OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF EDUCATION

# 哥伦比亚特区 (DC) 儿童保育补贴计划

## *家庭申请表*

本申请表适用于申请哥伦比亚特区儿童保育补贴计划的家庭。儿童必须小于 13 岁才符合条件，如果患有残疾，则必须小于 19 岁。家庭可在同一份申请表中为所有符合条件的儿童提出申请。儿童和家庭需要满足一定的标准，例如家庭收入、在哥伦比亚特区居住以及其他要求，才能享有资格。有关资格要求的更多信息，请经 osse.dc.gov/subsidy 查看《哥伦比亚特区儿童保育补贴计划政策手册》。申请人必须尽其所能完成申请，确保所提供的所有信息准确无误且详尽完整。

| **1.申请人信息（必填）。** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **全名：** | | **电子邮箱：** | | |
| **与儿童的关系：** ☐ **父母** ☐ 监护人 ☐ **寄养父母** ☐ **其他** *（请在此说明）*：_____ | | | | |
| **地址：** | **公寓号：** | **城市：** | **州：** | **邮编：** |
| **出生日期：** | **社会保障号 (SSN)（选填）：** | **婚姻状况：** ☐ 单身 ☐ **已婚** ☐ **离异** ☐ 丧偶 | **电话：** | |
| **军人身份：** ☐ **无** ☐ 现役美国军人 ☐ **国民警**卫队或军事预备役 | | | | |
| **种族或民族**（请选择所有适用项）：☐ **西班牙裔/拉丁裔** ☐ **非西班牙裔/非拉丁裔** ☐ **黑人/非裔美国人** ☐ **美洲印第安人/阿拉斯加原住民** ☐ **夏威夷原住民/太平洋**岛民 ☐ 亚裔 ☐ **白人** | | | | |
| **您目前的居住状况**（请选择所有**适**用选项）： | ☐ **自有或租**赁住房 ☐ **住在酒店或汽**车旅馆 ☐ 帐篷露营 ☐ **与朋友或家人一起同住** ☐ 紧急住房或收容所 ☐ **住在**车里 ☐ **我没有住房** ☐ 选择不透露 | | | |
| **主要语言：** | ☐ **英**语 ☐ **粤**语 ☐ **阿姆哈拉**语 ☐ **越南**语 ☐ **西班牙**语 ☐ **中文普通**话 ☐ **法**语 ☐ **其他**：_____ | | | |

| **2.家庭中第二位家长/监护人/配偶的信息（如适用）。** | | | |
|---|---|---|---|
| **全名：** | | **电子邮箱：** | |
| **与儿童的关系：** ☐ 亲生父母 ☐**养父母** ☐继父母 ☐监护人 ☐**其他：** _____ | | | |
| **出生日期：** | **社会保障号 (SSN)（选填）：** | **婚姻状况：** ☐ 单身 ☐ **已婚** ☐ **离异** ☐ 丧偶 | **电话：** |
| **军人身份：** ☐ **无** ☐现役美国军人 ☐**国民**警卫队或军事预备役 | | | |
| **种族或民族**（请选择所有适用项）： ☐ **西班牙裔/拉丁裔** ☐ **非西班牙裔/非拉丁裔** ☐ **黑人/非裔美国人** ☐ **美洲印第安人/阿拉斯加原住民** ☐ **夏威夷原住民/太平洋**岛民 ☐ 亚裔 ☐ **白人** | | | |
| **主要语言：** ☐ **英**语 ☐ **粤**语 ☐ **阿姆哈拉**语 ☐ **越南**语 ☐ **西班牙**语 ☐ **中文普通**话 ☐ **法**语 ☐ **其他：** _____ | | | |

**3.告诉我们关于您所有子女的情况（必填）。** *请提供您所有 18 岁以下受抚养子女的详细信息，无论您是否为该子女申请儿童保育服务。*

| 子女 1 | | |
|---|---|---|
| | **全名：** | **出生日期：** |
| | **性别：** | **SSN** *（选填）：* |
| | **第二位家长的姓名** *（如与上述第 2 项不同）：* | **地址** *（如与申请人不同）：* |
| | **该儿童是否需要儿童保育服务？** ☐ 是 ☐ 否 | **儿童保育提供者的名称** *（如已选定）：* |
| | **请选择所需的保育时间** *(选择所有适用项)*：<br>☐ 全天（每天 6 小时或以上）<br>☐ 白天（每天少于 6 小时） | ☐ 星期一至星期五上午 7 点至下午 6 点<br>☐ 星期一至星期五上午 6 点至上午 9 点<br>☐ 星期一至星期五下午 3 点至 6 点<br>☐ 周末<br>☐ 其他：_____ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 该儿童是否有身体或心理残疾：☐ 是 ☐ 否<br>**如果是，该儿童目前是否有个别化教育计划 (IEP) 或个别化家庭服务计划 (IFSP)？** ☐ 是 ☐ 否 | | | |
| | 该儿童是否处于亲属照料、寄养照护或法院监管下？☐ 亲属照料 ☐ 寄养照护<br>☐ 法院监管 ☐ 不适用 | | | |
| | 该儿童是否参加启蒙计划（Head Start）、早期启蒙计划（Early Head Start）或质量改进网络（QIN）？☐Head Start☐Early Head Start☐QIN☐不适用 | | | |
| | 该儿童的公民/移民身份： | ☐美国公民<br>☐难民 | ☐永久居民<br>☐暂缓驱逐出境<br>☐获准有条件入境 | ☐假释 1 年以上<br>☐受虐待儿童<br>☐其他：_____ |
| | 种族或民族（请选择所有适用项）：☐ 西班牙裔/拉丁裔 ☐ 非西班牙裔/非拉丁裔 ☐ 黑人/非裔美国人 ☐ 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 ☐ 夏威夷原住民/太平洋岛民 ☐ 亚裔 ☐ 白人 | | | |
| | 该儿童的主要语言： | ☐ 英语 ☐ 粤语 ☐ 阿姆哈拉语 ☐ 越南语<br>☐ 西班牙语 ☐ 中文普通话 ☐ 法语 ☐ 其他：_____ | | |
| **子女 2** | **全名：** | | **出生日期：** | |
| | **性别：** | | **SSN** *（选填）：* | |
| | **第二位家长的姓名** *（如与上述第 2 项不同）：* | | **地址** *（如与申请人不同）：* | |
| | 该儿童是否需要儿童保育服务？<br>☐ 是 ☐ 否 | | **儿童保育提供者的名称** *（如已选定）：* | |
| | **请选择所需的保育时间** *(选择所有适用项)*：<br>☐ 全天（每天 6 小时或以上）<br>☐ 白天（每天少于 6 小时） | ☐ 星期一至星期五上午 7 点至下午 6 点<br>☐ 星期一至星期五上午 6 点至下午 9 点<br>☐ 星期一至星期五下午 3 点至下午 6 点 | ☐ 周末<br>☐ 其他：<br>_____ | |
| | 该儿童是否有身体或心理残疾：☐ 是 ☐ 否<br>**如果是，该儿童是否有 IEP 或 IFSP？** ☐ 是 ☐ 否 | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 该儿童是否处于亲属照料、寄养照护或法院监管下？☐ 亲属照料 ☐ 寄养照护<br>☐ 法院监管 ☐ 不适用 | | | |
| | 该儿童是否参加启蒙计划（Head Start）、早期启蒙计划（Early Head Start）或质量改进网络（QIN）？☐Head Start☐Early Head Start☐QIN☐不适用 | | | |
| | **种族或民族**（选择所有适用项）：☐ 西班牙裔/拉丁裔 ☐ 非西班牙裔/非拉丁裔 ☐ 黑人/非裔美国人 ☐ 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 ☐ 夏威夷原住民/太平洋岛民 ☐ 亚裔 ☐ 白人 | | | |
| | 该儿童的公民/移民身份： | ☐美国公民<br>☐难民 | ☐永久居民<br>☐暂缓驱逐出境<br>☐获准有条件入境 | ☐假释 1 年以上<br>☐受虐待儿童<br>☐其他 _____ |
| | 该儿童的主要语言：☐ 英语 ☐ 粤语 ☐ 阿姆哈拉语 ☐ 越南语 ☐ 西班牙语 ☐ 中文普通话 ☐ 法语 ☐ 其他：_____ | | | |
| **子女 3** | **全名**： | | **出生日期**： | |
| | **性别**： | | **SSN**（*选填*）： | |
| | **第二位家长的姓名**（*如与上述第 2 项不同*）： | | **地址**（*如与申请人不同*）： | |
| | 该儿童是否需要儿童保育服务？<br>☐ 是 ☐ 否 | | **儿童保育提供者的名称**（*如已选定*）： | |
| | **请选择所需的保育时间**（*选择所有适用项*）：<br>☐ 全天（每天 6 小时或以上）<br>☐ 白天（每天少于 6 小时） | ☐ 星期一至星期五上午 7 点至下午 6 点<br>☐ 星期一至星期五上午 6 点至上午 9 点<br>☐ 星期一至星期五下午 3 点至下午 6 点 | ☐ 周末<br>☐ 其他：<br>_____ | |
| | 该儿童是否有身体或心理残疾：☐ 是 ☐ 否<br>**如果是，该儿童是否有 IEP 或 IFSP？**☐ 是 ☐ 否 | | | |
| | 该儿童是否处于亲属照料、寄养照护或法院监管下？☐ 亲属照料 ☐ 寄养照护<br>☐ 法院监管 ☐ 不适用 | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **该儿童是否参加启蒙计划（Head Start）、早期启蒙计划（Early Head** | | | |
| | **该儿童的公民/移民身份：** | ☐美国公民<br>☐难民 | ☐永久居民<br>☐暂缓驱逐出境<br>☐获准有条件入境 | ☐假释 1 年以上<br>☐受虐待儿童<br>☐其他：_____ |
| | **种族或民族**（选择所有适用项）：☐ 西班牙裔/拉丁裔 ☐ 非西班牙裔/非拉丁裔 ☐ 黑人/非裔美国人 ☐ 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 ☐ 夏威夷原住民/太平洋岛民 ☐ 亚裔 ☐ 白人 | | | |
| | **该儿童的主要语言：** | ☐ 英语 ☐ 粤语 ☐ 阿姆哈拉语 ☐ 越南语<br>☐ 西班牙语 ☐ 中文普通话 ☐ 法语 ☐ 其他：_____ | | |
| **子女 4** | **全名：** | | **出生日期：** | |
| | **性别：** | | **SSN** *（选填）：* | |
| | **第二位家长的姓名** *（如与上述第 2 项不同）*： | | **地址** *（如与申请人不同）：* | |
| | **该儿童是否需要儿童保育服务？**<br>☐ 是 ☐ 否 | | **儿童保育提供者的名称** *（如已选定）：* | |
| | **请选择所需的保育时间** *(选择所有适用项)*：<br>☐ 全天（每天 6 小时或以上）<br>☐ 白天（每天少于 6 小时） | ☐ 星期一至星期五上午 7 点至下午 6 点<br>☐ 星期一至星期五上午 6 点至上午 9 点<br>☐ 星期一至星期五下午 3 点至下午 6 点 | ☐ 周末<br>☐ 其他：_____ | |
| | **该儿童是否有身体或心理残疾：☐ 是 ☐ 否**<br>**如果是，该儿童是否有 IEP 或 IFSP？☐ 是 ☐ 否** | | | |
| | **该儿童是否处于亲属照料、寄养照护或法院监管下？☐** 亲属照料 ☐ **寄养照**护<br>☐ **法院**监管 ☐ **不适用** | | | |
| | **该儿童是否参加启蒙计划（Head Start）、早期启蒙计划（Early Head Start）或质量改进网络（QIN）？**☐Head Start☐Early Head Start☐QIN☐不适用 | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **该儿童的公民/移民身份：** | ☐**美国公民**<br>☐难民 | ☐**永久居民**<br>☐暂缓驱逐出境<br>☐获准有条件入境 | ☐**假释 1 年以上**<br>☐**受虐待儿童**<br>☐**其他**：_____ |
| | **种族或民族**（选择所有适用项）：☐ **西班牙裔/拉丁裔** ☐ **非西班牙裔/非拉丁裔** ☐ **黑人/非裔美国人** ☐ **美洲印第安人/阿拉斯加原住民** ☐ **夏威夷原住民/太平洋**岛民 ☐ 亚裔 ☐ **白人** | | | |
| | **该儿童的主要语言：** ☐ **英**语 ☐ **粤**语 ☐ **阿姆哈拉**语 ☐ **越南**语 ☐ **西班牙**语 ☐ **中文普通**话 ☐ **法**语 ☐ **其他**：_____ | | | |

*如果您还有其他 18 岁以下的子女，请另行打印第 3 **部分，列出所有子女，并将所有申**请表一并附上。*

**4.您申请儿童保育补贴的原因是什么（必填）？** *（请勾选所有适用项。有关每个类别的更多信息，请经 [osse.dc.gov/subsidy](osse.dc.gov/subsidy) 参阅《哥伦比亚特区儿童保育补贴计划政策手册》。）*

☐ 我在工作
☐ 我在参加职业培训计划
☐ 我在接受教育
☐ 我在寻找工作
☐ 我是贫困家庭临时援助 (TANF) 的受助人或 TANF 受益人
☐ 我参与补充营养援助计划就业和培训 (SNAP E&T) 计划
☐ 我的孩子正在接受保护服务（受保护监督的儿童、寄**养**儿童、父母受哥伦比亚特区儿童和家庭服务管理机**构** [CFSA] 监护的儿童）
☐ 我的孩子患有残疾
☐ 我的孩子参加**启**蒙计划、早期**启**蒙计划或质量改进网络（QIN）
☐ 我是一名青少年家长
☐ 我有身体或心理残疾
☐ 我/我的孩子正在经历无家可归的状况
☐ 我是年长监护人/看护人
☐我/我的孩子正在遭受家庭暴力/家暴
☐ 我正在参加戒瘾康**复**计划

**5. 告诉我们您的工作、教育或职业培训项目情况（如适用）。**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **雇主名称或教育或培**训项目名称： | | **电话：** | **是否自雇：**<br>☐ 是 ☐ 否 | |
| **您**是否在由州教育厅长办公室 **(OSSE)** 颁发执照的儿童发展设施工作：<br>☐ 是 ☐ 否 | | **设施执照编号：** | | |
| **地址：** | **公寓号：** | **城市：** | **州：** | **邮编：** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **其他雇主或项目名称：** | | **电话：** | **是否自雇：**<br>☐ 是 ☐ 否 | |
| **地址：** | **公寓号：** | **城市：** | **州：** | **邮编：** |
| **6.请告诉我们您家庭中第二位家长/配偶的工作/教育情况（如适用）。** | | | | |
| **雇主或项目名称：** | | **电话：** | **是否自雇：**<br>☐ 是 ☐ 否 | |
| 第二位家长/配偶是否在 **OSSE** 颁发执照的儿童发展设施工作：☐ 是 ☐ 否 | | **设施执照编号：** | | |
| **地址：** | **公寓号：** | **城市：** | **州：** | **邮编：** |
| **7.请告诉我们您的家庭收入和资产情况（必填）。** | | | | |
| **您的家庭是否拥有超过一百万美元（$1,000,000）的资产（即房地产、银行账户）？**<br><br>☐ 是 ☐ 否 | | | | |
| **您或您家庭中的任何人是否接受以下福利：** ☐补充营养援助计划 (SNAP)☐TANF☐ 住房券 ☐ 其他联邦现金收入计划（例如补充保障收入 [SSI]）☐ 失业保险 ☐不适用 | | | | |
| ***如果需要儿童保育服务的儿童处于保护服务之下、父母为青少年父母、无家可归、参加启蒙计划/早期启蒙计划/QIN、生活在遭受家庭暴力的家庭中，或父母/监护人有残疾，则无需填写以下信息。*** | | | | |

| **收入类型（请提供所有适用项）** | **就业期** | **工资支付频率** | **每次工资支付的总金额** |
|---|---|---|---|
| 父母/监护人收入（包括薪水或工资、定期收到的佣金和小费以及自雇净收入） | ☐ 10 个月<br>☐ 12 个月<br>☐<br>其他：_____ | ☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每两个月<br>☐ 每月 ☐ 其他：_____ | $ |
| 第二位家长/监护人的收入 | ☐ 10 个月<br>☐ 12 个月<br>☐ | ☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每两个月<br>☐ 每月 ☐ 其他：_____ | $ |
| 来自股息、利息、净租金收入、遗产、信托和特许权使用费的定期现金收入 | | ☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每两个月<br>☐ 每月 ☐ 其他：_____ | $ |
| 教育补助金中专门用于生活开支的部分 | | ☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每两个月<br>☐ 每月 ☐ 其他：_____ | $ |

| | | |
|---|---|---|
| 养老金和退休福利 | ☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每两个月<br>☐ 每月 ☐ 其他：_____ | $ |
| 赡养费 | ☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每两个月<br>☐ 每月 ☐ 其他：_____ | $ |
| | **总计** | $ |

**您是否证明您的家庭没有从上述任何来源获得收入？** ☐ **是** ☐ **否** **不适用**

**8.您家中是否有其他受抚养人未在上方列出（如适用）？**

| | |
|---|---|
| **受抚养人 1 全名：** | **出生日期：** |
| **关系：** | |
| **受抚养人 2 全名：** | **出生日期：** |
| **关系：** | |
| **受抚养人 3 全名：** | **出生日期：** |
| **关系：** | |

**9.上门保育人员信息（仅在申请上门服务时填写）。**

| | |
|---|---|
| **法定全名：** | **出生日期：** |
| **地址：** | **电话号码：** |

**认明（必填）。** *请在请在**每**项旁签写姓名首字母。*

签署本证明部分，即表示我**确**认我了解以下规定：

| | |
|---|---|
| | 我将在规定的时间内完成资格**确**定/重新**确**定过程，包括填写申请表并提供**适**当的证明文件以**确**认上述报告信息。 |
| | 我授权资格审查工作人员获取任何必要的核实信息，以**确**定和审查财务资格和儿童保育需求。本授权包括发布有**关**我的就业或教育/职业培训计划、收入和住所方面的信息。 |
| | 我理解，在孩子入托期间，即使在孩子缺席的日子，我都有责任直接向儿童保育提供者支付所有共付额。 |

| | |
|---|---|
| | 我已了解缺勤政策，并明白我必须向儿童保育提供者提供有故缺勤证明。 |
| | 我理解我需要每 12 个月（除非另有说明）完成一次资格审查，以确定孩子是否仍然有资格接受补贴儿童保育 |
| | 如果我的居住地迁出哥伦比亚特区，工作、教育或培训参与情况发生任何非暂时性变化（按计划政策定义），或我的家庭收入超过州中位收入（SMI）的 85%，天数超过 90 天，我将在 10 个日历日内向我的资格审查工作人员报告所提交信息的任何变更情况。 |
| | 如果我的孩子不再入托该设施，我将以书面形式通知儿童保育提供者。 |
| | 我理解，如果我的孩子不再入托某设施，我必须在三天内向公众服务部 (DHS) 或 OSSE 报告。 |
| | 我证明，据我所知，本申请表中的信息正确无误。 |
| | 我知道，在本申请表中故意做出虚假或误导性陈述，可能会被处以最高 1,000 美元罚款、最高 180 天监禁，或两者并罚。 |

**申请父母/监护人签名：** _____ **日期：** _____

**填完本申请表后，请按照以下步骤操作。**

1. **收集**证明文件以证明您的资格。您可以经 OSSE **网站**：www.osse.dc.gov/childcaresubsidyfaq 查阅可接受文件的完整清单
2. 将此表申请表和证明文件提交至**您**选择的二级提供者或以下 DHS 地点之一。二级提供者名单请参见：www.osse.dc.gov/publication/child-care-intake-eligibility-sites

**DHS Congress Heights 服务中心**
4049 South Capitol St. SW
星期一至星期五：上午 7:30 至下午 4:45
**星期一/二/三可直接前往**
**星期四和五需**预约
*最后一个可预约时间为下午 3:30*

**DHS Taylor 街服务中心**
1207 Taylor St. NW
星期一至星期五：上午 7:30 至下午 4:45
*仅限预约*
*预约电话 (202) 576-8776*

**弗吉尼亚 Williams 服务中心**
*64 New York Ave.NE*
星期一和三：上午 8:30 至下午 4:30
*仅限无家可归的家庭*
*预约电话 (202) 727-7659*

3. **一旦**获得批准，请在孩子入托第一天将资格审查工作人员提供给您的入托申请表交至您孩子所在的儿童保**育提供者**处。提供者将完成最后文书工作并将其提交至

**仅供办公使用**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **年总收入：$** | | **家庭人数：** | **受抚养人人数：** |
| **子女 1** | **共付额：** $ | **其他费用** $ | **是否免除共付额？** ☐ 是 ☐ 否 |
| **子女 2** | **共付额：** $ | **其他费用** $ | |
| **父母共付额总计** | **每日：** $ | **每周：** $ | |
| **初步裁定：** ☐ | ☐ **不符合**资格：（原因） | | |

**我特此**证明，我已与申请人讨论权利和责任，并且申请人已签字确认其理解。

**资格审查工作人员姓名**：_____**签名**：_____**日期**：_____

如果家庭对与儿童保育补贴裁定相**关**的决定持有**异**议，家庭有权按照以下**步**骤就该决定提出上诉：

- **一级解决尝试：** 家属可以在做出不利判决后的 15 个日历日内提交书面请求，申请上诉。该请求应向 DHS CCSD 或二级儿童保育提供者提出，然后会安排一次面对面或虚拟会议。
- **二级解决尝试：** 如果家庭对会议结果不满意，可以在上诉决定作出后五天内请求将上诉上报至 OSSE 进行审查。
- **三级解决尝试：** 如果家庭对 OSSE 的审查结果不满意，可以在决定作出后五天内向行政听证办公室 (OAH) 提交上诉请求。有**关**如何提起上诉的信息可在 OAH 网站 (oah.dc.gov) 查看。在公平听证会期间，(1) **您**有权由法律顾问或非哥伦比亚特区雇员的非专业人士代表；(2) **您**可以带证人为您作证；(3) 与听证会相**关**的合理费用，例如**您**或**您**证人的交通费用，将由哥伦比亚特区政府支付；(4) 我们可以为**您**提供法律服务。

如果未能遵守以下管理儿童保育服务的法律和法规，可能会导致终止服务，包括 1979 年 9 月 19 日生效的 1979 年《日托政策法案》（《哥伦比亚特区法》（D.C. Law）第 3-16 节；经修订《哥伦比亚特区法典》(D.C. Code) 第 3-301 节及其后章节）；于 1989 年 1 月 6 日生效的 1988 年《儿童保育服务援助基金法》（《哥伦比亚特区法》第 7-220 节）；现行《儿童保育发展基金州计划》；《儿童保育补贴资格手册》。