



Sua família pode se qualificar para receber **cuidados infantis de baixo custo ou gratuitos!**

O Programa de Cuidados Infantis Financeiramente Viáveis (CCAP, Child Care Affordability Program) permite que você escolha provedores de cuidados infantis de sua confiança, a um custo acessível ou gratuitamente.



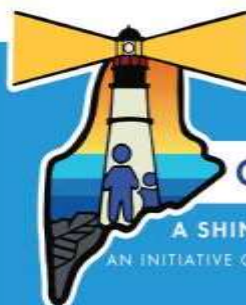
Requisitos para a qualificação:

- Pais, mães e responsáveis devem ter emprego estável, ser estudantes, estar realizando treinamento profissional ou ter status de aposentadoria
- A família deve atender aos requisitos de renda (igual ou inferior a 85% da renda da mediana principal)

Veja se você se qualifica!

Para obter mais informações ou se inscrever, acesse bit.ly/MaineCCAP

Department of Health & Human Services —
Office of Child & Family Services
1-877-680-5866 ou (207) 624-7999 (segunda a
sexta, das 8h às 17h)
ccap.dhhs@maine.gov



Child Care Affordability Program

A SHINING PATH FOR CHILDREN'S FUTURES
AN INITIATIVE OF THE MAINE DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES



Programme d'accessibilité aux soins pour enfants (CCAP) – Demande

Les paiements aux fournisseurs de soins dans le cadre du programme d'accessibilité aux soins pour enfants couvrent les services fournis entre la date de début et la date de fin indiquées dans la lettre d'attribution. Le parent est responsable du paiement pour tous les soins utilisés avant la délivrance d'une attribution.

Pour traiter la demande :

- Écrivez clairement et lisiblement à l'encre noire.
- Soumettez une demande complétée et signée. Répondez à toutes les questions.
- Veuillez soumettre une copie de toute la documentation requise (voir ci-dessous).
- Les demandes incomplètes subiront un retard dans le traitement.
- Pour des questions concernant ce programme et/ou la demande, envoyez un courriel à ccap.dhhs@maine.gov ou appelez le 624-7999.
- Si vous souhaitez des informations sur les évaluations du suivi du développement, veuillez visiter le lien suivant : <https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/screening.html>.

Documentation requise :

Pour tous les adultes dans le foyer responsables des enfants (incluez conjoint, partenaire, etc.).

Preuve de la citoyenneté pour les enfants (certificat de naissance (copie délivrée par l'État), passeport, documents d'immigration ou de naturalisation).* Les cartes de sécurité sociale ne sont pas acceptées comme preuve de citoyenneté.

Preuve de résidence pour le demandeur principal (permis de conduire avec adresse physique, contrat de location, déclaration hypothécaire, carte grise de voiture, permis de chasse/pêche, factures de services (électricité, eau, gaz) datées de moins d'un an avant la soumission).

*Les factures de téléphone et/ou internet ne sont pas acceptées comme preuve de résidence.

Fournissez l'emploi du temps officiel de l'école pour les parent(s) (si applicable). Les programmes de niveau maîtrise ou doctorat ne sont pas acceptés.

Pour chaque étudiant ; fournir un emploi du temps de cours officiel actuel indiquant le nom de l'institution, le nom de l'étudiant, les jours et heures de classe, les dates du semestre, et les heures de crédit, la lettre d'aide financière et la facture des frais scolaires. Veuillez joindre une feuille séparée avec toutes les informations ci-dessus pour chaque adulte supplémentaire participant à un programme d'éducation ou de formation professionnelle.

Vérification des revenus

Fiches de paie (**les 4 semaines** les plus récentes, datées de moins de 60 jours avant la soumission) **OU** fiche d'informations sur l'emploi (si vous recevez des salaires avec pourboires/commissions/bonus, vous devez fournir des fiches de paie).

Travailleur indépendant : copie complète la plus récente de la déclaration fiscale à l'IRS **OU** dernier relevé de profits et pertes mensuel.

Documentation sur la garde ou la pension alimentaire concernant les enfants (si applicable) Copie complète de l'accord/calendrier de garde ordonné par le tribunal et documentation modalités de la pension alimentaire, ordre administratif ou volontaire d'attribution de pension alimentaire concernant les enfants émis par la Division de l'exécution et du recouvrement des pensions alimentaires, documentation volontaire indiquant le calendrier de garde et les modalités de pension alimentaire.

Fiche d'information du fournisseur complétée par le fournisseur de soins pour enfants.

Foyer à deux parents, un parent handicapé (si applicable) Lettre de handicap documentée de l'administration de la Sécurité sociale et une note du médecin indiquant le handicap empêchant cette personne de s'occuper des enfants.

Tous les revenus non gagnés (si applicable) (lettre d'attribution de la Sécurité sociale, lettre d'attribution SSI pour enfants, subvention TANF uniquement pour enfants, déclaration de pension/retraite/pension alimentaire, soutien aux enfants, aide financière, avantages militaires, etc.).

Documentation des besoins spéciaux déterminée par un professionnel qualifié (si applicable).



ÉTAT DU MAINE DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
Bureau des services à l'enfant et à la famille

Demande de programme d'accessibilité aux soins pour enfants

Page 1

SECTION 1 : Informations sur le(s) demandeur(s)			
1. Nom du demandeur principal (Adulte demandeur) :		Date de naissance :	
Adresse électronique :		4 derniers chiffres du n° de sécurité sociale :	
Téléphone fixe :		Téléphone portable :	
Genre :	Langue principale :	Race :	
Origine hispanique ou latino : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Traducteur nécessaire ? <input type="checkbox"/>		
Êtes-vous un tuteur légal désigné par un tribunal ? <input type="checkbox"/> Oui (si oui, joindre une preuve de tutelle légale) <input type="checkbox"/> Non			
2. Adresse physique : *Preuve de résidence nécessaire pour le demandeur principal			
Adresse :			
Ville :	État :	Code postal :	Comté :
3. Adresse postale : (si différente de celle ci-dessus)			
Adresse postale/Boîte postale :			
Ville :	État :	Code postal :	Comté :

SECTION 2 : DOIT INCLURE TOUS les autres membres du foyer (enfants, conjoint, partenaire, etc.)			
4. Nom :		Date de naissance :	
Êtes-vous citoyen américain ou un étranger qualifié ? <input type="checkbox"/> Oui (si oui, joindre la documentation pour les enfants nécessitant des soins) <input type="checkbox"/> Non		4 derniers chiffres du n° de sécurité sociale :	
Sexe :	Langue principale :	Race :	
Origine hispanique ou latino : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Relation de parenté avec le demandeur :		
5. Nom :		Date de naissance :	
Êtes-vous citoyen américain ou un étranger qualifié ? <input type="checkbox"/> Oui (si oui, joindre la documentation pour les enfants nécessitant des soins) <input type="checkbox"/> Non		Les quatre derniers chiffres du numéro de sécurité sociale :	
Sexe :	Langue principale :	Race :	
Origine hispanique ou latino : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Relation de parenté avec le demandeur :		
6. Nom :		Date de naissance :	
Êtes-vous citoyen américain ou un étranger qualifié ? <input type="checkbox"/> Oui (si oui, joindre la documentation pour les enfants nécessitant des soins) <input type="checkbox"/> Non		4 derniers chiffres du n° de sécurité sociale :	
Sexe :	Langue principale :	Race :	
Origine hispanique ou latino : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Relation de parenté avec le demandeur :		
7. Nom :		Date de naissance :	
Êtes-vous citoyen américain ou un étranger qualifié ? <input type="checkbox"/> Oui (si oui, joindre la documentation pour les enfants nécessitant des soins) <input type="checkbox"/> Non		4 derniers chiffres du n° de sécurité sociale :	
Sexe :	Langue principale :	Race :	
Origine hispanique ou latino : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Relation de parenté avec le demandeur :		

SECTION 3 : Questions

8. Tous les adultes de la famille travaillent-ils ou suivent-ils un programme d'éducation/formation professionnelle ? Oui Non

Si non à la Question 8 : Qui dans le foyer ne travaille pas ou ne suit pas de programme d'éducation/formation professionnelle ?

9. Est-ce un foyer à deux parents où un adulte travaille ou suit un programme d'éducation/formation professionnelle et l'autre a une invalidité documentée par la SSA avec une note du médecin indiquant que l'invalidité l'empêche de s'occuper des enfants ?
 Oui (**si oui, joignez la documentation**) Non

10. Un enfant a-t-il été placé sous la tutelle légale d'un individu ayant atteint l'âge de la retraite tel que défini par la Sécurité Sociale ?
 Oui Non

11. Possédez-vous des actifs équivalant ou dépassant 1 000 000 \$? Oui Non

12. Êtes-vous actuellement sans abri ? Oui Non

13. Recevez-vous une aide au logement ? Oui Non

14. Avez-vous reçu des prestations TANF au cours des douze (12) derniers mois ? Oui Non

15. Êtes-vous employé par une garderie agréée ? Oui Non

16. Recevez-vous actuellement une aide à la garde d'enfants avec le programme HOPE ? Oui Non

17. Recevez-vous une aide à l'adoption ? Oui *veuillez fournir la documentation Non

18. Veuillez vérifier si vous êtes actuellement :

Membre de la Garde nationale Réserviste (*Military Reserve*) En service actif dans l'armée américaine

19. Avez-vous une affiliation tribale ? Oui Non

20. Faites-vous l'école à la maison Oui Non

SECTION 4 : Enfants à besoins spéciaux

21. Les enfants nécessitant des soins présentent-ils des besoins spéciaux ? Oui (**si oui, joignez la documentation**) Non

Un enfant à besoins spéciaux désigne a) un enfant jusqu'à treize (13) ans, pour qui un professionnel qualifié a déterminé que l'enfant présente une déficience telle que définie à la section 602 de la loi sur l'éducation des individus avec des handicaps (20 U.S.C. 1401) ; est éligible aux services d'intervention précoce en vertu de la partie C de la même loi (20 U.S.C. 1431 et suiv.) ; est éligible aux services en vertu de la section 504 de la loi sur la réadaptation de 1973 (29 U.S.C. 794) ; répond à la définition de handicap selon les termes de la loi sur les Américains handicapés (ADA) (P.L. 110-325) ; est considéré à risque de problèmes de santé et/ou de développement en raison de facteurs de risque environnementaux identifiés, incluant, mais sans s'y limiter, le sans-abrisme, l'abus et/ou la négligence, l'empoisonnement au plomb et l'exposition prénatale aux drogues ou à l'alcool ; et/ou b) un enfant entre treize (13) ans et dix-huit (18) ans, qui est physiquement ou mentalement incapable de prendre soin de lui-même, ou qui est sous supervision judiciaire. De plus, vous recevrez une demande de partage d'informations à retourner pour le remboursement du fournisseur.

SECTION 5 : Informations sur le parent absent

Non applicable si foyer à deux parents

Doit être complété pour un foyer monoparental

22. Avez-vous des droits/responsabilités parentales partagés pour le paiement des soins de l'enfant ?

Oui *fournissez une copie de l'ordonnance judiciaire ou de l'accord notarié Non

23. Avez-vous une garde partagée/jointe ordonnée par le tribunal ?

Oui *fournissez une copie de l'ordonnance judiciaire ou du calendrier de visite notarié Non

24. Êtes-vous sous ordonnance judiciaire ou recevez-vous volontairement une pension alimentaire ?

Oui Fournissez une copie complète de l'ordonnance judiciaire. Pour les paiements volontaires, indiquez combien vous recevez par semaine \$_____ par semaine

Non, je ne reçois aucun soutien financier de l'autre parent

25. Payez-vous une pension alimentaire ? Oui *veuillez fournir la documentation Non

Janet T. Mills
Gouverneur

Jeanne M. Lambrew, Ph.D.
Commissaire



Département de la Santé et des Services Sociaux du
Maine
Services à l'Enfance et à la Famille
11 Station de la Maison d'État
2 Avenue Anthony
Augusta, Maine 04333-0011
Tél. : (207) 624-7999 ; Appel gratuit : (877) 680-5866
TTY : Composez le 711 (Relais du Maine) ; Fax :
(207) 287-6308

Signature requise

Page 4

Je certifie sous serment que, à ma connaissance, les informations fournies sont exactes.

Je comprends que ces informations seront utilisées par le Département de la santé et des services humains (DHHS) pour l'administration de ce programme.

J'autorise l'agence à vérifier ces informations par tous les moyens nécessaires.

Je m'engage à notifier le DHHS et le Programme d'accessibilité aux soins pour enfants (CCAP) dans un délai de dix (10) jours en cas de :

1. cessation de travail ou de participation à un programme éducatif ou de formation professionnelle et/ou
2. changement de prestataire de garde d'enfants et/ou
3. si le revenu familial dépasse quatre-vingt-cinq pour cent (85 %) du revenu médian de l'État et/ou
4. si le revenu familial dépasse cent vingt-cinq pour cent (125 %) du revenu médian de l'État.

J'accepte et je me conforme aux règles du CCAP trouvées à : www.maine.gov/dhhs/ocfs/support-for-families/child-care/paying-for-child-care

Le processus de révision de la demande peut prendre jusqu'à 15 jours au Département.

Signature du demandeur principal (une signature tapée n'est pas acceptée)

Date

Signature du préparateur (si applicable)

Date

Veillez signer, dater et retourner toutes les pages et la documentation nécessaire par courrier, courriel ou fax :

Courriel : CCAP.DHHS@Maine.gov

Fax : (207) 287-6308

Courrier : Bureau des services à l'enfant et à la famille
Programme d'accessibilité aux soins pour enfants
2 Anthony Avenue, 11 State House Station
Augusta, ME 04333-0011

Fiche d'information de l'employeur

Veuillez demander à votre superviseur ou au personnel des ressources humaines de remplir ce formulaire

Informations sur l'emploi			<input type="checkbox"/> Non applicable
1. Nom de l'employeur :			
2. Nom de l'employé(e) :			
3. Salaire horaire/Salaire :	4. Date d'embauche :	5. Date de réembauche :	
6. L'horaire comprend-il une pause non payée de 30 minutes ?	7. Êtes-vous payé à la semaine, toutes les 2 semaines ou sur une base mensuelle ?		
8. Ce poste inclut-il des pourboires, des commissions, des heures supplémentaires ou des bonus ? Si oui, vous devez fournir des fiches de paie.			

Horaire de travail de l'employé(e) : (exemple : 8 h à 17 h)							
Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Heures totales

***Note : Si l'horaire de l'employé(e) varie, veuillez indiquer l'horaire de travail des quatre (4) dernières semaines. Si l'employé(e) n'a pas travaillé pendant quatre (4) semaines complètes, veuillez estimer les heures prévues pour les semaines restantes.**

Semaine début/fin (mm/jj/aa – mm/jj/aa.)	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Heures totales

Je certifie sous serment que, à ma connaissance, les informations ci-dessus sont exactes.

Nom du responsable des ressources humaines/superviseur (à imprimer) : _____

Signature du responsable des ressources humaines/superviseur : _____
 *Signature tapée non acceptée

Adresse de courriel : _____

Téléphone : _____

Date : _____