



**CCS Central 2**  
**邮政信箱 346031**  
**Bethesda, MD 20827**

回复：儿童照护奖学金申请

尊敬的申请人：

根据《马里兰州法规》(COMAR 13A.14.06) 的定义，根据收入和需求，向符合要求的家庭中的儿童提供儿童照护奖学金。

请填写随附的申请表，并将其与所有必需的文件一起寄回给我们。请回答所有问题并填写申请表上的所有空格。完整填写并提交所有必需文档的申请将得到更快处理。如果您的申请不完整和/或未随申请提交文件，则可能至多需要 30 天的时间处理该申请，并可能导致您的申请被拒绝。

在申请表上，请记下您在第 2 部分中输入的**出生日期**和**联系电话**。您将使用此信息在 CCS Central 2 的自动电话菜单上访问您的申请详细信息。



为了完成申请，您**必须**发送列出的所有家庭成员的信息。其中包括您，以及您的配偶或孩子的其他父母（住在您的家庭中）。

请使用此清单来确保您的申请是完整的：

- 必须提供电子邮件地址
- 最近四 (4) 周的连续薪资存根 (4 份周薪、2 份双周薪)
- 身份证明 (即驾照、出生证明、政府签发的身份证明)
- 以雇主或学校为抬头的信纸上的经批准的活动证明 (即工作、学校或职业培训)
- 所有其他收入的证明
- 子女抚养费合作证明或付款证明
- 地址证明 (即水电费账单、租约)
- 家庭中每个孩子的出生证明
- 仅限非正式亲属照护 - 提供者与孩子的关系证明

如果您符合资格并且有可用资金，则会向您颁发奖学金。马里兰州教育部 (MSDE) 将支付中心儿童照护、家庭儿童照护和非正式儿童照护的费用。如果您致电 1-877-227-0125, CCS 中心可以解释各种类型的儿童照护，并回答有关“儿童照护奖学金计划”的所有问题。

此致，

CCS Central 2  
1-877-227-0125

可在 [Reportccsfraud.org](http://Reportccsfraud.org) 上报告儿童照护奖学金计划中涉嫌欺诈的行为

阅读这些说明将帮助您完成本申请。

必须回答所有问题。

第 1 部分 一般信息

申请类型：

- “新” 申请适用于至今未领取儿童照护补贴 (CCS) 的人，或曾被拒绝并以当前信息正在重新申请的人。
- 对于目前正在接受补贴援助的客户，必须至少每 12 个月完成一次“重新确定”。

用于儿童照护的提供者类型：

- “正式” 提供者是由马里兰州法律许可或监管的托儿中心或家庭托儿所。接受 CCS 计划付款的正式提供者必须参加马里兰州 EXCELS 计划。
- “非正式” 提供者未获得马里兰州法律的许可，并且仅限于 1) 亲属儿童照护，2) 非亲属家庭儿童照护。如果您选择亲属儿童照护，则符合条件的亲戚包括未居住在孩子家庭中的 18 岁以上的曾祖父母、祖父母、姑/姨妈、叔伯/舅父或年长的兄弟姐妹。关系证明必须与申请一起提交。如果您选择任何类型的非正式提供者，则此包中必须包含其他表格，并在批准非正式提供者之前填好其他表格。在非正式提供者获得批准之前，将不会颁发非正式奖学金。有关其他表格的情况，请致电 1-877-227-0125 询问 CCS Central 2。

第 2 部分 申请人信息

您住所的所在县：

- 如果您住在巴尔的摩市，请输入“城市”

请记住您在表格上输入的出生日期和联系电话。在自动电话系统上访问您的申请信息将需要此信息。如果您确定有资格获得儿童照护补贴，则将分配一个当事人 ID 并将其邮寄给您，以备将来使用自动电话系统。

第 3 部分 儿童照护需求信息

请回答本节中的所有问题，以说明需要儿童照护服务的理由。

第 4 部分 儿童信息

- 在此部分中为家庭中需要照顾的每位儿童（13 岁以下）回答问题。
- 如果家庭中有 3 个以上的孩子，请制作此部分的其他副本以输入其信息。
- 您必须为家庭中列出的每个孩子附上出生证明。

不申请子女抚养费的“正当理由”包括以下情况：申请可能会对子女或与子女同住的客户造成严重的身体或情感伤害，对子女的收养有疑问或正在审理中，或子女是经强奸或乱伦受孕所生。如果您尚未为这个孩子申请子女抚养费，并且有“正当理由”，请致电 CCS Central 2（电话：1-877-227-0125）获取正确的表格。

第 5 部分 其他家庭成员

针对第 4 部分“儿童信息”中未列出儿童的每位家庭成员，请回答本部分中的问题。如果家庭成员超过 4 位，请制作此部分的其他副本以输入其信息。

第 6 部分 活动信息

对于第 5 部分“其他家庭成员”中列出的每位家庭成员（对问题 1 的回答为“是”）的各项活动，请在本部分中回答问题。选择的“活动类型”与在每个活动框中输入的“组织名称”有关。

总通勤时间必须计算为从提供者到活动再返回所需的时间。每天超过 2 小时的时间都需要进一步说明。除非提供“活动时间”，否则不会认定通勤时间。

输入活动时间作为开始时间和结束时间：

周一	周二
8点到5点	10点到3点

如果家庭成员活动超过 4 项，请制作此部分的其他副本以输入其信息。

对于所有“就业”活动，您必须必须在公司抬头信上附上雇主的来信，以核实工作时间。

对于所有“教育”或“培训”活动，您必须必须在学校信笺上附上当前学校/培训时间表的副本，以核实上课的天数和时间。

第 7 部分 儿童照护时间表

请回答本部分中的问题，以根据您的活动显示您需要儿童照护的所有日数和时数（如第 6 部分，“活动信息”中所列）。

输入所需的儿童照护时间作为开始时间和结束时间：

周一	周二
8点到5点	10点到3点

第 8 部分 收入信息

对于第 5 部分“其他家庭成员”中列出的每位家庭成员的每种收入，请在本部分中回答问题。如果家庭成员收入类型超过 4 项，请制作此部分的其他副本以输入其信息。

“总收入”是指您在预扣税前赚取或被支付的总金额。

您需要附上以下人员最近 4 个星期的所有收入证明：申请人、配偶、家庭中的其他父母、未成年父母的父母、具有未成年子女的实际监护权的成人或配偶（4 份周薪或 2 份双周薪的工资单）。

**如果您需要协助来完成申请，请致电 CCS Central 2（电话号码：1-877-227-0125）**

**第 1 部分 一般信息**

申请类型： <input type="checkbox"/> 新 <input type="checkbox"/> 重新确定	
用于儿童照护的提供者类型： <input type="checkbox"/> 正式 <input type="checkbox"/> 非正式亲属照护：需要亲属姓名和关系 <input type="checkbox"/> 儿童家庭照护中的非正式非亲属	

**第 2 部分 申请人信息**

姓名（姓氏、名字、中间名）：		社会安全号码（SSN）（可选）：	
出生日期（DOB）：月/日/年	性别： <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	婚姻状况： <input type="checkbox"/> 单身/未婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 分居
种族：请参阅下方的选择		您是否是西班牙裔/拉美裔？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
家中所说的主要语言：			
美国公民： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	外国人身份（如果不是公民）：请参阅下方的选择		您是否是现役军人身份？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
选择种族： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 美洲印第安人或阿拉斯加原住民</li> <li>• 亚裔</li> <li>• 黑人或非裔美国人</li> <li>• 夏威夷原住民或太平洋岛民</li> <li>• 白人</li> </ul>	选择外国人身份： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 永久居民</li> <li>• 寻求庇护者</li> <li>• 授予有条件入境的外国人</li> <li>• 获假释者（1 年或以上）</li> <li>• 被驱逐出境的外国人</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 难民</li> <li>• 受虐的外籍配偶、子女或子女父母</li> <li>• 无证件者</li> <li>• 合法承认的外国人子女</li> </ul>	
家庭住址：街道	公寓编号	城市	州 邮编 县
邮寄地址（如果不同）：街道		城市	州 邮编
联系电话：	备用联系电话：	电子邮件地址：	
您是否向家外儿童支付子女抚养费？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
您是否是单亲父母？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
您是否是未成年父母（18 岁以下）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
您是否在接受 SNAP（食品券）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
您是在接受住房补贴？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

**第 3 部分 儿童照护需求信息**

1. 您是否在接受临时现金援助（TCA）？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 从未 如果是，开始日期为：
2. TCA 是否仅用于您照看的孩子？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 您家中有多少人？	数量：
4. 您的年总收入是多少？	美元金额：
5. 您的活动是什么？	<input type="checkbox"/> 求职/工作 <input type="checkbox"/> 社区服务 <input type="checkbox"/> 公立学校（小学、初中或高中） <input type="checkbox"/> 大学（本科）
6. 您是否希望为非亲生的亲属子女提供儿童照护援助？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 您在抚养几位有亲属关系的孩子？	数量：
8. 您或您家庭中的任何人是否在接受附加保障收入（SSI）？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9. 您是否负责照料任何残疾儿童？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10. 您目前是否无家可归？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11. 您是否拥有一百万美元的资产？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

**第 4 部分 儿童信息**

儿童 1	姓名 (姓氏、名字、中间名):	性别: <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	出生日期 (DOB): 月/日/年	SSN (可选):	
	种族: 请参阅下方的选择	您是否是西班牙裔/拉美裔? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	美国公民: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	外国人身份 (如果不是公民): 请参阅下方的选择	
	<b>选择种族:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>美洲印第安人或阿拉斯加原住民</li> <li>亚裔</li> <li>黑人或非裔美国人</li> <li>夏威夷原住民或太平洋岛民</li> <li>白人</li> </ul>	<b>选择外国人身份:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>永久居民</li> <li>寻求庇护者</li> <li>授予有条件入境的外国人</li> <li>获假释者 (1 年或以上)</li> <li>被驱逐出境的外国人</li> <li>难民</li> <li>受虐的外籍配偶、子女或子女父母</li> <li>无证件者</li> <li>合法承认的外国人子女</li> </ul>	
	1. 该儿童是否在接受附加保障收入 (SSI)?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	2. 该儿童与您的关系是?				
	3. 该儿童是否有残疾?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	4. 该儿童是否受益于社会保障?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	5. 您是否为该儿童申请了抚养费?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若答案为否, 请参阅第 6 页上的说明。		
	6. 您是否在接受此儿童的子女抚养费?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	7. 该儿童不在身边的父母的姓名为?				
8. 该儿童是否在进行提前教育?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若答案为是, 开始日期为?			
9. 如果使用非正式亲属照护, 提供者与儿童之间的关系是什么?	关系				
儿童 2	姓名 (姓氏、名字、中间名):	性别: <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	出生日期 (DOB): 月/日/年	SSN (可选):	
	种族: 请参阅上方的选择	您是否是西班牙裔/拉美裔? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	美国公民: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	外国人身份 (如果不是公民): 请参阅上方的选择	
	1. 该儿童是否在接受附加保障收入 (SSI)?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	2. 该儿童与您的关系是?				
	3. 该儿童是否有残疾?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	4. 该儿童是否受益于社会保障?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	5. 您是否为该儿童申请了抚养费?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若答案为否, 请参阅第 6 页上的说明。		
	6. 您是否在接受此儿童的子女抚养费?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	7. 该儿童不在身边的父母的姓名为?				
	8. 该儿童是否在进行提前教育?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若答案为是, 开始日期为?		
9. 如果使用非正式亲属照护, 提供者与儿童之间的关系是什么?	关系				
儿童 3	姓名 (姓氏、名字、中间名):	性别: <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	出生日期 (DOB): 月/日/年	SSN (可选):	
	种族: 请参阅上方的选择	您是否是西班牙裔/拉美裔? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	美国公民: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	外国人身份 (如果不是公民): 请参阅上方的选择	
	1. 该儿童是否在接受附加保障收入 (SSI)?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	2. 该儿童与您的关系是?				
	3. 该儿童是否有残疾?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	4. 该儿童是否受益于社会保障?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	5. 您是否为该儿童申请了抚养费?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若答案为否, 请参阅第 6 页上的说明。		
	6. 您是否在接受此儿童的子女抚养费?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	7. 该儿童不在身边的父母的姓名为?				
	8. 该儿童是否在进行提前教育?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若答案为是, 开始日期为?		
9. 如果使用非正式亲属照护, 提供者与儿童之间的关系是什么?	关系				

**第 5 部分 其他家庭成员**

家庭 成员 1	姓名 (姓氏、名字、中间名):		性别: <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男		出生日期 (DOB): 月/日/年		SSN (可选):	
	种族: 请参阅下方的选择		您是否是西班牙裔/拉美裔? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		美国公民: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		外国人身份 (如果不是公民): 请参阅下方的选择	
	<b>选择种族:</b> ● 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 ● 亚裔 ● 黑人或非裔美国人 ● 夏威夷原住民或太平洋岛民 ● 白人		<b>选择外国人身份:</b> ● 永久居民 ● 寻求庇护者 ● 授予有条件入境的外国人 ● 获假释者 (1 年或以上) ● 被驱逐出境的外国人		● 难民 ● 受虐的外籍配偶、子女或子女父母 ● 无证件者 ● 合法承认的外国人子女			
	您是否为现役军人身份? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		主要语言:		与申请人的关系: 请参阅下方的选择			
	<b>选择与申请人的关系:</b> ● 收养子女 ● 亲生子女 ● 兄弟姐妹 ● 继子女		● 表亲 ● 寄养儿童 ● 孙/重孙 (女) ● 侄/外甥 (女)		● 被监护人 ● 其他 (亲属) ● 其他 (非亲属)			
	1. 家庭成员是否有使其无法照顾儿童的活动?						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	2. 家庭成员是否有劳动或非劳动收入?						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
3. 是否有使家庭成员无法照顾儿童的情况?						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
家庭 成员 2	姓名 (姓氏、名字、中间名):		性别: <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男		出生日期 (DOB): 月/日/年		SSN (可选):	
	种族: 请参阅上方的选择		您是否是西班牙裔/拉美裔? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		美国公民: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		外国人身份 (如果不是公民): 请参阅上方的选择	
	您是否为现役军人身份? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		主要语言:		与申请人的关系: 请参阅上方的选择			
	1. 家庭成员是否有使其无法照顾儿童的活动?						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	2. 家庭成员是否有劳动或非劳动收入?						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	3. 是否有使家庭成员无法照顾儿童的情况?						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	家庭 成员 3	姓名 (姓氏、名字、中间名):		性别: <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男		出生日期 (DOB): 月/日/年		SSN (可选):
种族: 请参阅上方的选择		您是否是西班牙裔/拉美裔? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		美国公民: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		外国人身份 (如果不是公民): 请参阅上方的选择		
您是否为现役军人身份? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		主要语言:		与申请人的关系: 请参阅上方的选择				
1. 家庭成员是否有使其无法照顾儿童的活动?						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
2. 家庭成员是否有劳动或非劳动收入?						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
3. 是否有使家庭成员无法照顾儿童的情况?						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
家庭 成员 4		姓名 (姓氏、名字、中间名):		性别: <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男		出生日期 (DOB): 月/日/年		SSN (可选):
	种族: 请参阅上方的选择		您是否是西班牙裔/拉美裔? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		美国公民: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		外国人身份 (如果不是公民): 请参阅上方的选择	
	您是否为现役军人身份? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		主要语言:		与申请人的关系: 请参阅上方的选择			
	1. 家庭成员是否有使其无法照顾儿童的活动?						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	2. 家庭成员是否有劳动或非劳动收入?						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	3. 是否有使家庭成员无法照顾儿童的情况?						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

第 6 部分 活动信息									
活动 1	申请人/家庭成员姓名 (来自第 2 或第 5 部分):				活动类型: <i>请参阅下方的选择</i>				
	<b>选择活动类型:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li style="margin-right: 10px;">• 求职</li> <li style="margin-right: 10px;">• 社区服务</li> <li style="margin-right: 10px;">• 教育</li> <li style="margin-right: 10px;">• 工作</li> <li style="margin-right: 10px;">• 培训</li> <li>• FIA 个人责任计划</li> </ul>								
	组织名称:				组织电话号码:				
	组织地址:                    街道				城市		州		邮编
	如果您没有标准活动时间表, 请输入 <b>每周总时数</b> :				输入从提供者到活动(来回)的每日通勤时间:				
	活动小时	星期日 至	星期一 至	星期二 至	星期三 至	星期四 至	星期五 至	星期六 至	
活动 2	申请人/家庭成员姓名 (来自第 2 或第 5 部分):				活动类型: <i>请参阅上方的选择</i>				
	组织名称:				组织电话号码:				
	组织地址:                    街道				城市		州		邮编
	如果您没有标准活动时间表, 请输入 <b>每周总时数</b> :				输入从提供者到活动(来回)的每日通勤时间:				
	活动小时	星期日 至	星期一 至	星期二 至	星期三 至	星期四 至	星期五 至	星期六 至	
	活动 3	申请人/家庭成员姓名 (来自第 2 或第 5 部分):				活动类型: <i>请参阅上方的选择</i>			
组织名称:				组织电话号码:					
组织地址:                    街道				城市		州		邮编	
如果您没有标准活动时间表, 请输入 <b>每周总时数</b> :				输入从提供者到活动(来回)的每日通勤时间:					
活动小时		星期日 至	星期一 至	星期二 至	星期三 至	星期四 至	星期五 至	星期六 至	
<p><b>对于所有“就业”活动, 您必须</b>在公司抬头信上附上雇主的来信, 以核实工作时间。</p> <p><b>对于所有“教育”或“培训”活动, 您必须</b>在学校信笺上附上当前学校/培训时间表的副本, 以核实上课的天数和时间。</p>									

第 7 部分 儿童照护时间表								
<b>学龄儿童:</b> 如果未提供照护时间表, 则将为该儿童提供一个单位的奖学金 (每周 15 小时)								
如果您没有标准儿童照护时间表, 请输入 <b>每周总时数</b> :								
根据您的活动, 您每天需要儿童照护的具体日期和时间是?								
儿童一	星期日 至	星期一 至	星期二 至	星期三 至	星期四 至	星期五 至	星期六 至	
如果您没有标准儿童照护时间表, 请输入 <b>每周总时数</b> :								
根据您的活动, 您每天需要儿童照护的具体日期和时间是?								
儿童二	星期日 至	星期一 至	星期二 至	星期三 至	星期四 至	星期五 至	星期六 至	
如果您没有标准儿童照护时间表, 请输入 <b>每周总时数</b> :								
根据您的活动, 您每天需要儿童照护的具体日期和时间是?								
儿童三	星期日 至	星期一 至	星期二 至	星期三 至	星期四 至	星期五 至	星期六 至	

**第 8 部分** 收入信息

收入 1	有收入的家庭成员姓名：	收入类型：请参阅下方的选择
	选择 收入类型：	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 赡养老人</li> <li>● 武装部队薪酬</li> <li>● 子女抚养费 - 法院命令</li> <li>● 子女抚养费 - 自愿</li> <li>● SS 收益</li> </ul>
	家庭成员获得收入的频率为？	<ul style="list-style-type: none"> <li>● SSI</li> <li>● 自主创业收入</li> <li>● TCA</li> <li>● 小费/佣金</li> <li>● 失业</li> </ul>
	如果收入是子女抚养费，支付该费用的不在身边的父母的姓名是？	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 退伍军人援助/福利</li> <li>● 工资/薪水</li> <li>● 劳工补偿</li> <li>● 其他</li> </ul>
收入 2	有收入的家庭成员姓名：	收入类型：请参阅上方的选择
	家庭成员获得收入的频率为？	每次家庭成员获得的总收入 (\$)：
	如果收入是子女抚养费，支付该费用的不在身边的父母的姓名是？	
收入 3	有收入的家庭成员姓名：	收入类型：请参阅上方的选择
	家庭成员获得收入的频率为？	每次家庭成员获得的总收入 (\$)：
	如果收入是子女抚养费，支付该费用的不在身边的父母的姓名是？	
收入 4	有收入的家庭成员姓名：	收入类型：请参阅上方的选择
	家庭成员获得收入的频率为？	每次家庭成员获得的总收入 (\$)：
	如果收入是子女抚养费，支付该费用的不在身边的父母的姓名是？	
请附上以下人员最近 4 个星期的所有收入证明：申请人、配偶、家庭中的其他父母、未成年父母的父母、具有未成年子女的实际监护权的成人或配偶。		

您的申请向我们提供了有关您是否有资格享受福利和服务的信息。这些福利由公共开支提供，您必须提供真实的信息。可以通过公共和私人机构与企业进行验证。如对此表格所提供的信息进行任何更改，必须在更改后的 10 天内报告。如果您故意提供虚假信息或故意不报告更改，则可能会被取消资格并受到下列处罚。

**马里兰州注释法典的《刑法》第 8-504 条规定：**

- (a) 任何人以欺诈方式获取，试图获取或协助他人以欺诈方式获取或试图获取其无权获得的由马里兰州全额或部分出资，并由该州或其政治分支机构管理的社会、健康或营养计划所提供的金钱、财产、食品券、医疗保健或其他援助触犯了轻罪。就本条而言，欺诈应包括：
- (1) 故意做出虚假陈述或表述；或
  - (2) 故意不透露家庭或财务状况的重大变化；或
  - (3) 冒充他人。
- (b) 一经定罪，在收到通知并有机会听取付款金额和付款方式后，该人应全额归还非法获取的金钱、财产、食品券，医疗保健或其他援助或者其价值，并将处以不超过 \$1,000 的罚款或不超过的监禁，或者同时处以罚款和监禁。

**发布信息同意书：**

本人特此授权马里兰州教育部儿童照护补贴单位 (MSDE/CCS)、马里兰州人力资源部监察长办公室 (DHR/OIG) 或 MDSE 授权的任何实体为创建本人有资格获得 CCS 福利的证明而联系、审查并获取由任何人、合作伙伴、公司、协会或政府机构维护的记录。其包括但不限于：就业、财务（包括银行记录）、学校/教育、租赁/住房和马里兰州所得税记录。下方的签名证明本人是签名人，本人有同意发布此信息，并且本人已授予 MSDE/CCS 通过电子邮件和/或短信提供计划信息的许可。此表格的复印件与原件同样有效。

打印的家长姓名	日期
家长签名	日期
打印的其他家长姓名（家庭中的家长/配偶或未成年子女的家长）	日期
其他家长签名（家庭中的家长/配偶或未成年子女的家长）	日期

**未签名和未注明日期的申请将被退回。**

**如果通过 CCS Central 2 在线家长/提供者门户提交申请，则接受电子签名。**

申请日期必须在提交的 45 天内。不要在重新确定结束日期的 45 天前提交重新确定

可在 [Reportccsfraud.org](http://Reportccsfraud.org) 上报告儿童照护奖学金计划中涉嫌欺诈的行为