

	<b>Департамент образования штата Мэриленд/Управление по уходу за детьми Программа выплаты пособий по уходу за детьми ХОДАТАЙСТВО ОБ ОТЗЫВЕ ЗАЯВКИ</b>	<b>Вернуть:</b> CCS Central 2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827
--	---	---

Нам сообщили, что вы больше не желаете подавать заявку на получение услуг Программы выплаты пособий по уходу за детьми. Прежде чем мы сможем отозвать вашу заявку, нам необходимо получить подписанное вами заявление. Подпишите эту форму и отошлите ее по указанному адресу.

<b>Раздел 1 Общие сведения</b>	
Имя:	Фамилия:
Дата рождения:	Номер контактного телефона:
Номер социального страхования (SSN) (не обязательно):	

<b>Раздел 2 Подпись</b>	
Ставя свою подпись, я заявляю о своем желании отозвать мою заявку на получение услуг по Программе выплаты пособий по уходу за детьми.	
Подпись	Дата
<b>Без подписи заявление об отзыве заявки не подлежит рассмотрению.</b>	