

PROGRAMA DE SUBSÍDIO PARA CUIDADOS INFANTIS DE CIDADE DE RANDOLPH APLICAÇÃO COMPLETA

Obrigado pelo seu interesse em se inscrever no Programa de Subsídio para Cuidados Infantis como parte de um Subsídio do Escritório Executivo de Habitação e Comunidades Habitáveis. A qualificação para este programa é baseada na renda e na residência e, como tal, esta inscrição nos ajudará a garantir que sua família seja elegível.

Algumas coisas a ter em mente ao concluir a inscrição:

- As inscrições são financiadas por ordem de chegada. Candidaturas incompletas serão adiadas.
- A qualificação de renda é baseada no tamanho da família, portanto, esta inscrição deve incluir todos os que moram em sua casa (incluindo avós, outros significativos, etc.)
- Preste atenção especial à lista de anexos no final do aplicativo. Se você não puder fornecer algo listado, entre em contato conosco e faremos o possível para encontrar uma solução alternativa.
- Assim que um pedido for aprovado, você e seu provedor de cuidados infantis serão notificados. Um contrato descrevendo os termos do programa será enviado a ambas as partes. A cobrança da criança aprovada pode começar assim que o contrato assinado for devolvido à Bailey Boyd Associates, Inc.
- O prêmio máximo pode ser de até US\$ 7.000 por criança, embora os prêmios iniciais normalmente variem de US\$ 2.000 a US\$ 3.000.
- As famílias também são obrigadas a contribuir para o custo dos cuidados. O valor é baseado na tabela de co-pagamentos de Educação e Cuidados Infantis de Massachusetts e será listado no contrato.
- Este subsídio não pode ser usado em conjunto com outros subsídios de cuidados infantis. Se você está atualmente recebendo ou recebe financiamento alternativo, você deve nos alertar imediatamente.
- Este aplicativo é **confidencial**. As informações neste formulário serão usadas para determinar a elegibilidade de sua família para fundos de subsídio que estão sujeitos aos regulamentos do HUD e requisitos de renda. O aplicativo será mantido na Bailey Boyd Associates, Inc. e não será compartilhado com as autoridades da cidade. Seu nome será removido do aplicativo antes de qualquer auditoria pelo HUD ou EOHLC.

Se você tiver alguma dúvida, não hesite em entrar em contato.

Carol Bergen
Bailey Boyd Associates, Inc.
P.O. Box 1657
Provincetown, MA
02657
508-430-4499 x5
cbergen@baileyboyd.com
508-430-4498 (fax)

PARTE I: INFORMAÇÕES DA FAMÍLIA.

▪ **Nome dos pais/responsáveis:** _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Email: _____

▪ **Crianças elegíveis**

Nome: _____

Idade: _____ Programa de puericultura: _____

Propinas Mensais no Programa: _____

Nome: _____

Idade: _____ Programa de puericultura: _____

Propinas Mensais no Programa: _____

Nome: _____

Idade: _____ Programa de puericultura: _____

Propinas Mensais no Programa: _____

Nome: _____

Idade: _____ Programa de puericultura: _____

Monthly Tuition Fees at Program: _____

Nome: _____

Idade: _____ Programa de puericultura: _____

Propinas Mensais no Programa: _____

Nome: _____

Idade: _____ Programa de puericultura: _____

Propinas Mensais no Programa: _____

Número de pessoas no domicílio: _____

- Alguma das crianças listadas é elegível para um voucher do Departamento de Educação Infantil e Cuidados de Massachusetts? ___ Sim ___ Não
- Alguma das crianças listadas acima está atualmente recebendo algum outro subsídio ou voucher para creche? ___ Sim ___ Não

Composição da família: Por favor, liste abaixo o chefe de sua família e todos os membros que moram ou viverão em sua casa. Dê a relação de cada pessoa com o chefe da família.

Liste primeiro o chefe da família Nome	Relacionamento com o Chefe	Data de nascimento	empregado/ estudante

- Alguém mora com você agora que não está listado acima? ___ Sim ___ Não
- Alguém planeja morar com você no futuro que não esteja listado acima? ___ Sim ___ Não
- Se for “sim”, por favor, explique _____

PARTE II: CATEGORIA DE RENDA.

1) **CATEGORIA ELEGÍVEL DE RENDA:** Se a sua renda familiar bruta atual estiver dentro das Diretrizes de Limite de Renda do HUD (consulte a tabela de elegibilidade de renda a seguir), você poderá se qualificar como uma família ELEGÍVEL DE RENDA e receber o subsídio. Informações adicionais de renda devem acompanhar esta solicitação. Marque a caixa abaixo e consulte os REQUISITOS DE VERIFICAÇÃO DE RENDA em anexo e continue com as Informações de Renda de Emprego.

RENDA ELEGÍVEL

**Tabela de Elegibilidade de Renda
(80% da Renda Mediana da Área)**

<u>Tamanho da família</u>	<u>Limites de renda</u>
2	\$94,800
3	\$106,650
4	\$118,450
5	\$127,950
6	\$137,450
7	\$146,900
8	\$156,400

PARTE III: INFORMAÇÕES DE RENDA DE TRABALHO. Preencha seja empregado ou autônomo.

• **Você é residente em tempo integral no endereço que digitou na página 1?** ___ Sim ___ Não

• **Parente/Pai** Empregado Desempregado, procurando emprego Estudante

Empregado por: _____

Endereço do empregador: _____

Telefone de Trabalho: _____ Anos trabalhados para o empregador atual: _____

Se empregado em uma base sazonal, forneça datas: _____

• **Parente/Pai #2** Empregado Desempregado, procurando emprego Estudante

Empregado por: _____

Endereço do empregador: _____

Telefone de Trabalho: _____ Anos trabalhados para o empregador atual: _____

Se empregado em uma base sazonal, forneça datas: _____

NOTA: Se houver outros adultos no domicílio atualmente empregados ou recebendo benefícios, forneça detalhes no verso desta folha.

PARTE IV. TOTAIS DE RENDA ANUAL: *Qual é a renda anual bruta de sua família, de todas as fontes? (Incluir todos os empregadores, benefícios, pensões, assistência pública, seguro-desemprego, renda de aluguel, pensão alimentícia, etc. para todos os maiores de 18 anos na família.)*

RENDIMENTO ANUAL

Fonte	Parente	Parente	Outros agregados familiares Membro com 18 anos ou mais	Total
Salário				
Pagamento de hora extra				
Comissões				
Pontas				
Bônus				
Assistência Pública em Dinheiro				
Juros ou Dividendos				
Subsídios de Desemprego				
Segurança Social ou Pensão				
Compensação do Trabalhador				
Pensão ou pensão alimentícia				
Renda				
De outros				
TOTALS	\$	\$	\$	\$

PARTE V: ATIVOS E PASSIVOS.

Bens: (Cheque, Poupança, Mercado Monetário, IRAs, CDs, etc. para todos os maiores de 18 anos na família)
Use o verso da página, se necessário.

Tipo	Valor em dinheiro	Rendimento anual de Ativos	Nome do banco	Número de conta
Checando contas				
Contas Poupança				
CD's				
IRA's				
Stocks				
Seguro de vida				
De Outros				
TOTALS	\$	\$	\$	\$

PARTE VI: CONFLITO DE INTERESSES

Você é funcionário municipal ou funcionário nomeado localmente? Sim Não

Você trabalha como consultor ou agente para a comunidade? Sim Não

Se sim:

1. Título de posição: _____
2. Departamento: _____
3. Como você ficou sabendo deste programa? _____
4. Anote qualquer potencial conflito de interesse e descreva/anexe a resolução: _____

PARTE VII: INFORMAÇÕES VOLUNTÁRIAS SOLICITADAS *Faça cópias adicionais deste formulário ou use o verso da página, se necessário*

As seguintes informações sobre raça, nacionalidade, designação de sexo, estado civil, estado de deficiência e condição de veterano solicitadas nesta solicitação são solicitadas para assegurar ao Governo Federal, agindo por meio do Departamento de Habitação e Desenvolvimento Urbano, que as Leis Federais que proíbem a discriminação contra candidatos a programas ou inquilinos com base em raça, cor, nacionalidade, religião, sexo, situação familiar, idade e deficiência. Embora você não seja obrigado a fornecer essas informações, você é encorajado a fazê-lo.

Forneça essas informações para cada membro de sua família.

Ethnic Category: Hispanic ___ Non-Hispanic ___ Sex: Male ___ Female ___
Race: White ___ Black/African American ___ Asian ___ Asian and White ___ American Indian/Alaskan Native ___ Native Hawaiian/Other Pacific Islander ___ American Indian/Alaskan Native and White ___ Black/ African American and White ___ American Indian/Native Alaskan and Black/ African American ___ Other (Multi-Racial) ___
Check if applicable: U.S. Veteran ___ Female Head of Household ___ Elderly (over 60) ___ Disabled ___.

Ethnic Category: Hispanic ___ Non-Hispanic ___ Sex: Male ___ Female ___
Race: White ___ Black/African American ___ Asian ___ Asian and White ___ American Indian/Alaskan Native ___ Native Hawaiian/Other Pacific Islander ___ American Indian/Alaskan Native and White ___ Black/ African American and White ___ American Indian/Native Alaskan and Black/ African American ___ Other (Multi-Racial) ___
Check if applicable: U.S. Veteran ___ Female Head of Household ___ Elderly (over 60) ___ Disabled ___.

Ethnic Category: Hispanic ___ Non-Hispanic ___ Sex: Male ___ Female ___
Race: White ___ Black/African American ___ Asian ___ Asian and White ___ American Indian/Alaskan Native ___ Native Hawaiian/Other Pacific Islander ___ American Indian/Alaskan Native and White ___ Black/ African American and White ___ American Indian/Native Alaskan and Black/ African American ___ Other (Multi-Racial) ___
Check if applicable: U.S. Veteran ___ Female Head of Household ___ Elderly (over 60) ___ Disabled ___.

Ethnic Category: Hispanic ___ Non-Hispanic ___ Sex: Male ___ Female ___
Race: White ___ Black/African American ___ Asian ___ Asian and White ___ American Indian/Alaskan Native ___ Native Hawaiian/Other Pacific Islander ___ American Indian/Alaskan Native and White ___ Black/ African American and White ___ American Indian/Native Alaskan and Black/ African American ___ Other (Multi-Racial) ___
Check if applicable: U.S. Veteran ___ Female Head of Household ___ Elderly (over 60) ___ Disabled ___.

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE ANEXO DE APLICAÇÃO

Forneça pelo menos um item de cada categoria abaixo. Informações de renda e impostos devem ser compiladas para todos os membros da família com mais de 18 anos de idade.

Prova de endereço:

___ Extrato bancário recente com nome e endereço residencial do solicitante

OU

___ Conta de serviço público recente com nome e endereço residencial do requerente

Declaração de imposto de 2022:

___ Somente declaração de imposto federal de 2022 (Formulário 1040) e Anexo C, se autônomo

Verificação de renda:

___ 8 semanas de contracheques consecutivos mais recentes por pessoa, por trabalho
(Observação: W2s não aceitos)

___ 3 meses de extratos bancários familiares consecutivos mais recentes, se autônomo_

___ Uma carta do seu empregador, em papel timbrado da empresa, informando os salários brutos anuais

___ Se estiver recebendo benefícios, como desemprego, previdência social ou invalidez:
documentação confirmando o valor e em que período os fundos são recebidos.