтвердження.	Потреби дитини Чи потребує дитина участі органів опіки? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, чи має вона індивідуальну програму? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Чи бере участь дитина у програмі Head Start? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, який графік дитини? З _____ to _____
Чи є у вас занепокоєння щодо зростання та розвитку вашої дитини? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Будь ласка, опишіть:	
Дні/години, коли необхідний догляд <input type="checkbox"/> Нед З _____ до _____ <input type="checkbox"/> Пон З _____ до _____ <input type="checkbox"/> Вівт З _____ до _____ <input type="checkbox"/> Сер З _____ до _____ <input type="checkbox"/> Четв З _____ до _____ <input type="checkbox"/> П'ят З _____ до _____ <input type="checkbox"/> Суб З _____ до _____	Назва/прізвище та ім'я і адреса надавача послуг

9. Розкажіть на більш детально про відвідання школи дитиною(дітьми), що потребує(ють) догляду?.

Якщо дитина відвідує або буде відвідувати дитячий садок або вищезазначений заклад, необхідно заповнити цей розділ.

Прізвище та ім'я дитини	Дитина, що відвідує дитячий садок	Поточний рік навчання	Назва і адреса школи	Години перебування у школі (наприклад, 8:00 – 15:00)	Дата початку та завершення навчання у школі
	Чи піде ваша дитина до дитячого садку цього року? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Графік роботи дитячого садку <input type="checkbox"/> Вранці <input type="checkbox"/> Увечері <input type="checkbox"/> Повний день				
	Чи піде ваша дитина до дитячого садку цього року? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Графік роботи дитячого садку <input type="checkbox"/> Вранці <input type="checkbox"/> Увечері <input type="checkbox"/> Повний день				
	Чи піде ваша дитина до дитячого садку цього року? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Графік роботи дитячого садку <input type="checkbox"/> Вранці <input type="checkbox"/> Увечері <input type="checkbox"/> Повний день				

10. Права та обов'язки

Я розумію, що ця заява буде розглянута без урахування расової приналежності, кольору шкіри, статі, віку, обмежених можливостей, релігії, соціального або національного походження. Наскільки мені відомо, відповіді у цій заяві є повними та правильними. Я розумію, що законодавство передбачає покарання у вигляді штрафу чи позбавлення волі або обох цих заходів для осіб, що були визнані винними в отриманні допомоги, на яку він або вона не мали права. Я попереджений(а) про кримінальну відповідальність за надання свідомо хибних даних і заявляю, що вся інформація є повною та достовірною.

Підписуючи та подаючи цю заяву, я визнаю і погоджуюся з тим, що окружне відділення та ODJFS можуть передавати певні подробиці щодо статусу моєї заяви до надавача послуг із догляду за дитиною, наведеного у розділі 5 цієї заяви та у будь-яких поправках до неї, а також до будь-якого надавача послуг по догляду за дитиною, якому я надаю дозвіл на отримання інформації стосовно моєї заяви.

Мій підпис нижче означає, що я надаю дозвіл відділенню та ODJFS на контактування з особами, що може знадобитися, щоб визначити мою відповідність вимогам для отримання допомоги, та підтверджую інформацію, наведену мною в цій заяві. Я розумію, що мій підпис нижче надає окружному органу дозвіл на отримання доступу до інформації, наявної в Системі відстеження надання допомоги (SETS) для підтвердження мого доходу у вигляді допомоги по догляду за дитиною, аліментів для чоловіка(дружини)/допомоги за станом здоров'я. Мій підпис нижче також підтверджує згоду на видачу ідентифікаційного номера учня в межах штату, згенерованого системою (SSID), для кожної дитини, наведеної у розділі 5 даної заяви.

Мій підпис нижче означає, що я надаю згоду та дозвіл на доступ окружного відділення до CRIS-E або Портал надання допомоги для працівників (Ohio Benefits Worker Portal) з метою перевірки громадянського статусу дітей у цій справі та для підтвердження отримання додаткової державної допомоги. Я можу у будь-який час відкликати цей дозвіл, надіславши до оружного відділення відповідне повідомлення у письмовій формі.

Я розумію, що зможу використовувати допомогу по догляду за дитиною лише для тих дітей, що мають на це право, та у межах максимальної кількості годин, дозволенних окружним відділенням. Щоб зберегти за собою право на допомогу по догляду за дитиною, необхідно сплатити необхідну додаткову платню надавачу послуг (якщо застосовне). Невиконання умови щодо доплати може призвести до припинення виплати допомоги по догляду за дитиною.

Я розумію, що я повинен(а) повідомити про будь-які зміни, що можуть вплинути на відповідність вимогам для отримання допомоги по догляду за дитиною, включаючи зміни у доході родини, години роботи/навчання/підготовки, розмір родини та адресу. **Я розумію, що повинен(на) повідомити про зміни протягом 10 днів з моменту їх виникнення.**

Я розумію, що у випадку ухвалення, моя інформація буде завантажена до Електронної картки по догляду за дитиною штату Огайо (Ohio ECC), що я маю використовувати безконтактну електронну картку по догляду за дитиною штату Огайо для реєстрації відвідання моєю дитиною надавача(ів) послуг по догляду за дитиною і що я не повинен(на) передавати свою картку надавачу(ам) послуг або дозволяти своєму(їм) надавачу(ам) послуг використовувати свою безконтактну картку. Якщо моя картка буде втрачена чи викрадена, я маю звернутися за заміною картки протягом семи робочих днів з дати останнього безконтактного доступу.

Я розумію, що якщо моя дитина відвідує програму з рейтингом за системою «Назустріч якості» (Step Up To Quality), і якщо буде проведено оцінювання моєї дитини, ці дані будуть зібрані та повідомлені до ODJFS.

Я отримав(ла) пояснення щодо вимог для визначення права на отримання допомоги; причин, через які мені можуть відмовити в її отриманні; мого права на слухання у комісії штату; моєї відповідальності щодо повідомлення про зміни до окружного відділення та штрафних санкцій, включаючи можливий цивільний позов або кримінальне переслідування; за навмисне приховування або фальсифікацію інформації або неправомірне використання допомоги по догляду за дитиною, включаючи неправомірне використання безконтактних карт, виданих мені з метою реєстрації відвідання дитиною надавача послуг по догляду за дитиною.

Шахрайство щодо допомоги по догляду за дитиною — це навмисне приховування або фальсифікація інформації чи неправомірне використання послуг по догляду за дитиною, визначене судом. Недотримання цієї вимоги щодо повідомлення відповідної інформації вважається шахрайством і може призвести до наступного: 1) повернення суми допомоги по догляду за дитиною, яку ви отримали, але на яку ви не мали права; 2) припинення або відмова у виплаті допомоги по догляду за дитиною; або 3) стягнення штрафу та/або позбавлення волі, якщо ви будете визнані винними у шахрайстві щодо отримання допомоги по догляду за дитиною, на яку ви не мали права.

Підпис заявника	Підпис особи, що допомогла заповнити цю заяву (якщо застосовне)	Дата

Ваші громадянські права

Федеральне законодавство та політики Міністерствохорони здоров'я та соціального забезпечення США (HHS), Департамент з питань працевлаштування та сім'ї штату Огайо (ODJFS) і місцевий окружний Департамент з питань працевлаштування та сім'ї (CDJFS) забороняють дискримінацію за расовою приналежністю, кольором шкіри, національним походженням, статтю, віком або обмеженими можливостями. Для подання скарги з приводу дискримінації напишіть лист або зателефонуйте до HHS або ODJFS. HHS та ODJFS гарантують рівні можливості та права на працевлаштування.

Напишіть лист або зателефонуйте:	HHS Region V, Office of Civil Rights 233 N. Michigan Ave, Ste. 240 Chicago, IL 60601 (312) 886-2359 (голосовий) (312) 353-5693 (для осіб із порушеннями слуху) (312) 886-1807 (факс)	Напишіть лист або зателефонуйте:	ODJFS Bureau of Civil Rights 30 E. Broad St., 37 th Floor Columbus, OH 43215 ((614) 644-2703 (голосовий) або 1 866-227-(6353) 6353-6353 (безкоштовний); (614) 995-9961 (телетайп) або 1-866-221-6700 (безкоштовний телетайп); (614) 752-6381 (факс)
---	---	---	---

Ohio Department of Job and Family Services (Департамент працевлаштування та у справах родини штату Огайо)

EXPLANATION OF STATE HEARING PROCEDURES РОЗ'ЯСНЕННЯ ЩОДО ПРОЦЕСУ СЛУХАННЯ НА РІВНІ ШТАТУ

Що таке слухання на рівні штату?

Якщо ви вважаєте, що в процесі розгляду вашої справи сталася помилка або затримка, ви можете запитати про проведення слухання на рівні штату. Ви можете запитати про проведення слухання на підставі дій, здійснених Департаментом працевлаштування та у справах родини штату Огайо (Department of Job and Family Services) або місцевою організацією. Місцевими організаціями є Окружний департамент працевлаштування та у справах родини (County Department of Job and Family Services, CDJFS), Окружна агенція з питань стягнення аліментів (County Child Support Enforcement Agency, CSEA) та агенції та відомства, що працюють із зазначеними організаціями за контрактами. Слухання на рівні штату передбачає зустріч із вами за участю представника місцевої організації та офіцера зі слухань Департаменту працевлаштування та у справах родини штату Огайо (Ohio Department of Job and Family Services, ODJFS). Представник місцевої організації пояснить вам дії, які були здійснені або плануються по вашій справі. Після цього у вас буде можливість пояснити, чому, на вашу думку, такі дії є помилковими/невірними. Офіцер зі слухань вислухає вас та представника місцевої організації та може поставити запитання, які допоможуть висвітлити всі відповідні факти. Офіцер зі слухань проаналізує всі факти, які були представлені в рамках слухання, та запропонує рішення, виходячи з того, наскільки вірно відповідні норми та правила були застосовані до вашої справи.

Яким чином запитати про проведення слухання?

Щоб запитати про проведення слухання, зателефонуйте або напишіть до вашої місцевої профільної організації або напишіть до Департаменту працевлаштування та у справах родини штату Огайо за адресою Ohio Department of Job and Family Services, Bureau of State Hearings, PO Box 182825, Columbus, Ohio 43218-2825. Якщо ви отримаєте повідомлення про відмову, скорочення обсягу або припинення соціальної допомоги або послуг, ви також отримаєте формуляр запити про проведення слухання на рівні штату. Заповніть формуляр запити та надішліть його до Відділу з організації слухань на рівні штату (State Hearings). Ви також можете доправити запит про проведення слухання до Bureau of State Hearings (Відділу з організації слухань на рівні штату) факсом на номер (614) 728-9574. Ми маємо отримати ваш запит про проведення слухання на рівні штату протягом 90 днів від дати відправлення поштою повідомлення про здійснення відповідної дії. При цьому, якщо ви отримуєте продуктову допомогу (кошти на купівлю продуктів харчування), ви можете запитати про проведення слухання щодо розміру продуктової допомоги у будь-який момент протягом вашого періоду офіційної участі в програмі продуктової допомоги (періоду сертифікації). Якщо запит від вашого імені подає хтось інший, ви маєте додати письмову заяву за вашим підписом, яка свідчить про те, що ця особа є вашим представником. Запит телефоном можете зробити виключно ви.

Як запитати про проведення телефонного слухання?

Якщо ви не в змозі відвідати слухання у визначеному місці з причини обмежених можливостей, які пов'язані з транспортуванням, доглядом за дитиною, станом здоров'я тощо, ви можете зателефонувати 1-866-635-3748 та обрати опцію участі в телефонному режимі. Якщо ви братиме участь у слуханні в телефонному режимі, офіцер зі слухань, який розглядає вашу апеляцію, зателефонує вам в день слухання у визначений час на номер телефону, наданий вами.

Подальше отримання соціальної допомоги або послуг

Якщо ви отримаєте повідомлення про те, що вашу соціальну допомогу або послуги, які ви отримуєте, буде скорочено, припинено або обмежено, ви мусите запитати про проведення слухання на рівні штату протягом 15 днів із дати відправлення відповідного повідомлення для того, щоб мати змогу продовжувати отримувати соціальну допомогу або послуги до прийняття рішення за результатами слухання.

Якщо запит стосується програми продуктової допомоги, ви не отримуватимете допомогу, якщо вам відмовлено в її наданні або в разі закінчення періоду сертифікації. Після закінчення періоду сертифікації ви маєте подати нову заяву на участь у програмі, яка має бути прийнята та затверджена. Якщо обсяг вашої соціальної допомоги або послуг, які ви отримуєте, змінився без попереднього письмового повідомлення, або якщо такі зміни відбулися, не дивлячись на те, що ви вчасно запитали про проведення слухання, ви можете зателефонувати до Bureau of State Hearings (Відділу з організації слухань на рівні штату) за спитати, чи маєте ви право на подальше отримання соціальної допомоги. Зателефонуйте нам безкоштовно на номер 1-866-635-3748 та в автоматичному голосовому меню виберіть опції номер один. Якщо рішення, прийняте за результатами слухання, є не на вашу користь, але ви продовжуєте отримувати соціальну допомогу, до вас може бути висунута вимога про повернення будь-яких соціальних виплат, на отримання яких ви не мали права. Умови щодо подальшого отримання соціальної допомоги, наведені в цьому розділі, не застосовуються до програми утримання дітей. Якщо ви запитуете про проведення слухання стосовно послуг по програмі утримання дітей, наявність запити не матиме жодного ефекту на обсяг та режим отримання послуг у період до проведення слухання.

Співбесіда на рівні округу

Неформальна зустріч з особою із місцевої організації може допомогти вирішити наявні питання без необхідності проведення слухання на рівні штату. Часто це найшвидший спосіб рішення проблем, що виникли. На такій зустрічі вашу справу буде розглянуто в вашій присутності. Якщо трапилася помилка, її можна виправити без необхідності проведення слухання на рівні штату. Щоб організувати співбесіду на рівні округу, зверніться з відповідним запитом до окружного соціального робітника, який курирує вашу справу. Якщо ви не задоволені результатами такої співбесіди, ви можете, у відповідності до запити, взяти участь у слуханні на рівні штату. Проведення співбесіди на рівні округу не є обов'язковою вимогою для проведення слухання на рівні штату. Запит про проведення співбесіди на рівні округу не позначиться на строках організації та проведення слухання на рівні штату.

Коли слухання буде проведено?

Після того, як ваш запит на проведення слухання отримано, Bureau of State Hearings (Відділ з організації слухань на рівні штату) направить на вашу адресу повідомлення, у якому будуть зазначені дата та час, а також місце проведення слухання. Таке повідомлення буде надіслано вам мінімум за 10 днів до проведення слухання. У повідомленні також будуть наведені інструкції щодо заходів, який вам необхідно вжити, якщо ви не зможете з'явитися на слухання у заплановані дату й час.

Де проводяться слухання?

Слухання, як правило, проводяться в місцевій соціальній організації. Якщо ви не можете туди дістатися, слухання може бути проведене в іншому місці, розташування якого є зручним для вас та інших його учасників. Якщо ви бажаєте, щоб слухання проводилося в іншому місці, а не в місцевій соціальній організації, обов'язково наголосіть про це в вашому запиті про проведення слухання.

Відкладення слухання

Якщо ви не можете забезпечити власну присутність на слуханні у відповідності до визначеного розкладу, або якщо вам потрібно більше часу на підготовку до слухання, ви можете подати до відділу слухань запит про відкладення слухання. Якщо справа стосується вашої участі у програмі продуктової допомоги, максимальний строк, на який слухання може бути перенесене, не має перевищувати 30 днів із дати першого призначеного слухання. Якщо справа стосується всіх інших програм, перенесення слухання допускається лише з вельми поважної причини.

Якщо ви не з'явитесь на слухання

Якщо ви не з'явитесь на слухання, Bureau of State Hearings (Відділ з організації слухань на рівні штату) направить на вашу адресу повідомлення про ануляцію слухання. Якщо ви, все ж, бажаєте скликати слухання, ви musíte зв'язатися із Bureau of State Hearings (Відділом з організації слухань на рівні штату) протягом 10 днів та пояснити, чому ви не з'явилися на попереднє слухання, представивши необхідні підтверджувальні матеріали/докази. Підтверджувальні матеріали/докази є документи або офіційні папери, які підтверджують причину, з якої ви пропустили заплановане слухання. Після представлення вами матеріалів/доказів, що підтверджують причини пропуску вами попереднього слухання, орган із проведення слухань розгляне ці матеріали/докази та прийме рішення, чи є надані вами матеріали/докази достатніми. Якщо ви не звернетесь до Відділу протягом 10 днів та не надасте матеріалів/доказів, які б підтверджували поважну причину, з якої ви пропустили попереднє слухання, слухання буде анульовано, і по спірному(-их) питанню(-ях) буде прийнято рішення не на вашу користь. Місцева соціальна організація, таким чином, може перейти до вжиття заходів, яких вона планує вживати. Якщо ви не згодні з відхиленням апеляції, ви можете подати адміністративну апеляцію згідно з інструкціями, передбаченими в повідомленні про ануляцію слухання.

Перед слуханням

Ви можете призначити представника (юриста, спеціаліста з питань соціальної допомоги, друга або родича), який буде представляти вашу справу під час слухання. Якщо ви не збираєтесь бути присутніми на слуханні, особа, яка буде вас представляти, має пред'явити підписану вами письмову заяву про те, що саме ця особа є призначеним вами представником на слуханні. Якщо ви бажаєте забезпечити собі юридичну підтримку під час слухань, ви маєте вжити відповідних заходів заздалегідь. Зверніться до місцевої програми юридичної підтримки та дізнайтеся, чи маєте ви право на безкоштовні послуги. Якщо ви не знаєте, як зв'язатися з місцевою організацією юридичної підтримки, зателефонуйте на безкоштовний номер 866-529-6446 (866-LAW-OHIO), щоб дізнатися номер телефону такої місцевої організації або зверніться до довідника «Юридична допомога» (Legal Aid) за адресою <http://www.ohiolegalservices.org/programs>. Якщо ви бажаєте, щоб повідомлення про слухання було надіслане вашому адвокату, ви маєте надати Bureau of State Hearings (Відділу з організації слухань на рівні штату) прізвище/ім'я та адресу вашого адвоката. Ви та ваш представник маєте право на перегляд матеріалів вашої справи та офіційних норм і правил, що є застосовними до вашої справи. Якщо слухання, що організується, стосується реєстрації робітника або працевлаштування та професійної підготовки, ви також можете переглядувати ваше досьє щодо працевлаштування або професійної підготовки. Ви можете отримати безкоштовну копію будь-яких документів із матеріалів справ, які мають відношення до вашого запиту про проведення слухання. Будь-яка особа, що діє від вашого імені, має пред'явити вашу підписану заяву до того, як отримати доступ до матеріалів ваших справ або одержати копії документів із матеріалів ваших справ. Місцева соціальна організація не зобов'язана розкривати вам конфіденційні дані, приміром імена осіб, що надали свідчення проти вас, матеріали кримінальних справ, а також деякі медичні дані. Конфіденційні матеріали, які ви не маєте права переглядати або вивчати, не можуть розглядатися під час слухань або використовуватися офіцером зі слухань під час прийняття рішення.

Повістка для свідків або про долучення документів

Ви можете запитати орган з проведення слухань щодо розсилання повісток про долучення до слухання документів або свідків, долучення/виклик яких інакшим чином є неможливим, які мають ключове значення в рамках розгляду вашої справи. Ви маєте запитати про розсилку повісток мінімум за п'ять календарних днів до дати слухань та надати прізвище(-а)/ім'я(-ена) та адресу(-и) особи(-і) або місцезнаходження документів, яких ви бажаєте викликати/долучити до справи.

Під час слухань

Ви можете долучити до участі в слуханні свідків, друзів, родичів або вашого адвоката, які допоможуть вам представити вашу справу. Офіцер зі слухань може обмежити кількість свідків у рамках слухання під час розгляду будь-яких окремих питань через брак місця. Ви та ваш представник матимете право на перегляд доказів, що використовуються під час слухання, представити справу зі своєї точки зору без неналежного втручання, ставити питання та використовувати документи та інші докази на підтримку вашої версії подій та виникнення тих чи інших обставин. Процедура слухання буде ретельно протоколюватися офіцером зі слухань, що має забезпечити вірність фактичних даних. Після прийняття рішення за результатами слухання ви можете отримати безкоштовну копію протоколу, звернувшись з відповідним запитом до Відділу з організації слухань на рівні штату. Офіцер зі слухань вислухає обидві сторони, але не виноситиме рішення під час слухання. Натомість ви отримаєте письмове рішення поштою у листі, надісланому органом зі слухань.

Групові слухання

Bureau of State Hearings (Відділ з організації слухань на рівні штату) може об'єднати декілька запитів про індивідуальні слухання в єдине групове слухання, однак лише за відсутності неузгодженостей на рівні фактів у кожній справі та за умов, якщо всі справи відносяться до схожих питань законодавства рівня штату або федерального рівня, або до питань, які стосуються норм і правил, діючих на рівню округу. І відповідному разі повідомлення про проведення слухання, яке ви отримаєте, мститиме вказівку на включення вашої справи до групового слухання. Ви та ваш представник матимете змогу представити вашу справу окремо та користуватиметесь під час групового слухання такими самими правами, якими ви б користувалися під час індивідуального слухання.

Після слухання

Ви отримаєте рішення за результатами слухання протягом 60 днів від подання запиту про проведення слухання, якщо слухання скликалося стосовно питань, що мали відношення до вашої участі в програмі продуктової допомоги, та протягом 90 днів, якщо спірні питання мали відношення до будь-яких інших програм. Якщо ви не згодні з рішенням, прийнятим за результатами слухання, ви можете подати адміністративну апеляцію згідно з інструкціями, передбаченими в повідомленні про прийняття рішення.

Виконання прийнятого рішення

Якщо рішення, прийняте за результатами слухання, передбачатиме підвищення обсягу продуктової допомоги, допомогу буде збільшено впродовж приблизно 10 днів із дати винесення рішення. Якщо рішення, прийняте по результатах слухання, передбачає скорочення обсягу продуктової допомоги, ви отримаєте зменшену продуктову допомогу наступного разу, коли ви маєте за розкладом отримати продуктову допомогу. У рамках будь-яких інших програм соціальна організація має вжити заходів щодо виконання рішення, прийнятого за результатами слухання, впродовж 15 днів із дати прийняття рішення та, неодмінно, впродовж 90 днів із дати подання вами запиту щодо проведення слухання. Якщо ви вчасно не отримали соціальної допомоги у відповідності з прийнятим рішенням, зверніться до Bureau of State Hearings (Відділу з організації слухань на рівні штату).

Додаткові спірні питання передбачають проведення окремих слухань

Якщо, чекаючи на проведення слухання або на винесення рішення по результатах слухання, ви отримаєте інше повідомлення, яке інформує вас про намір місцевої соціальної організації змінити обсяг соціальної допомоги або послуг, які ви отримувате, ви маєте запитати про окреме слухання, якщо ви не згодні з діями, що передбачаються. Окреме слухання буде проведене згідно з новим повідомленням.