

ردًا على: طلب منحة دراسية موجهة إلى رعاية الطفل

عزيزي مُقدم الطلب:

يتم تقديم المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل للأطفال الذين تتأهل أسرهم على أساس الدخل والحاجة، وذلك وفقًا لما هو منصوص عليه في لوائح قانون ولاية ماريلاند (COMAR 13A.14.06).

يُرجى إكمال الطلب المرفق وإعادته إلينا مع جميع المستندات المطلوبة. أجب على جميع الأسئلة وأكمل جميع المساحات الفارغة في الطلب. الطلبات المكتملة تمامًا والمقدمة مع جميع المستندات المطلوبة تتم معالجتها بشكل أسرع. إذا لم يكن طلبك مكتملاً و/أو إذا لم يتم تقديم المستندات مع الطلب، فقد يستغرق الأمر ما يصل إلى 30 يومًا لمعالجة الطلب وقد ينتج عن ذلك رفض طلبك.

في الطلب، يُرجى تدوين تاريخ الميلاد ورقم هاتف جهة الاتصال الذي أدخلته في القسم 2. سوف تستخدم هذه المعلومات للوصول إلى تفاصيل حالتك من خلال قائمة الاتصال الآلي في مركز برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل (CCS Central 2)



لإكمال الطلب، يجب عليك إرسال المعلومات المدرجة لجميع أفراد الأسرة. وهذا يشملك أنت وزوجتك أو ولي الأمر الآخر لطفلك الذي يعيش في منزلك.

يُرجى استخدام قائمة التحقق هذه للتأكد من اكتمال طلبك:

- ☐ يجب تقديم عنوان بريد إلكتروني
- ☐ آخر أربعة (4) أسابيع من قسائم الدفعات المتأخرة المتتالية (4 أسابيع ، 2 كل أسبوعين)
- ☐ إثبات الهوية (مثل رخصة القيادة وشهادة الميلاد والهوية الصادرة عن الحكومة)
- ☐ إثبات العمل المعتمد المثبت في مخاطبات جهة العمل أو المدرسة (على سبيل المثال العمل أو المدرسة أو التدريب الوظيفي)
- ☐ إثبات جميع مصادر الدخل الأخرى
- ☐ إثبات إعالة الطفل بالمشاركة أو الدفع
- ☐ إثبات العنوان (مثل فاتورة مرافق، عقد إيجار)
- ☐ شهادة ميلاد لكل طفل ضمن الأسرة
- ☐ رعاية الأقارب غير الرسمية فقط - إثبات علاقة مقدم رعاية الطفل بالطفل

يتم إصدار المنحة الدراسية لك إذا كنت مؤهلاً وكانت الأموال متوفرة. تقوم الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند (MSDE) بدفع تكاليف رعاية المركز، ورعاية الأطفال الأسرية، والرعاية غير الرسمية. يمكن لمركز برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل (CCS Central) شرح أنواع الرعاية المختلفة والإجابة على جميع الأسئلة المتعلقة ببرنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل عند الاتصال بالرقم 1-877-227-0125.

مع وافر التقدير،

CCS Central 2

1-877-227-0125

يمكنك الإبلاغ عن الاحتيال المشتبه به في برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل على Reportccsfraud.org

إعادة إلى: https://family.childcareportals.org/	الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند / مكتب رعاية الطفل برنامج إعانة رعاية الطفل طلب/ إعادة البت بشأن رعاية الطفل
---	--

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في إكمال الطلب، فاتصل بمركز برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل (CCS Central 2) على الرقم 1-877-227-0125.

القسم 1 معلومات عامة	
نوع الطلب:	☐ جديد ☐ إعادة بت
نوع مقدم رعاية الطفل المستخدم لتقديم الرعاية: ☐ رعاية الطفل من الأقارب الرسمية ☐ غير الرسمية: يُطلب ذكر اسم القريب وعلاقة القرابة ☐ رعاية الطفل المنزلية غير الرسمية من غير الأقارب ☐	

القسم 2 معلومات مقدم الطلب	
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط):	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):
تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة	الجنس: ☐ أنثى ☐ ذكر
الحالة الاجتماعية:	☐ أعزب / لم يتزوج قط ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل
العرق: انظر الخيارات أدناه	هل أنت من أصل يتحدث الإسبانية / لاتيني؟ ☐ نعم ☐ لا
مواطن أمريكي: ☐ نعم ☐ لا	وضع أجنبي (لغير المواطنين): انظر الخيارات أدناه
هل لديك وضع عسكري نشط؟ ☐ نعم ☐ لا	

خيارات	خيارات
• أمريكي من أصل هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين • آسيوي • أسود أو أمريكي من أصل أفريقي • من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ • أبيض	• مقيم دائم • لاجئ • أجنبي ممنوح حق دخول مشروط • تحت إطلاق السراح المشروط من السجن (سنة أو أكثر) • أجنبي تم منع ترحيله

عنوان المنزل:	الشارع	رقم الشقة	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	المقاطعة
عنوان المراسلات، إذا كان مختلفاً:	الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي		
رقم هاتف جهة الاتصال:	رقم الهاتف البديل:	عنوان البريد الإلكتروني:				

هل تدفع إعالة الطفل لأطفال خارج المنزل؟	☐ نعم ☐ لا
هل أنت والد أعزب؟	☐ نعم ☐ لا
هل أنت والد قاصر (أقل من 18 عاماً)؟	☐ نعم ☐ لا
هل تتلقى قسائم الطعام SNAP؟	☐ نعم ☐ لا
هل تحصل على إعانة السكن؟	☐ نعم ☐ لا

القسم 3 معلومات الاحتياج إلى الرعاية	
1. هل تتلقى المساعدة النقدية المؤقتة (TCA)؟	☐ نعم ☐ لا ☐ إطلاقاً إذا كانت الإجابة بنعم، تاريخ البدء
2. هل تتلقى المساعدة النقدية المؤقتة للأطفال الذين هم تحت رعايتك فقط؟	☐ نعم ☐ لا
3. كم عدد الأشخاص في أسرتك؟	العدد:
4. ما هو دخلك الإجمالي السنوي؟	المبلغ بالدولار:
5. ما هو عملك؟	☐ البحث عن وظيفة/عمل ☐ خدمة المجتمع ☐ مدرسة عامة (ابتدائية أو متوسطة أو ثانوية) ☐ كلية (جامعة)
6. هل تريد إعانة رعاية الطفل لأطفال أقبالك وليسوا أطفالك البيولوجيين؟	☐ نعم ☐ لا
7. كم عدد الأطفال أقبالك الذين في حضانتك؟	العدد:
8. هل تتلقى أنت أو أي شخص في أسرتك دخل الضمان التكميلي (SSI)؟	☐ نعم ☐ لا

9. هل أنت مسؤول عن أي طفل معاق؟	☐ نعم ☐ لا
10. هل أنت مشرد حالياً؟	☐ نعم ☐ لا
11. هل لديك أصول بقيمة مليون دولار؟	☐ نعم ☐ لا

القسم 4 معلومات الطفل			
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط):	الجنس: ☐ أنثى ☐ ذكر	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):
العرق: انظر الخيارات أدناه	هل أنت من أصل يتحدث الإسبانية / لاتيني؟ ☐ نعم ☐ لا	مواطن أمريكي: ☐ نعم ☐ لا	وضع أجنبي (لغير المواطنين): انظر الخيارات أدناه
خيارات العرق: - أمريكي من أصل هندي أو سكان الاسكا الأصليين - آسيوي - أسود أو أمريكي من أصل أفريقي - من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ - أبيض	خيارات وضع الأجنبي: - مقيم دائم - لاجئ - أجنبي ممنوح حق دخول مشروط - تحت إطلاق السراح المشروط من السجن (سنة أو أكثر) - أجنبي تم منع ترحيله	- لا - زوج أجنبي/زوجة أجنبية يتعرض/تتعرض للعنف الأسري، أو طفل يتعرض للعنف الأسري، أو والد/والدة طفل يتعرض/تتعرض للعنف الأسري - بدون وثائق - طفل أجنبي معترف به بشكل قانوني	
1. هل يتلقى هذا الطفل دخل الضمان التكميلي (SSI)؟ ☐ نعم ☐ لا 2. ما علاقة الطفل بك؟ ☐ نعم ☐ لا 3. هل هذا الطفل مُعاق؟ ☐ نعم ☐ لا 4. هل يتلقى هذا الطفل استحقاقات من الضمان الاجتماعي؟ ☐ نعم ☐ لا 5. هل تقدمت بطلب للحصول على إعالة الطفل لهذا الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا 6. هل تتلقى إعالة الطفل لهذا الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا 7. ما اسم الوالد الغائب (الوالدين الغائبين) لهذا الطفل؟ 8. هل هذا الطفل مدرج في برنامج Head Start؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو تاريخ البدء 9. في حالة استخدام رعاية الأقارب غير الرسمية، ما هي علاقة مقدم رعاية الطفل بالطفل؟ العلاقة			
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط):	الجنس: ☐ أنثى ☐ ذكر	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):
العرق: انظر الاختيارات أعلاه	هل أنت من أصل يتحدث الإسبانية / لاتيني؟ ☐ نعم ☐ لا	مواطن أمريكي: ☐ نعم ☐ لا	وضع أجنبي (لغير المواطنين): انظر الاختيارات أعلاه
1. هل يتلقى هذا الطفل دخل الضمان التكميلي (SSI)؟ ☐ نعم ☐ لا 2. ما علاقة الطفل بك؟ ☐ نعم ☐ لا 3. هل هذا الطفل مُعاق؟ ☐ نعم ☐ لا 4. هل يتلقى هذا الطفل استحقاقات من الضمان الاجتماعي؟ ☐ نعم ☐ لا 5. هل تقدمت بطلب للحصول على إعالة الطفل لهذا الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة "لا"، يُرجى مراجعة التعليمات الواردة في الصفحة 6. 6. هل تتلقى إعالة الطفل لهذا الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا 7. ما اسم الوالد الغائب (الوالدين الغائبين) لهذا الطفل؟ 8. هل هذا الطفل مدرج في برنامج Head Start؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو تاريخ البدء؟ شهر/يوم/سنة 9. في حالة استخدام رعاية الأقارب غير الرسمية، ما هي علاقة مقدم رعاية الطفل بالطفل؟ العلاقة			
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط):	الجنس: ☐ أنثى ☐ ذكر	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):
العرق: انظر الاختيارات أعلاه	هل أنت من أصل يتحدث الإسبانية / لاتيني؟ ☐ نعم ☐ لا	مواطن أمريكي: ☐ نعم ☐ لا	وضع أجنبي (لغير المواطنين): انظر الاختيارات أعلاه
1. هل يتلقى هذا الطفل دخل الضمان التكميلي (SSI)؟ ☐ نعم ☐ لا 2. ما علاقة الطفل بك؟ ☐ نعم ☐ لا 3. هل هذا الطفل مُعاق؟ ☐ نعم ☐ لا 4. هل يتلقى هذا الطفل استحقاقات من الضمان الاجتماعي؟ ☐ نعم ☐ لا 5. هل تقدمت بطلب للحصول على إعالة الطفل لهذا الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة "لا"، يُرجى مراجعة التعليمات الواردة في الصفحة 6. 6. هل تتلقى إعالة الطفل لهذا الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا 7. ما اسم الوالد الغائب (الوالدين الغائبين) لهذا الطفل؟ 8. هل هذا الطفل مدرج في برنامج Head Start؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو تاريخ البدء؟ شهر/يوم/سنة 9. في حالة استخدام رعاية الأقارب غير الرسمية، ما هي علاقة مقدم رعاية الطفل بالطفل؟ العلاقة			

القسم 5 أعضاء الأسرة الآخرين			
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط):	الجنس: ☐ أنثى ☐ ذكر	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):
العرق: انظر الخيارات أدناه	هل أنت من أصل يتحدث الإسبانية / لاتيني؟ ☐ نعم ☐ لا	مواطن أمريكي: ☐ نعم ☐ لا	وضع أجنبي (لغير المواطنين): انظر الخيارات أدناه
خيارات العرق: - أمريكي من أصل هندي أو من سكان الإسكا الأصليين - آسيوي - أسود أو أمريكي من أصل أفريقي - من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ - أبيض	خيارات وضع الأجنبي: - مقيم دائم - طالب لجوء - أجنبي ممنوح حق دخول مشروط - تحت إطلاق السراح المشروط من السجن (سنة أو أكثر) - أجنبي تم منع ترحيله	لاجن - زوج أجنبي/زوجة أجنبية يتعرض/تعرض للعنف الأسري، أو طفل يتعرض للعنف الأسري، أو والد/والدة طفل يتعرض للعنف الأسري - بدون وثائق - طفل أجنبي معترف به بشكل قانوني	
هل لديك وضع عسكري نشط؟ ☐ نعم ☐ لا	اللغة الأساسية: العلاقة بمقدم الطلب: انظر الخيارات أدناه		
خيارات العلاقة بمقدم الطلب: - طفل متبنى - طفل بيولوجي - إخ أو أخت - ابن/بنت الزوج/الزوجة - ابن/بنت عم/عمة أو خال/خالدة - طفل متبنى لتوفير الرعاية البديلة له - الحفيد/ابن الحفيد - ابنة الأخ أو الاخت/ ابن الأخ أو الأخت	وصاية - غير ذلك (صلة قرابة) - غير ذلك (لا يوجد صلة قرابة)		
1. هل لدى أفراد الأسرة عمل يجعلهم غير متاحين لرعاية الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا 2. هل يمتلك أحد أفراد الأسرة دخلاً مكتسباً أو غير مكتسب؟ ☐ نعم ☐ لا 3. هل هناك ظرف يجعل فرد الأسرة غير قادر على رعاية الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا			
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط):	الجنس: ☐ أنثى ☐ ذكر	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):
العرق: انظر الاختيارات أعلاه	هل أنت من أصل يتحدث الإسبانية / لاتيني؟ ☐ نعم ☐ لا	مواطن أمريكي: ☐ نعم ☐ لا	وضع أجنبي (لغير المواطنين): انظر الاختيارات أعلاه
هل لديك وضع عسكري نشط؟ ☐ نعم ☐ لا	اللغة الأساسية: العلاقة بمقدم الطلب: انظر الاختيارات أعلاه		
1. هل لدى أفراد الأسرة عمل يجعلهم غير متاحين لرعاية الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا 2. هل يمتلك أحد أفراد الأسرة دخلاً مكتسباً أو غير مكتسب؟ ☐ نعم ☐ لا 3. هل هناك ظرف يجعل فرد الأسرة غير قادر على رعاية الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا			
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط):	الجنس: ☐ أنثى ☐ ذكر	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):
العرق: انظر الاختيارات أعلاه	هل أنت من أصل يتحدث الإسبانية / لاتيني؟ ☐ نعم ☐ لا	مواطن أمريكي: ☐ نعم ☐ لا	وضع أجنبي (لغير المواطنين): انظر الاختيارات أعلاه
هل لديك وضع عسكري نشط؟ ☐ نعم ☐ لا	اللغة الأساسية: العلاقة بمقدم الطلب: انظر الاختيارات أعلاه		
1. هل لدى أفراد الأسرة عمل يجعلهم غير متاحين لرعاية الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا 2. هل يمتلك أحد أفراد الأسرة دخلاً مكتسباً أو غير مكتسب؟ ☐ نعم ☐ لا 3. هل هناك ظرف يجعل فرد الأسرة غير قادر على رعاية الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا			
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط):	الجنس: ☐ أنثى ☐ ذكر	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):
العرق: انظر الاختيارات أعلاه	هل أنت من أصل يتحدث الإسبانية / لاتيني؟ ☐ نعم ☐ لا	مواطن أمريكي: ☐ نعم ☐ لا	وضع أجنبي (لغير المواطنين): انظر الاختيارات أعلاه
هل لديك وضع عسكري نشط؟ ☐ نعم ☐ لا	اللغة الأساسية: العلاقة بمقدم الطلب: انظر الاختيارات أعلاه		
1. هل لدى أفراد الأسرة عمل يجعلهم غير متاحين لرعاية الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا 2. هل يمتلك أحد أفراد الأسرة دخلاً مكتسباً أو غير مكتسب؟ ☐ نعم ☐ لا 3. هل هناك ظرف يجعل فرد الأسرة غير قادر على رعاية الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا			

القسم 6 معلومات العمل							
اسم مقدم الطلب / فرد الأسرة (من القسم 2 أو 5):				نوع العمل: انظر الخيارات أدناه			
خيارات نوع العمل: • البحث عن وظيفة • خدمة المجتمع • تعليم • توظيف • تدريب • خطة المسؤولية الشخصية الخاصة ببرنامج الاستقلال الأسري (FIA)							
اسم المؤسسة:				رقم هاتف المؤسسة:			
عنوان المؤسسة:				الشارع			
				المدينة			
				الولاية			
				الرمز البريدي			
إذا لم يكن لديك عمل قياسي				أدخل وقت التنقل اليومي من موضع مقدم رعاية الطفل			
الجدول الزمني، أدخل إجمالي الساعات في الأسبوع:				إلى العمل (ذهابًا وإيابًا):			
العمل		الأحد		الاثنين		الثلاثاء	
إلى		إلى		إلى		إلى	
الساعات		إلى		إلى		إلى	
اسم مقدم الطلب / فرد الأسرة (من القسم 2 أو 5):				نوع العمل: انظر الاختيارات أعلاه			
اسم المؤسسة:				رقم هاتف المؤسسة:			
عنوان المؤسسة:				الشارع			
				المدينة			
				الولاية			
				الرمز البريدي			
إذا لم يكن لديك عمل قياسي				أدخل وقت التنقل اليومي من موضع مقدم رعاية الطفل			
الجدول الزمني، أدخل إجمالي الساعات في الأسبوع:				إلى العمل (ذهابًا وإيابًا):			
العمل		الأحد		الاثنين		الثلاثاء	
إلى		إلى		إلى		إلى	
الساعات		إلى		إلى		إلى	
اسم مقدم الطلب / فرد الأسرة (من القسم 2 أو 5):				نوع العمل: انظر الاختيارات أعلاه			
اسم المؤسسة:				رقم هاتف المؤسسة:			
عنوان المؤسسة:				الشارع			
				المدينة			
				الولاية			
				الرمز البريدي			
إذا لم يكن لديك عمل قياسي				أدخل وقت التنقل اليومي من موضع مقدم رعاية الطفل			
الجدول الزمني، أدخل إجمالي الساعات في الأسبوع:				إلى العمل (ذهابًا وإيابًا):			
العمل		الأحد		الاثنين		الثلاثاء	
إلى		إلى		إلى		إلى	
الساعات		إلى		إلى		إلى	
بالنسبة لجميع الأعمال "التوظيفية"، يجب إرفاق خطاب من جهة العمل على ورق الشركة للمخاطبات الرسمية الذي يحمل اسم الشركة لإثبات ساعته العمل. بالنسبة لجميع الأعمال التي تقتصر على "التعليم" أو "التدريب"، يجب إرفاق نسخة من جدول المدرسة / التدريب الحالي على ورق المدرسة المخصص للمخاطبات الرسمية لإثبات كل من أيام الدراسة وساعته الدراسة.							

القسم 7 جدول مواعيد رعاية الطفل							
الأطفال في سن المدرسة: إذا لم يتم توفير جدول الرعاية، فسيتم منح الطفل منحة دراسية تتألف من وحدة واحدة (15 ساعة في الأسبوع)							
إذا لم يكن لديك جدول قياسي لرعاية الأطفال، فأدخل إجمالي الساعات في الأسبوع:							
ما هي الأيام والساعات المحددة التي تحتاج فيها إلى رعاية أطفال بناءً على عملك؟							
الطفل الأول		الأحد		الاثنين		الثلاثاء	
إلى		إلى		إلى		إلى	
الساعات		إلى		إلى		إلى	
إذا لم يكن لديك جدول قياسي لرعاية الأطفال، فأدخل إجمالي الساعات في الأسبوع:							
ما هي الأيام والساعات المحددة التي تحتاج فيها إلى رعاية أطفال بناءً على عملك؟							
الطفل الثاني		الأحد		الاثنين		الثلاثاء	
إلى		إلى		إلى		إلى	
الساعات		إلى		إلى		إلى	
إذا لم يكن لديك جدول قياسي لرعاية الأطفال، فأدخل إجمالي الساعات في الأسبوع:							
ما هي الأيام والساعات المحددة التي تحتاج فيها إلى رعاية أطفال بناءً على عملك؟							
الطفل الثالث		الأحد		الاثنين		الثلاثاء	
إلى		إلى		إلى		إلى	
الساعات		إلى		إلى		إلى	

يوفر لنا طلبك معلومات حول ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على المزايا والخدمات من عدمه. يتم توفير هذه المزايا على نفقة الدولة، لذا يتعين عليك تقديم معلومات صحيحة. قد يتم التحقق من تلك المعلومات مع الوكالات والشركات العامة والخاصة. يجب عليك الإبلاغ عن أي تغييرات تطرأ على المعلومات الواردة في هذا النموذج في غضون 10 أيام من التغيير. إذا قدمت معلومات كاذبة عن قصد أو أخفقت عمدًا في الإبلاغ عن التغييرات، فقد تكون عرضة للاستبعاد والعقوبات المدرجة أدناه.

القسم 504-8 من القانون الجنائي في مدونة قانون مارييلاند المفصلة ينص على ما يلي:

- (أ) أي شخص حصل على أو يحاول الحصول على، أو ساعد شخصًا آخر بطريقة احتيالية في الحصول على أو محاولة الحصول على أموال أو ممتلكات أو قسائم طعام أو رعاية طبية أو أي مساعدة أخرى لا يستحقها بناءً على الحاجة بموجب برنامج اجتماعي أو صحي أو تغذوي يتم تمويله كليًا أو جزئيًا من ولاية ميريلاند وتديره الولاية أو تقسيماتها الفرعية السياسية، يعتبر مذنبًا بارتكاب جنة. لأغراض هذا القسم، يشمل الاحتيال ما يلي:
- (1) الإدلاء ببيان أو إقرار زائف عن عمد؛ أو
 - (2) تعمد عدم الكشف عن أي تغيير جوهري في الأسرة أو وضعها المالي؛ أو
 - (3) انتحال شخصية شخص آخر.
- (ب) عند الإدانة، بعد الإشعار ومنح الفرصة لتقديم الرد بخصوص مبلغ الدفع وكيفية سداده، يجب على الشخص أن يعيد بالكامل الأموال، أو الممتلكات، أو قسائم الطعام، أو الرعاية الطبية، أو المساعدة الأخرى التي تم تلقيها بشكل غير قانوني، أو قيمتها المادية، ويجب معاقبته بغرامة لا تزيد عن 1000 دولار أو السجن مدة لا تزيد عن ثلاث سنوات، أو كلاهما معًا.

الموافقة على الإفصاح عن المعلومات:

أفوض بموجب هذه الوثيقة وحدة إعانة رعاية الطفل التابعة للإدارة التعليمية بولاية مارييلاند (MSDE / CCS)، أو مكتب المفتش العام التابع لإدارة الموارد البشرية بولاية مارييلاند (DHR / OIG) أو أي كيانات مرخص لها من قبل الإدارة التعليمية بولاية مارييلاند، الاتصال بأي شخص أو شركة أو مؤسسة أو جمعية أو وكالة حكومية والحصول على أي سجلات لديهم ومراجعتها لأغراض إثبات أهليتي للحصول على مزايا برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل. ويشمل ذلك، على سبيل المثال لا الحصر: التوظيف، والشؤون المالية (بما في ذلك السجلات المصرفية)، والمدرسة/التعليم، والإيجار/السكن، وسجلات ضريبة الدخل بولاية مارييلاند. بموجب التوقيع أدناه، أقر بأنني الموقع أدناه وأنتي مؤهل للموافقة على هذا الإفصاح عن المعلومات وأنتي أمانح وحدة إعانة رعاية الطفل التابعة للإدارة التعليمية بولاية مارييلاند (MSDE / CCS) الإذن لتقديم معلومات البرنامج عن طريق البريد الإلكتروني و/أو الرسائل النصية. تكون أي نسخة من هذا النموذج سارية مثل الأصل.

اسم الوالد بأحرف واضحة	التاريخ
توقيع الوالد	التاريخ
اسم الوالد الآخر (الوالد/الزوج في الأسرة أو والد الطفل القاصر) بأحرف واضحة	التاريخ
توقيع الوالد الآخر (الوالد/الزوج في الأسرة أو والد الطفل القاصر)	التاريخ

الطلبات التي لم يتم التوقيع عليها وتاريخها سيتم إعادتها.

يتم قبول التوقيعات الإلكترونية إذا تم تقديم الطلب عبر الإنترنت من خلال بوابة 2 CCS Central الإلكترونية المخصصة للولد/مقدم رعاية الطفل.

يجب أن يكون تاريخ الطلب خلال فترة 45 يومًا من تقديمه. لا تقدم طلب إعادة بت قبل 45 يومًا من تاريخ انتهاء إعادة بت

يمكنك الإبلاغ عن الاحتيال المشتبه به في برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل على Reportccsfraud.org

إعادة إلى : https://family.childcareportals.org/	الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند / مكتب رعاية الطفل برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل نموذج تغيير العنوان	
--	--	--

القسم 1	معلومات عامة
الاسم الأول:	الاسم الأخير:
هوية الطرف:	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):	رقم هاتف جهة الاتصال:

القسم 2	معلومات العنوان الجديد
عنوان المنزل:	الشارع رقم الشقة المدينة الولاية الرمز البريدي المقاطعة
تاريخ الانتقال:	شهر/يوم/سنة
عنوان المراسلات، إذا كان مختلفًا:	الشارع رقم الشقة المدينة الولاية الرمز البريدي
تاريخ الانتقال:	شهر/يوم/سنة
يجب إرفاق نسخ من المستندات الداعمة مثل فاتورة المرافق والصفحة الأولى المشتملة على اسمك وصفحة التوقيع من عقد الإيجار أو بيان الرهن العقاري كإثبات لعنوانك الجديد ذلك.	

القسم 3	التوقيع
بموجب التعرض لعقوبة الحنث باليمين، أقر وفق أفضل علمي واعتقادي أن المعلومات المقدمة صحيحة وحقيقية. أقر بأنني ما زلت مقيمًا في ولاية ماريلاند.	
التوقيع	التاريخ
يجب التوقيع على نموذج تغيير العنوان هذا حتى تتم معالجته.	

إذا امتنعت عمدًا عن تقديم معلومات تتعلق بالتغيرات في أسرتك، فستكون مدينًا للوكالة بقيمة أي مدفوعات تم دفعها إليك لرعاية الأطفال.	
يجب عليك الإبلاغ عما يلي في غضون 10 أيام:	
- الزيادة في إجمالي دخل أسرتك إلى ما يعادل أو يزيد عن 85% من متوسط الدخل في الولاية - التغيرات في الدخل التي تشمل: المساعدات النقدية المؤقتة (TCA) أو الدخل دخل الضمان التكميلي (SSI) أو برنامج Head Start - التغيرات في العدد الإجمالي لأفراد أسرتك (الإبلاغ عن إضافة أطفال، والإبلاغ عن إضافة زوج/زوجة في طلب إعادة البيت) - العنوان الجديد، إذا كنت قد انتقلت - التغيرات في جانب مقدم خدمات رعاية الطفل - إذا لم تعد هناك حاجة إلى رعاية الطفل - إذا لم تعد العائلة تقيم في ولاية ماريلاند - كسب أصول تزيد عن مليون دولار	

إعادة إلى: https://family.childcareportals.org/	الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند / مكتب رعاية برنامج المنحة الدراسية لرعاية الطفل نموذج تغير الظروف	
--	--	--

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في إكمال الطلب، فاتصل بمركز المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل رقم 2 (CCS Central 2) على الرقم 877-227-0125.

القسم 1	معلومات عامة
الاسم الأول:	الاسم الأخير:
هوية الطرف:	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة
رقم الضمان الاجتماعي (SSN) (اختياري):	رقم هاتف جهة الاتصال:
العنوان البريدي:	الشارع المدينة الولاية الرمز البريدي

القسم 2	نوع التغيير المُبلغ به	(مطلوب، يجب عليك اختيار خيار واحد على الأقل)
☐ الزيادة في العمل	أكمل القسم 3 ثم قم بعد ذلك بالتوقيع عليه وتأريخه وإرفاق المستندات الداعمة.	
☐ الطفل المُضاف إلى الأسرة	أكمل القسم 4 ثم قم بعد ذلك بالتوقيع عليه وتأريخه وإرفاق المستندات الداعمة.	
☐ خسارة الدخل ☐ الزيادة في الدخل (انظر مخطط متوسط الدخل في الولاية "SMI" في القسم 5)	أكمل القسم 5 ثم قم بعد ذلك بالتوقيع عليه وتأريخه وإرفاق المستندات الداعمة.	
☐ دخل الضمان التكميلي المفتوح دخل ☐ الضمان التكميلي المغلق	أكمل القسم 6 ثم قم بعد ذلك بالتوقيع عليه وتأريخه وإرفاق المستندات الداعمة.	
☐ المساعدات النقدية المؤقتة (TCA) المتعلقة المعتمدة المساعدات ☐ النقدية المؤقتة (TCA) المتعلقة المرفوضة المساعدات النقدية ☐ المؤقتة (TCA) المغلقة	أكمل القسم 7 ثم قم بعد ذلك بالتوقيع عليه وتأريخه وإرفاق المستندات الداعمة.	
☐ تغيير الاسم	أكمل القسم 8 ثم قم بعد ذلك بالتوقيع عليه وتأريخه وإرفاق المستندات الداعمة.	

SSI - دخل الضمان التكميلي؛ TCA - المساعدة النقدية المؤقتة

القسم 3	الإبلاغ عن الزيادة في العمل
اسم فرد الأسرة (من القسم 1):	نوع العمل: انظر الخيارات أدناه
خيارات نوع العمل:	• البحث عن وظيفة • خدمة المجتمع • تعليم • تدريب • خطة المسؤولية الشخصية الخاصة ببرنامج الاستقلال الأسري (FIA)
اسم المؤسسة:	رقم هاتف المؤسسة:
عنوان المؤسسة: الشارع	المدينة الولاية الرمز البريدي
إذا لم يكن لديك جدول أنشطة قياسي، فأدخل إجمالي الساعات في الأسبوع:	ما إجمالي الوقت الذي تستغرقه للتنقل من وإلى العمل كل أسبوع؟ الساعات: الدقائق:
ساعات العمل	الأحد الاثنين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة السبت إلى إلى إلى إلى إلى إلى
المستندات المطلوبة للقسم 3 - يجب عليك إرفاق إثبات ساعات العمل (على سبيل المثال: قسائم الدفع، وجدول المدرسة، وخطة برنامج الاستقلال الأسري "FIA").	

القسم 4 الإبلاغ عن طفل مضاف إلى الأسرة			
معلومات عن الأطفال المضافين إلى الأسرة			
ملاحظة - يجب اتخاذ إجراء إعالة الطفل بالنسبة للأطفال الذين يحتاجون إلى رعاية وتقديم الوثائق مع طلب التغيير هذا.			
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط):	الجنس: ☐ أنثى ☐ ذكر	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):
العرق: انظر الخيارات أدناه	هل أنت من أصل يتحدث الإسبانية / لاتيني؟ ☐ نعم ☐ لا	مواطن أمريكي: ☐ نعم ☐ لا	وضع أجنبي (لغير المواطنين): انظر الخيارات أدناه
خيارات العرق: • أمريكي من أصل هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين • آسيوي • أسود أو أمريكي من أصل أفريقي • من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ • أبيض	خيارات وضع الأجنبي: • مقيم دائم • طالب لجوء • أجنبي ممنوح حق دخول مشروط • تحت إطلاق السراح المشروط من السجن (سنة أو أكثر) • أجنبي تم منع ترحيله	• لاجئ • زوج أجنبي/زوجة أجنبية يتعرض/تتعرض للعنف الأسري، أو طفل يتعرض للعنف الأسري، أو والد/والدة طفل يتعرض/تتعرض للعنف الأسري • بدون وثائق • طفل أجنبي معترف به بشكل قانوني	
هل هذا الطفل بحاجة إلى الرعاية؟ ☐ نعم ☐ لا			
1. هل يتلقى هذا الطفل دخل الضمان التكميلي (SSI)؟ ☐ نعم ☐ لا			
2. ما علاقة الطفل بك؟ ☐ نعم ☐ لا			
3. هل هذا الطفل معاق؟ ☐ نعم ☐ لا			
4. هل يتلقى هذا الطفل استحقاقات من الضمان الاجتماعي؟ ☐ نعم ☐ لا			
5. هل تقدمت بطلب للحصول على إعالة طفل لهذا الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا			
6. هل تتلقى إعالة طفل لهذا الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا			
7. ما اسم الوالد الغائب (الوالدين الغائبين) لهذا الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا			
8. هل هذا الطفل مدرج في برنامج Head Start؟ ☐ نعم ☐ لا			
المستندات المطلوبة للقسم 4 - يجب إرفاق شهادة ميلاد الطفل؛ وإرفاق إثبات الوصاية حيثما ينطبق؛ وإذا كان ينطبق، أرفق خطاب التحقق من دخل الضمان التكميلي؛ وإذا كان ينطبق، أرفق خطاب (خطابات) التحقق من استحقاقات الضمان الاجتماعي الأخرى؛ وإذا كان ينطبق، التحق من إعالة الطفل الذي يكون إما: (1) طوعي؛ أو (2) بموجب أمر محكمة؛ أو "السبب وجيه"؛ أو (4) لإثبات إعالة الطفل.			

القسم 5 الإبلاغ عن تغيير في الدخل																	
معلومات عن خسارة أو تغيير دخل																	
نوع التغيير	اسم فرد الأسرة	نوع الدخل (انظر الخيارات أدناه)	قيمة الدخل الجديد (للتغيير في الدخل فقط)														
☐ خسارة الدخل ☐ الزيادة في الدخل، انظر مخطط متوسط الدخل في الولاية أدناه.																	
خيارات نوع الدخل: • نفقة • راتب من القوات المسلحة • إعالة طفل - بأمر محكمة • إعالة طفل - تطوعية	• استحقاقات الضمان الاجتماعي • دخل الضمان التكميلي • إجمالي دخل العمل الذاتي • مساعدة نقدية مؤقتة (TCA)	• عمولات/يقشيش • إعانة بطالة • إعانة/مزاييا المحاربين القدامى • راتب/اجر	• تعويضات العمال • غير ذلك														
الإبلاغ عن تغيير في الدخل:																	
85% من متوسط الدخل (SMI) في ولاية ماريلاند ارجع إلى جدول متوسط الدخل في الولاية الموجود في الجانب الأيمن بشأن حجم أسرتك.																	
☐ إذا كان دخل أسرتك المجمع أعلى من 85% من متوسط الدخل في الولاية، فقم بإرسال هذا النموذج وأرفق معه المستندات المطلوبة.																	
☐ إذا كان دخل أسرتك المجمع أقل من 85% من متوسط الدخل في الولاية، فقم بإرسال هذا النموذج. الإبلاغ عن التغييرات في الدخل في وقت إعادة البت.																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>حجم الأسرة</th> <th>85% من متوسط الدخل في الولاية</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td> <td>63,153 دولار</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>78,013 دولار</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>92,873 دولار</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>107,732 دولار</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>122,592 دولار</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>125,378 دولار</td> </tr> </tbody> </table>				حجم الأسرة	85% من متوسط الدخل في الولاية	2	63,153 دولار	3	78,013 دولار	4	92,873 دولار	5	107,732 دولار	6	122,592 دولار	7	125,378 دولار
حجم الأسرة	85% من متوسط الدخل في الولاية																
2	63,153 دولار																
3	78,013 دولار																
4	92,873 دولار																
5	107,732 دولار																
6	122,592 دولار																
7	125,378 دولار																
المستندات المطلوبة للقسم 5 في حال فقدان الدخل، فيجب عليك حينئذ إرفاق خطاب فصل من كل جهة عمل سابقة منذ آخر تقرير للأهلية. إذا كانت الزيادة في دخل الأسرة المجمع أعلى من 85% من متوسط الدخل في الولاية الوارد بالمخطط أعلاه فأرفق إثبات الدخل.																	

القسم 6 التغيير في دخل الضمان التكميلي (SSI)	
اسم الطفل (الأخير، الأول، الأوسط):	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة
☐ دخل الضمان التكميلي المفتوح	
☐ دخل الضمان التكميلي المغلق	
المستندات المطلوبة للقسم 6 - أرفق خطاب الإشعار بدخل الضمان التكميلي.	

القسم 7 التغيير في المساعدات النقدية المؤقتة (TCA)	
☐ المساعدات النقدية المؤقتة (TCA) المعلقة المعتمدة	
☐ المساعدات النقدية المؤقتة (TCA) المعلقة المرفوضة	
☐ المساعدات النقدية المؤقتة المعلقة	
المستندات المطلوبة للقسم 7 المساعدات النقدية المؤقتة (TCA) المعلقة المعتمدة: أرفق خطاب الإشعار بمنح المساعدات النقدية المؤقتة؛ المساعدات النقدية المؤقتة (TCA) المعلقة المرفوضة: أرفق إثبات ساعات العمل (على سبيل المثال: قسائم الدفع، وجدول المدرسة، وخطة برنامج الاستقلال الأسري "FIA")؛ المساعدات النقدية المؤقتة المعلقة: أرفق إثبات العمل (على سبيل المثال: قسائم الدفع، وجدول المدرسة، وخطة برنامج الاستقلال الأسري "FIA") وخطاب الإشعار بإغلاق المساعدات النقدية المؤقتة.	

القسم 8 تغيير الاسم	
الاسم السابق:	
الاسم الجديد:	تاريخ السريان: شهر/يوم/سنة
المستندات المطلوبة للقسم 8 - يجب إرفاق إثبات تغيير اسمك القانوني.	

القسم 9 التوقيع والتاريخ	
تحت التعرض لعقوبة الحنث باليمين، أقر وفق أفضل علمي واعتقادي أن المعلومات المقدمة صحيحة وحقيقية.	
التوقيع (مطلوب)	التاريخ (مطلوب)
يجب التوقيع على طلبات التغيير وتاريخها حتى يمكن معالجتها. لا تُقبل التوقيعات الإلكترونية. يجب أن يكون تاريخ الطلب خلال فترة 45 يومًا من تقديمه.	

— إخطار —

يتطلب منك كل تغيير تم الإبلاغ به تقديم مستندات داعمة مع نموذج تغيير الظروف هذا.

يسري التغيير المبلغ به بمجرد استلام مركز المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل رقم 2 لجميع المستندات المطلوبة.

إلى إعادة : https://family.childcareportals.org/	الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند / مكتب رعاية الطفل برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل إفادة التحقق من التوظيف
--	--

القسم 1 معلومات عامة	
الاسم الأول:	الاسم الأخير
تاريخ الميلاد:	رقم هاتف جهة الاتصال
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):	

القسم 2 الوظيفة الحالية/الجديدة			
المسمى الوظيفي:		تاريخ بدء الوظيفة: شهر/يوم/سنة	
أجر الساعة:	بقشيش:	عمولة:	
يتم الدفع كل: ☐ أسبوع ☐ أسبوعين ☐ نصف شهر ☐ شهر			
نهاية الفترة	المبلغ الإجمالي المدفوع	تاريخ الاستلام	ساعات العمل
جدول مواعيد العمل: (إذا كان جدول مواعيد العمل غير ثابت، فاذكر عدد أيام العمل في الأسبوع).			
عدد ساعات العمل في الأسبوع:		هل يعمل الموظف خلال: ☐ الفترة المسائية/الفترة الليلية (7 مساءً - 6 صباحاً) ☐ عطلات نهاية الأسبوع	

القسم 3 انتهاء العمل		
آخر يوم في العمل: شهر/يوم/سنة	تاريخ آخر دفعة تلقيتها: شهر/يوم/سنة	إجمالي مبلغ الشيك الأخير:
هل الموظف في إجازة بدون أجر؟ ☐ نعم ☐ لا		إذا كانت الإجابة هي "نعم"، فإن التاريخ المتوقع للعودة هو: شهر/يوم/سنة

القسم 4 معلومات جهة العمل	
اسم الشركة:	رقم الهاتف:
العنوان:	
اسم الشخص الذي يكمل النموذج:	التوقيع:
اللقب:	التاريخ: شهر/يوم/سنة
رقم الهاتف:	

القسم 5 التوقيع	
موافقة الإفصاح عن المعلومات أنا أدرك أنه سيتم التحقق من هذه المعلومات واستخدامها من قبل برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل من أجل تحديد أهليتي للحصول على المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل.	
التوقيع:	التاريخ:

إعادة إلى : https://family.childcareportals.org/	الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند / مكتب رعاية الطفل برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل مطالبة سبب وجيه	
--	--	--

القسم 1 معلومات عامة عن مقدم الطلب (الطرف الوصي)	
الاسم الأول:	الاسم الأخير:
تاريخ الميلاد:	رقم هاتف جهة الاتصال:
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):	

القسم 2 الطرف غير الوصي	
الاسم الأول:	الاسم الأخير:
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):	

القسم 3 تعريف عبارة "سبب وجيه"	
"السبب الوجيه لرفض التعاون في التماس إعالة الطفل" يعني أن هذا التعاون قد يضر بالطفل المعني أو العميل. تقتصر هذه الأسباب على ما يلي: • عندما يكون من المحتمل أن يتسبب التعاون في ضرر جسدي أو عاطفي خطير للطفل؛ و • عندما يكون من المحتمل أن يتسبب التعاون في ضرر جسدي أو عاطفي خطير للعميل بحيث يتعذر على العميل رعاية الطفل؛ و • عندما يولد الطفل نتيجة سفاح القربى أو الاغتصاب؛ و • عندما يكون التبني القانوني للطفل بقرار محكمة؛ و • عندما تساعد وكالة الخدمة الاجتماعية العملاء في تقرير ما إذا كانوا سيقفون على الطفل أو يتنازلون عنه للتبني (طالما أن هذه العملية لم تستمر لأكثر من 3 أشهر).	

القسم 4 إثبات "السبب الوجيه"	
يقتصر الدليل المقبول لإثبات مطالبة "السبب الوجيه" على ما يلي: • شهادة الميلاد أو السجل الطبي أو سجل الشرطة الذي يوضح أن الطفل ولد نتيجة سفاح القربى أو الاغتصاب؛ و • وثائق محكمة تبين أن التبني القانوني للطفل يجري البت فيه من قبل محكمة؛ و • وثائق محكمة أو وثائق طبية أو وثائق شرطة أو وثائق نفسية توضح أن الوالد الغائب قد يؤذي الطفل أو العميل؛ و • إفادة طبية أو إفادة صادرة عن متخصص في الصحة العقلية تفيد بأن التعاون قد يكون ضارًا بالصحة النفسية للطفل أو العميل؛ و • إفادات مشفوعة بقسم من قبل أفراد بخلاف العميل يعرفون الظروف التي تشكل الأساس لمطالبة السبب وجيه المقدمة من قبل العميل.	

القسم 5 التوقيع	
لقد قرأت أو استمعت إلى تعريف عبارة السبب الوجيه وأرغب الحين في تقديم مطالبة سبب وجيه نظرًا لرفض التعاون في التماس إعالة الطفل	
توقيع عميل برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل	التاريخ

ملاحظة للعميل: إذا كنت ترغب في تقديم مطالبة سبب وجيه، فيجب عليك تقديم جميع الإثباتات الداعمة لهذه المطالبة في غضون 30 يومًا من تقديم طلب المنحة الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل إلى مركز برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل (CCS Central 2). إذا لم تقدم مثل هذا الإثبات بشأن مطالبة السبب الوجيه في غضون 30 يومًا، فسيتم تعليقك التقديم بطلب للحصول على خدمات إعالة الطفل أو سيتم إغلاق ملف المنحة الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل الخاصة بك.

الإعادة إلى : https://family.childcareportals.org/	الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند / مكتب رعاية الطفل برنامج المنحة الدراسية لرعاية الطفل طلب لسحب الاستئناف	
--	---	--

تم إخطارنا بأنك لم تعد ترغب في استئناف طلب جلسة استماع عادلة لدى مكتب جلسات الاستماع الإدارية. مطلوب تقديم طلب سحب موقع قبل أن نتمكن من سحب الاستئناف الخاص بك. يرجى التوقيع على هذا النموذج وإعادته إلى العنوان أعلاه.

القسم 1 معلومات الدخل	
الاسم الأول:	الاسم الأخير:
تاريخ الميلاد:	رقم هاتف جهة الاتصال:
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):	

القسم 2 التوقيع	
بالتوقيع، أقر بأنني أرغب في سحب استئناف جلسة استماع عادلة مع مكتب جلسات الاستماع الإدارية.	
التوقيع	التاريخ
لن تتم معالجة طلب سحب الاستئناف هذا إذا لم يتم التوقيع على النموذج	

الإعادة إلى : https://family.childcareportals.org/	الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند / مكتب رعاية الطفل برنامج المنحة الدراسية لرعاية الطفل طلب سحب الطلب المقدم	
--	---	--

تم إخطارنا بأنك لم تعد ترغب في تقديم طلب للحصول على خدمات المنحة الدراسية لرعاية الطفل. مطلوب تقديم طلب سحب موقع قبل أن نتمكن من سحب الاستئناف الخاص بك. يرجى التوقيع على هذا النموذج وإعادته إلى العنوان أعلاه.

القسم 1 معلومات الدخل	
الاسم الأول:	الاسم الأخير:
تاريخ الميلاد:	رقم هاتف جهة الاتصال:
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):	

القسم 2 التوقيع	
بالتوقيع، أقر بأنني أرغب في سحب طلبي للحصول على خدمات المنحة الدراسية لرعاية الطفل.	
التوقيع	التاريخ
لن تتم معالجة طلب سحب الاستئناف هذا إذا لم يتم التوقيع على النموذج.	

إعادة إلى : https://family.childcareportals.org/	الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند / مكتب رعاية الطفل برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل التحقق من الفصول الدراسية عبر الإنترنت	
--	---	--

تعتبر الفصول الدراسية عبر الإنترنت نشاطًا معتمدًا. لكي يتم النظر في طلبك، يجب عليك تقديم وصف للفصل الدراسي من الكatalog الرسمي، بالإضافة إلى بيان تم الإقرار به ذاتيًا يشير إلى الأيام والساعات التي ستلقى فيها دروسك عبر الإنترنت. لا تُدرج أوقات الدراسة ضمن الساعات التي تم الإفادة بها.

القسم 1 معلومات عامة	
الاسم الأول:	الاسم الأخير :
تاريخ الميلاد:	رقم هاتف جهة الاتصال:
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):	

القسم 2 تفاصيل الفصل الدراسي عبر الإنترنت							
اسم المؤسسة:				الموقع الإلكتروني للمؤسسة:			
أسماء الفصول الدراسية:				وصف الفصل الدراسي:			
النشاط	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
الساعات							
إذا لم يكن لديك أي نشاط قياسي ضع جدول زمني، وأدخل إجمالي الساعات في الأسبوع المخصصة للنشاط:							

القسم 3 التوقيع	
بموجب التوقيع، أقر بأنني أحضر دروسًا عبر الإنترنت بإجمالي الساعات في الأسبوع المذكورة أعلاه.	
التوقيع	التاريخ

إعادة إلى : https://family.childcareportals.org/	الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند / مكتب رعاية الطفل برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل نموذج تغيير عنوان مقدم رعاية الطفل	
--	---	--

القسم 1		معلومات عامة
اسم مقدم رعاية الطفل:		
☐ مقدم رعاية الطفل غير الرسمي	☐ مقدم رعاية الطفل الرسمي	
رقم هوية مقدم رعاية الطفل:	رقم هاتف جهة الاتصال:	

القسم 2		عنوان الدفع الحالي
عنوان الدفع:	الشارع	رقم الشقة
	المدينة	الولاية
	الرمز البريدي	المقاطعة

القسم 3		عنوان الدفع الجديد:
عنوان الدفع:	الشارع	رقم الشقة
	المدينة	الولاية
	الرمز البريدي	المقاطعة
تاريخ التغيير الفعلي: شهر/يوم/سنة		
يجب إرفاق نسخ من المستندات الداعمة مثل فاتورة المرافق والصفحة الأولى وصفحة التوقيع من عقد الإيجار أو بيان الرهن العقاري كإثبات لعنوانك الجديد ذلك.		

القسم 4 التوقيع	
بموجب التعرض لعقوبة الحنث باليمين، أقر وفق أفضل علمي واعتقادي أن المعلومات المقدمة صحيحة وحقيقية.	
توقيع مقدم رعاية الطفل:	التاريخ:
يجب التوقيع على نموذج تغيير عنوان مقدم رعاية الطفل هذا حتى تتم معالجته.	

ملاحظة: إذا كنت بحاجة إلى تغيير عنوانك البريدي لمراسلات المستندات الأخرى مثل الفواتير والخطابات أو إذا تم تغيير موقع منشأتك، فيرجى الاتصال بجهات الاتصال التالية:

- مُرَخَّص له - اتصل بمكتب الترخيص الإقليمي الذي تتبعه. (تأكد من أن اختصاصي الترخيص لديه عنوان بريدك الإلكتروني الحالي)
- مقدم رعاية طفل عائلي مسجل - اتصل بمكتب الترخيص الإقليمي الذي تتبعه. (تأكد من أن اختصاصي الترخيص لديه عنوان بريدك الإلكتروني الحالي)
- مقدمو الرعاية غير الرسميين - اتصل بمركز المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل. (مركز المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل (CCS) Central 2) لديه عنوان بريدك الإلكتروني الحالي)

الإعادة إلى : https://family.childcareportals.org/	الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند / مكتب رعاية الطفل برنامج المنحة الدراسية لرعاية الطفل نموذج طلب نقل منحة مقدم رعاية	
--	--	--

القسم 1 معلومات عامة	
الاسم:	الاسم الأخير:
هوية الطرف:	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):	رقم هاتف جهة الاتصال:
العنوان:	الشارع
	رقم الشقة
	المدينة
	الولاية
	الرمز البريدي
	المقاطعة

القسم 2 معلومات المنحة الدراسية			
الأطفال الذين يحتاجون إلى منحة جديدة			
اسم الطفل	تاريخ ميلاد الطفل	رقم الضمان الاجتماعي للطفل (اختياري)	تاريخ بدء المنحة الجديدة

القسم 3 معلومات مقدم الرعاية	
تفاصيل نقل مقدم الرعاية	
اسم مقدم الرعاية	عنوان مقدم الرعاية الجديد

القسم 3 التوقيع	
تحت عقوبة الحنث باليمين، أعلن حسب علمي واعتقادي أن المعلومات المقدمة صحيحة وحقيقية.	
التوقيع	التاريخ
يجب توقيع نموذج طلب نقل منحة مقدم رعاية لكي تتم معالجتها	

Office of Administrative Hearings
Administrative Law Building
11101 Gilroy Road
Hunt Valley, MD 21031-1301

طلب جلسة استماع - برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل

❖ كيف أطلب عقد جلسة استماع؟

أكمل النموذج الموجود في الجزء الخلفي من هذه الصفحة. أرسل النموذج إلى برنامج المنح الدراسية الموجهة رعاية الطفل (CCS) الكائن مقره في مركز المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل (CCS Central 2)



إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في إكمال هذا النموذج،
اتصل بمركز المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل
(CCS Central 2) على الرقم 1-877-227-0125



❖ ما هي المدة التي يُتاح لي خلالها طلب جلسة استماع؟

يجب أن تطلب جلسة استماع في موعد أقصاه 90 يومًا بعد تاريخ الإشعار.

❖ كيف لا يزال بإمكانني الحصول على المنحة الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل الخاصة بي بينما أنتظر جلسة الاستماع الخاصة بي؟

إذا تم طلب عقد جلسة استماع في موعد لا يتجاوز 10 أيام بعد تاريخ آخر إشعار وكان يتم تلقي خدمات برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل، فيمكن أن تستمر الخدمات ما لم تنتهي أهليتك.

❖ هل سأكون مدين بأي أموال إذا حصلت على المنحة الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل الخاصة بي أثناء فترة انتظاري؟

نعم، إذا اتفق القاضي معنا وخسرت استئنافك، فسيكون من الضروري إعادة الأموال التي تم إنفاقها على رعاية طفلك.

❖ متى وأين سيتم عقد جلسة الاستماع؟

سيرسل مكتب جلسات الاستماع الإدارية إشعارًا يوضح وقت عقد جلسة الاستماع ومكانه.

❖ هل يجب أن أحضر جلسة الاستماع؟

نعم، ستخسر إذا لم تحضر. إذا لم تتمكن من الحضور، فاتصل بمكتب جلسات الاستماع الإدارية على الرقم 410-229-4100 وسيساعدونك في إعادة جدولة جلسة الاستماع.

❖ هل يمكنني إحضار شخص ما لمساعدتي أو التحدث نيابة عني؟

يمكنك إحضار محامي أو صديق أو قريب. إذا كنت تريد مساعدة قانونية مجانية، فاتصل بدائرة المساعدة القانونية على الرقم 1-800-999-8904.

❖ كيف يمكنني الاستعداد لجلسة الاستماع؟

يمكنك الاتصال بمركز برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل (CCS Central 2) للتحدث إلى ممثل يمكنه مراجعة قرار الأهلية معك وتقديم أي مستندات مطلوبة.

إعادة إلى : https://family.childcareportals.org/	الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند / مكتب رعاية الطفل برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل طلب جلسة استماع - برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل	
--	--	--

املأ هذا النموذج فقط إذا كنت لا توافق على قرار ما يتعلق بخدماتك.
إذا كنت لا توافق على إجراءات برنامج منحة رعاية الطفل،
فيحق لك مناقشة أسبابك مع مشرف.
سنساعدك في ملء هذا النموذج أو يمكنك طلب جلسة استماع بالاتصال بالرقم 1-877-227-0125.

القسم 1 أخبرنا من أنت املأ الفراغات في هذا المربع وأكمل المربعات 2-4. يُرجى الكتابة بأحرف واضحة.		
الاسم	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة	
العنوان:	المقاطعة:	
المدينة:	الولاية	الرمز البريدي:
رقم هاتف جهة الاتصال:	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):	

القسم 2 هل تريد الطعن على قرار برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل (CCS)؟ يُرجى اختيار نعم أو لا.
☐ نعم، أريد الطعن على قرار برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل.
☐ لا، لا أريد الطعن على قرار برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل.

القسم 3 ما هي أسباب رغبتك في عقد جلسة استماع؟
☐ لم يكن مسموحاً لي بالتقديم. ☐ تم رفض طلبي. ☐ لم يتم معالجة طلبي بشكل صحيح. ☐ لا أتلقى الخدمات التي أحتاجها. ☐ مبلغ المساعدة الذي تلقينته كان خطأ. ☐ تم تعليق مساعدتي أو تخفيضها أو إنهاؤها بشكل غير صحيح. ☐ لا أوافق على سداد مقابل المساعدة التي تلقيتها.
إذا كنت قد تلقيت إشعاراً بهذا الشأن، فما هو تاريخ الإشعار؟: شهر/يوم/سنة
لماذا تريد عقد جلسة استماع؟ من فضلك أخبرنا بما حدث:

القسم 4 التوقيع
أنا أدرك أنني إذا طلبت عقد جلسة استماع في غضون 10 أيام من تاريخ الإشعار وكنت أتلقى مزايا، فلا يزال بإمكانني الحصول على تلك المزايا أثناء انتظاري عقد جلسة الاستماع إلا إذا كانت قد انتهت فترة حصولي على الخدمات. قد اضطر إلى سداد مقابل جميع المزايا مرة أخرى، إذا خسرت استئنافي.
☐ ضع علامة هنا إذا كنت لا تريد الحصول على المزايا أثناء انتظار عقد جلسة الاستماع الخاصة بك.
التوقيع:
التاريخ:

إعادة إلى: https://family.childcareportals.org/	الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند / مكتب رعاية الطفل برنامج المنحة الدراسية لرعاية الطفل بيان الإقرار بالعمل الحر	
--	---	--

القسم 1: معلومات عامة	
الاسم الأول:	الاسم الأخير:
تاريخ الميلاد:	رقم هاتف جهة الاتصال:
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):	اسم الشركة:

القسم 2 الدخل (اذكر دخل آخر 3 شهور). أرفق مستند التحقق من الدخل			
المسمى الوظيفي:		رقم معرف جهة العمل:	
الشهر	المبلغ الإجمالي المدفوع	تاريخ الاستلام	ساعات العمل
جدول مواعيد العمل: (إذا كان جدول مواعيد العمل غير ثابت، فاذكر عدد أيام العمل في الأسبوع).			
في أي وقت يكون عملك اليومي على سبيل المثال من 9 ص - 5 م:		هل تعمل: ☐ في الأسابيع ☐ عطلات نهاية الأسبوع	
عدد ساعات العمل في الأسبوع:		متوسط ساعات العمل خلال آخر 3 أشهر:	

القسم 3 الإقرار
أنا، __ ، أقر بموجب ذلك بالمعلومات التالية: أنا أقر بأن هذا الدخل متولد من عملي الحر. أنا أقر بأنني مؤهل لدفع ضرائب الولاية والضرائب الفيدرالية لعملي الحر. أنا أقر باحتمالية تحقيق أرباح أو خسائر. وأقر بأن المعلومات التي أقدمها في هذا النموذج صحيحة وفق أفضل علمي. وأنا أدرك أنه في حال تقديمي معلومات غير صحيحة أو في حال إخفائي معلومات، فإنني قد أعاقب بموجب القانون بتهمة الاحتيال أو الحنث باليمين. وقد يتعين عليّ أيضاً سداد أي مدفوعات تكبدتها ولاية ماريلاند بسبب ذلك الاحتيال أو الخطأ المرتكب من قبلي.

القسم 4 التوقيع	
موافقة للإفصاح عن المعلومات	
أنا أدرك أنه سيتم التحقق من هذه المعلومات واستخدامها من قبل برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل من أجل تحديد أهليتي للحصول على المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل.	
التوقيع:	التاريخ:

إعادة إلى : https://family.childcareportals.org/	الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند / مكتب رعاية الطفل برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل اتفاقية إعالة طفل طوعية	
---	--	--

القسم 1 معلومات عامة عن مقدم الطلب (الطرف الوصي)	
الاسم الأول:	الاسم الأخير
تاريخ الميلاد:	رقم هاتف جهة الاتصال
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):	

القسم 2 الطرف غير الوصي				
الاسم الأول:		الاسم الأخير		
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):				
عنوان المنزل:	الشارع	رقم الشقة	المدينة	الولاية
				الرمز البريدي

القسم 3 مبلغ الدفع	
المبلغ المدفوع:	التكرار:

القسم 4 الأطفال	
اسم الطفل الأول:	اسم الطفل الثاني:
اسم الطفل الثالث:	اسم الطفل الرابع:

القسم 5 التوقيع	
بموجب التوقيع على هذه الوثيقة، أقر بأنني أدفع المبلغ المذكور أعلاه إلى طرف الوصي وأنني لست فردًا من أفراد الأسرة في الوقت الحالي. عند الانضمام مرة أخرى، سأوقع على طلب المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل (CCS) عند تقديم طلب إعادة البت وسأبلغ عن الدخل والعمل.	
توقيع الطرف غير الوصي	التاريخ
بموجب التوقيع على هذه الوثيقة، أقر بأنني ألتقي المبلغ المذكور أعلاه من الطرف غير الوصي وأن الوالد الغائب ليس جزءًا من الأسرة في الوقت الحالي. إذا عاد الوالد الغائب إلى العائلة، عند تقديم طلب إعادة البت: سيوقع الوالد الغائب على طلب المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل وسأبلغ عن الدخل والعمل.	
توقيع الطرف الوصي	التاريخ
يجب أن يوقع كلا الوالدين على نموذج اتفاقية إعالة طفل طوعية حتى تتم معالجة هذا النموذج.	

	الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند / برنامج دعم رعاية الطفل التابع لمكتب رعاية الطفل نموذج طلب أيام الإغلاق الطوعي	Email To: CCSInvoices@maryland.gov
--	---	---------------------------------------

القسم 1: معلومات عامة	
اسم مقدم الرعاية:	
رقم هوية مقدم الرعاية:	رقم هاتف جهة الاتصال:

القسم 2 حدد اليوم (الأيام) الذي تخطط لإغلاقها طوعية. يجب تقديم إخطار بأيام الإغلاق الطوعي إلى الوالد (الوالدين) ومركز منحة رعاية الطفل (CCS Central 2) قبل أيام الإغلاق.	
تاريخ البدء (شهر/يوم/سنة)	تاريخ الانتهاء (شهر/يوم/سنة)

ملاحظة: يُسمح لمقدمي رعاية الأطفال بالدفع لمدة تصل إلى أسبوعين متتاليين من الإغلاق الطوعي كل عام.

القسم 3 التوقيع	
☐ أقر بأنني / أننا قمنا بإخطار جميع الآباء بخصوص هذا الإغلاق.	
توقيع مقدم رعاية الطفل:	التاريخ:

الإعادة إلى: https://family.childcareportals.org/	الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند / مكتب رعاية الطفل برنامج المنحة الدراسية لرعاية الطفل نموذج طلب تمديد المنحة	
---	---	--

القسم 1	معلومات عامة
الاسم الأول:	الاسم الأخير:
هوية الطرف:	تاريخ الميلاد:
رقم الضمان الاجتماعي (SSN) (اختياري):	رقم هاتف جهة الاتصال:
العنوان البريدي:	الشارع المدينة الولاية الرمز البريدي

القسم الثاني	معلومات القسيمة		
الأطفال الذين يحتاجون إلى تمديد القسيمة			
اسم الطفل	تاريخ ميلاد الطفل	رقم الضمان الاجتماعي للطفل (اختياري)	تاريخ بدء التمديد

القسم الثالث	معلومات النشاط		
تفاصيل النشاط المعتمد			
اسم فرد من أفراد الأسرة	النشاط	تاريخ البدء	تاريخ الانتهاء
بالنسبة لجميع الأنشطة "التوظيف"، يجب إرفاق خطاب من جهة العمل للتحقق من ساعات العمل. بالنسبة لجميع الأعمال التي تقتصر على "التعليم" أو "التدريب"، يجب إرفاق نسخة من جدول المدرسة / التدريب الحالي للتحقق من أيام الدراسة وساعات الدراسة.			
القسم 3 التوقيع			
تحت عقوبة الحنث باليمين، أعلن حسب علمي واعتقادي أن المعلومات المقدمة صحيحة وحقيقية.			
التوقيع	التاريخ		
لن تتم معالجة طلب تمديد المنحة هذا إذا لم يتم توقيع النموذج.			