

عند نهاية كل فترة دفع، يجب على مقدمي الخدمة التبليغ عن عدد ساعات الرعاية وأجورها إلكترونياً على الموقع: www.michigan.gov/childcare. ولعمل ذلك، سيلزمك أن تعرف رقم فترة الدفع والرقم التعريفي لمقدم الخدمة والرقم التعريفي الشخصي (PIN) الخاص بك. إذا لم يكن لديك سبل الوصول إلى جهاز كومبيوتر، فيمكنك أن تستخدم نظام التبليغ الهاتفي عن طريق الاتصال بالرقم 1-888-779-2775 (هاتف الطنين باللمس) أو 1-888-826-1772 (صوت - إذا لم يكن لديك خدمة الطنين باللمس).

للاستفسار عن التبليغ الإلكتروني أو الهاتفي، يرجى الرجوع أولاً إلى كتيّب مقدم الخدمة وتعليمات التبليغ لمقدمي خدمة رعاية الأطفال (Provider Handbook and Reporting Instructions for Child Care Providers)، نشرة رقم DHS Pub. 230. وإذا لم تجد جواباً لسؤالك، فيرجى الاتصال بالرقم 1-866-990-3227.

الرقم التعريفي لمقدم الخدمة: أدخل الرقم المؤلف من ٧ خانات المعين إلى مقدم خدمة رعاية الأطفال ليستخدم عند التبليغ إلى إدارة الخدمات الإنسانية (ولا يكون هذا الرقم برقم الرخصة). أنظر النموذج: DHS-198، Child Development and Care Certificate/Notice of Authorization (شهادة نمو ورعاية الطفل / إخطار الترخيص).

اسم مقدم الخدمة: أدخل اسمك أو اسم منشأتك.

رقم فترة الدفع: أدخل رقم فترة الدفع الذي يتوافق مع تواريخ التبليغ. أنظر الجدول أدناه. استخدم صفحة منفصلة لكل فترة دفع.

تواريخ فترة الدفع	رقم فترة الدفع	تواريخ فترة الدفع	رقم فترة الدفع	تواريخ فترة الدفع	رقم فترة الدفع
12/21/08 – 01/03/09	901	06/21/09 – 07-04/09	914	07/09/09	07/09/09
01/04/09 – 01/17/09	902	07/05/09 – 07/18/09	915	07/23/09	07/23/09
01/18/09 – 01/31/09	903	07/19/09 – 08/01/09	916	08/06/09	08/06/09
02/01/09 – 02/14/09	904	08/02/09 – 08/15/09	917	08/20/09	08/20/09
02/15/09 – 02/28/09	905	08/16/09 – 08/29/09	918	09/03/09	09/03/09
03/01/09 – 03/14/09	906	08/30/09 – 09/12/09	919	09/17/09	09/17/09
03/15/09 – 03/28/09	907	09/13/09 – 09/26/09	920	10/01/09	10/01/09
03/29/09 – 04/11/09	908	09/27/09 – 10/10/09	921	10/15/09	10/15/09
04/12/09 – 04/25/09	909	10/11/09 – 10/24/09	922	10/29/09	10/29/09
04/26/09 – 05/09/09	910	10/25/09 – 11/07/09	923	11/12/09	11/12/09
05/10/09 – 05/23/09	911	11/08/09 – 11/21/09	924	11/24/09	11/24/09
05/24/09 – 06/06/09	912	11/22/09 – 12/05/09	925	12/10/09	12/10/09
06/07/09 – 06/20/09	913	12/06/09 – 12/19/09	926	12/22/09	12/22/09

* يكون إنتهاء أوقات المواعيد الأخيرة للتبليغ التي تقع في أيام قبل العطلات الرسمية في تمام الساعة ٥ مساءً في التاريخ المشار. وخلافاً لذلك، يكون الإنتهاء في نهاية ذلك اليوم (منتصف الليل).

رقم التثبيت: أدخل رقم التثبيت الذي تحصل عليه عند انتهاء مكالماتك الهاتفية عند التبليغ عن معلومات الفوترة.

رقم الصفحة: أدخل رقم الصفحة.

اسم وعمر الطفل: أدخل اسم وعمر كل طفل حائز على ترخيص لفترة التبليغ. ضع الأسماء حسب الترتيب الأبائي بناءً على الاسم الأخير ثم الاسم الأول.

أوقات ابتداء وانتهاء تقديم الرعاية: أدخل الأوقات بتوقيت الساعة والدقيقة، مشيراً إذا كان ذلك في أوقات الصباح (AM) أو المساء (PM).

ساعات رعاية الطفل: أدخل عدد ساعات الرعاية التي تم تقديمها فعلاً، ثم قم بتقريبها إلى أقرب نصف ساعة. أدخل النصف ساعة على شكل ٠.٥. قد يكون هذا أكثر أو أقل من عدد الساعات المرخص له في نموذج DHS-198. أترك المربع فارغاً لأي يوم لم يحضره الطفل.

ساعات مرض الطفل / العطلات: يمكن التبليغ عن عدم الحضور بسبب العطلات الرسمية في ولاية ميشيغان والغياب بسبب مرض الطفل (شرط أن لا يزيد عن أسبوعين متتاليين) وذلك إذا كنت تقاضي الجمهور العام (أي جميع الأسر) أجوراً عن عدم الحضور بسبب العطلات الرسمية أو الغياب بسبب المرض وإذا يكون الطفل عادة في رعايتك في ذلك اليوم. إذا قمت بالتبليغ عن ساعات مرض الطفل/العطلات، فلا يمكنك أن تقيد أكثر من عدد الساعات التي يحضرها الطفل عادة في ذلك اليوم. في المربع المخصص لليوم الذي حدث فيه المرض أو العطلات، قيد عدد الساعات التي تقوم بالتبليغ عنها، ثم قم بتقريبها إلى أقرب نصف ساعة. قيد النصف ساعة على شكل ٠.٥، أنظر كتيب مقدم الخدمة وتعليمات التبليغ لمقدمي خدمة رعاية الأطفال، نشرة DHS Pub 230.

توقيع الوالدة) بالحرروف الأولى: يجب على الوالدة توقيع الحروف الأولى من اسم كل يوم عن كل طفل يتلقى الرعاية للإشارة بأن القيد صحيحاً.

أجور الرعاية كل أسبوعين: قيد المبلغ الإجمالي لأجور الرعاية لهذا الطفل لفترة الدفع لأسبوعين. ثم قم بتقريب المبلغ إلى أقرب دولار، دون تقيد السنتات أو وضع صفر بدلاً عن السنتات. (على سبيل المثال: إذا كانت أجورك لرعاية بدوام كامل \$80.20 كل أسبوع، وإذا تلقى هذا الطفل الرعاية بدوام كامل لكل من الأسبوعين. فقيّد 160 في هذه المربعات).

توقيع مقدم خدمة رعاية الطفل وتاريخ التوقيع: يجب على الشخص المفوض بتعبئة الفاتورة أن يوقع هذا النموذج ويؤرخه.

كيفية تقريب العدد إلى أقرب نصف ساعة:

إذا كانت الدقائق الباقية بين ١-١٥، فلا تحسبها. على سبيل المثال: ٦ ساعات و ١٥ دقيقة، تقيد ٦ ساعات.

إذا كانت الدقائق الباقية بين ١٦-٤٥، فقم بتقريبها إلى ٠.٥، على سبيل المثال: ٦ ساعات و ٤٥ دقيقة، تقيد ٦.٥ ساعات.

إذا كانت الدقائق الباقية بين ٤٦-٥٩، فقم بتقريبها إلى الساعة التالية الأعلى. على سبيل المثال: ٦ ساعات و ٥٠ دقيقة، تقيد ٧ ساعات.

يمكنك الحصول على نسخ إضافية من ورقة العمل هذه من الموقع الإلكتروني التالي: www.michigan.gov/childcare.

رجاء الملاحظة: يتحمل الآباء مسؤولية دفع نفقات رعاية أطفالهم التي لا تقوم إدارة الخدمات الإنسانية (DHS) بدفعها بما في ذلك النفقات الناجمة بينما بيت في أهلية الوالدة للاشتراك في البرنامج.

لن تميز إدارة الخدمات الإنسانية (DHS - Department of Human Services) ضد أي شخص أو مجموعة بسبب العرق، أو الديانة، أو العمر، أو المنشأ الوطني، أو اللون، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة الزوجية، أو الجنس، أو التوجه الجنسي، أو هوية أو تعبير جنس الشخص، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة والعجز. إن كنت تحتاج إلى مساعدة في القراءة والكتابة والسمع،... إلخ، ندعوك أن تجعل احتياجاتك معروفة لدى مكتب DHS في المنطقة التي تعيش فيها عملاً بقانون الأمريكيين المعاقين (Americans With Disabilities Act).