

**Municípios de Oak Bluffs, Tisbury,  
Chilmark, Edgartown, West Tisbury &  
Aquinnah Programa subsidiado para  
Creches**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO  
COMPLETO**

Obrigado pelo seu interesse em participar do Child Care Program como parte do Executive Office of Housing and Habitable Communities Executive. Os requisitos de elegibilidade para este programa são baseados em sobre renda e residência, portanto, este formulário nos ajudará a avaliar se sua família se qualifica.

Quanto ao preenchimento deste formulário, é necessário que você preste atenção nos seguintes itens:

- As inscrições serão avaliadas por ordem de chegada; formulários incompletos sofrerão atraso.
- A qualificação de renda é baseada na renda familiar, portanto, neste formulário de inscrição devem constar todos os indivíduos que vivem em sua casa (incluindo avós, namorados que vivem juntos, etc...)
- Preste atenção especialmente nos anexos que estão no final do formulário. Se estiver impossibilitado de fornecer algo requerido na lista, favor entrar em contato conosco, pois faremos o possível para conseguir uma solução.
- Uma vez que o formulário tiver sido aprovado, você e a sua creche serão notificados. Um contrato com o resumo dos termos do programa serão enviados às duas partes interessadas. Um pagamento referente à criança poderá ter início assim que o formulário assinado seja retornado ao Bailey Boyd Associates, Inc.
- O valor subsidiário máximo concedido a cada criança será de \$7,000, apesar do valor concedido depender da idade da criança e do custo da creche.
- É imprescindível que a família também contribua para os custos referentes aos cuidados com a criança. A quantia será baseada no quadro de co-participação do Massachusetts Early Education and Care, o que será devidamente especificado no contrato.
- Há a possibilidade deste subsídio não poder ser usado em conjunto com outros subsídios destinados a creches. Se você atualmente está recebendo ou está participando de algum fundo alternativo, favor nos informar.
- O formulário é confidencial. As informações contidas neste formulário serão usadas para determinar se sua família se qualifica para receber os subsídios os quais estão sujeitos aos regulamentos do HUD, bem como aos requisitos da renda. O formulário será mantido na Bailey Boyd Associates, Inc e não será partilhado com os oficiais da prefeitura. Seu nome será removido do formulário antes de qualquer auditoria da HUD ou EOHL.

Em caso de dúvida, favor entrar em contato conosco.

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

## PART 1 – INFORMAÇÕES DA FAMÍLIA

- **Pais ou guardião – Nome:** \_\_\_\_\_.

Endereço: \_\_\_\_\_.

Endereço para correspondência: \_\_\_\_\_.

Telefone: (Dia) \_\_\_\_\_ (noite) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_.

- **Criança qualificada: (Entre as crianças adicionais no verso)**

**Nome:** \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Programa de Creche: \_\_\_\_\_

Valor mensal do programa da Creche: \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Programa de Creche: \_\_\_\_\_

Valor mensal ao programa da Creche: \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Programa de Creche: \_\_\_\_\_

Valor mensal ao programa da Creche: \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Programa de Creche: \_\_\_\_\_

Valor mensal ao programa da Creche: \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Programa de Creche: \_\_\_\_\_

Valor mensal ao programa da Creche: \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Programa de Creche: \_\_\_\_\_

Valor mensal ao programa da Creche: \_\_\_\_\_

**Número de pessoas na família:** \_\_\_\_\_

- Alguma das crianças acima listadas estão qualificadas para o Massachusetts Department of Early Education (Departamento de Ensino Precoce) e Care voucher?  Sim  Não
- Alguma das crianças listadas acima estão atualmente recebendo qualquer outro subsídio para creche ou algum voucher?  Sim  Não

**NÚMERO DE PESSOAS NA FAMÍLIA:** Favor listar abaixo o responsável pela família e todos os membros que moram ou que morarão em sua casa.

Liste primeiro o responsável. Nome	Parentesco com o responsável	Data de nascimento	Trabalha/Estuda

- Tem alguém que mora com você agora que não está listado acima?  Sim  Não
- Tem alguém que pretende morar com você no futuro e que não está listado acima?  Sim  Não
- Se você respondeu “sim” para algumas das perguntas acima favor explicar: \_\_\_\_\_

---

**PARTE II – CATEGORIA SALARIAL:** Favor marcar se for apropriado.

1) **Categoria de qualificação salarial:** Se o total da sua renda familiar bruta, se encaixar nas diretrizes de limite de renda do HUD (veja o quadro de qualificação salarial abaixo), você poderá se classificar como família de RENDA QUALIFICADA e receber o programa de subsídio de verão. Informações adicionais de renda deverão acompanhar este formulário. Favor checar o quadro abaixo e consultar o REQUERIMENTO DE VERIFICAÇÃO SALARIAL, e continuar com a informação de renda salarial.

■ **RENDA QUALIFICADA**

**Gráfico para Qualificação de Renda**

<u>Tamanho da família</u>	<u>Limite de Renda</u>
1	\$70,150
2	\$80,150
3	\$90,150
4	\$100,150
5	\$108,200
6	\$116,200
7	\$124,200
8	\$132.,200

**PARTE III – Informação Salarial–** Completar se for empregado ou se trabalhar por conta própria .

- **Você reside no endereço da página 1 o ano inteiro?**  Sim  Não
- **Pais/Guardião**  Empregado  Desempregado/Procurando emprego  Estudante tempo integral

Empregador: \_\_\_\_\_

Endereço do empregador: \_\_\_\_\_

Telefone do trabalho: \_\_\_\_\_ Anos de serviço para este empregador \_\_\_\_\_

Se trabalhar somente sazonalmente, favor indicar as datas: \_\_\_\_\_

**Pais/Guardião n° 2**  Empregado -  Desempregado/Procurando emprego -  Estudante tempo integral

Empregador: \_\_\_\_\_

Endereço do empregador: \_\_\_\_\_

Telefone do trabalho: \_\_\_\_\_ Anos de serviço para este empregador \_\_\_\_\_

Se trabalhar somente sazonalmente, favor indicar as datas: \_\_\_\_\_

**Nota: Se houver outros adultos na família atualmente empregados ou recebendo benefícios favor fornecer os detalhes no verso desta folha.**

**PART IV: TOTAL DA RENDA ANUAL:** Qual a sua renda bruta anual? (Favor incluir todos os empregadores, benefícios, pensões, assistência pública, auxílio desemprego, renda proveniente de aluguel, auxílio criança, etc, para todas as pessoas da família acima de **18** anos de idade).

**RENDA ANUAL**

PROVENIÊNCIA	PAIS/GUARDIÃO	PAIS/GUARDIÃO	OUTRO MEMBRO DA FAMÍLIA – 18 ANOS DE IDADE OU ACIMA	TOTAL
Salário				
Horas extras				
Comissões				
Gorjetas				
Bônus				
Assistência pública em dinheiro				
Juros e/ou dividendos				
Auxílio desemprego				
Social Security/Fundos de aposentadoria, etc				
Compensação trabalhista, etc				
Pensão alimentícia/auxílio criança				
Renda Líquida de alugueis				
Outros (descrever)				
<b>Total</b>	\$	\$	\$	\$

**PARTE V: BENS E RESPONSABILIDADES.** Completar como requerido.

BENS (Conta corrente, Poupança, Money Market, IRA's CD's, etc. para todos os membros da família acima de **18** anos de idade) Usar o verso da folha se necessário.

TIPO	VALOR EM DINHEIRO	RENDA ANUAL PROVENIENTE DOS BENS	NOME DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA	NÚMERO DA CONTA
Conta(s) corrente(s)				
Poupança(s)				
CD's				
IRA's				
Ações				
Seguro de Vida				
Outros(descrever)				
<b>TOTAL</b>	\$	\$	\$	\$

**PARTE VI: CONFLITOS DE INTERESSES**

Você é um empregado municipal ou um oficial nomeado?  Sim  Não

Você trabalha como consultor ou representante comunitário?  Sim  Não

Se as respostas foram “sim”:

1. Posição titular: \_\_\_\_\_

2. Departamento: \_\_\_\_\_

3. Como você ficou sabendo deste programa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Mencione qualquer conflito de interesses e descreva/anexar a resolução: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PARTE VII: REQUISIÇÃO DE INFORMAÇÕES VOLUNTÁRIAS.** Faça cópias destes formulários ou use o verso desta folha caso necessário.

**As informações seguintes, referentes a raça, nacionalidade, orientação sexual, estado civil, incapacidades, e estado de veterano, solicitadas neste formulário são requisitadas para que o Governo Federal, agindo através do departamento de Moradia e Desenvolvimento Urbano, assegure que as Leis Federais, proibindo discriminação contra os programas ou inquilinos inscritos com base em raça, cor, nacionalidade, religião, sexo, idade e incapacidades, sejam cumpridas. Apesar de você não ter a obrigação de fornecer estas informações, nós o encorajamos a fazê-lo.**

**Favor fornecer estas informações para cada membro da família.**

<p><b>Etnia:</b> Hispânica _____ Não hispânica _____ Sexo: Masculino _____ Feminino _____</p> <p><b>Raça:</b> Branca _____ Negra/Africana-Americana _____ Asiática _____ Asiática e Branca _____</p> <p>_____ Índio Americana/Nativo do Alaska _____ Nativo do Havai/Outras ilhas do Pacífico _____ Índio Americana/Nativo do Alaska e Branca _____ Negra/Africana Americana e Branca _____ Índio Americana/Nativo do Alaska e Negra _____</p> <p>_____ Outra (multi racial) _____</p> <p><b>Marque se aplicável:</b> Veterano Americano _____ Responsável pela família do sexo feminino _____ Idoso (acima de 60 anos de idade) _____ Com necessidades especiais _____</p>
<p><b>Etnia:</b> Hispânica _____ Não hispânica _____ Sexo: Masculino _____ Feminino _____</p> <p><b>Raça:</b> Branca _____ Negra/Africana-Americana _____ Asiática _____ Asiática e Branca _____</p> <p>_____ Índio Americana/Nativo do Alaska _____ Nativo do Havai/Outras ilhas do Pacífico _____ Índio Americana/Nativo do Alaska e Branca _____ Negra/Africana Americana e Branca _____ Índio Americana/Nativo do Alaska e Negra _____</p> <p>_____ Outra (multi racial) _____</p> <p><b>Marque se aplicável:</b> Veterano Americano _____ Responsável pela família do sexo feminino _____ Idoso (acima de 60 anos de idade) _____ Com necessidades especiais _____</p>
<p><b>Etnia:</b> Hispânica _____ Não hispânica _____ Sexo: Masculino _____ Feminino _____</p> <p><b>Raça:</b> Branca _____ Negra/Africana-Americana _____ Asiática _____ Asiática e Branca _____</p> <p>_____ Índio Americana/Nativo do Alaska _____ Nativo do Havai/Outras ilhas do Pacífico _____ Índio Americana/Nativo do Alaska e Branca _____ Negra/Africana Americana e Branca _____ Índio Americana/Nativo do Alaska e Negra _____</p> <p>_____ Outra (multi racial) _____</p> <p><b>Marque se aplicável:</b> Veterano Americano _____ Responsável pela família do sexo feminino _____ Idoso (acima de 60 anos de idade) _____ Com necessidades especiais _____</p>

**Etnia:** Hispânica \_\_\_\_\_ Não hispânica \_\_\_\_\_      **Sexo:** Masculino \_\_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_\_

**Raça:** Branca \_ Negra/Africana-Americana      Asiática \_ Asiática e Branca

\_\_\_\_\_ Índio Americana/Nativo do Alaska      \_ Nativo do Havai/Outras ilhas do Pacífico      Índio Americana/Nativo do Alaska e Branca \_ Negra/Africana Americana e Branca \_ Índio Americana/Nativo do Alaska e Negra \_  
\_ Outra (multi racial) \_\_\_\_\_

**Marque se aplicável:** Veterano Americano      Responsável pela família do sexo feminino \_\_\_\_\_ Idoso (acima de 60 anos de idade)      \_ Com necessidades especiais \_\_\_\_\_

### **PART VIII – VERACIDADE DA DECLARAÇÃO**

**Eu/Nós certificamos que todas as informações fornecidas, com a finalidade de obter assistência do Programa de Subsídios para Creches, são verdadeiras.**

---

Pais/Guardiões

data

---

Pais/Guardiões

data

(Se aplicável)



## ANEXO DO FORMULÁRIO - LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Favor enviar pelo menos um item de cada categoria abaixo. Informações de renda e impostos devem ser fornecidas para cada membro da família acima de 18 anos de idade.

### Comprovante de residência:

\_\_\_\_\_ Extrato bancário com o nome do requerente e endereço residencial

\_\_\_\_\_ Conta (água, luz ou telefone etc) com o nome do requerente e endereço residencial

### Declaração do Imposto de Renda de 2022:

\_\_\_\_\_ Declaração do Imposto de renda federal (Incluindo o formulário 1040) e Schedule C, se

### Verificação de renda:

\_\_\_\_\_ Contra cheques de 8 semanas consecutivas mais recentes por pessoa, por emprego (**Nota:** Não aceitamos W-2s)

\_\_\_\_\_ 3 meses de declarações mais recentes bancárias pessoais se trabalhadores por conta própria

\_\_\_\_\_ Uma carta de seu empregador, redigida em papel timbrado, declarando renda anual bruta

\_\_\_\_\_ Se estiver recebendo benefícios, como auxílio desemprego, social security, ou auxílio para necessidades especiais: Documentação confirmando o total e o período que os fundos estão sendo recebidos.