

إعادة إلى: CCS Central 2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827	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 أَسْرَتِكَ، فستكون مدينًا للوكالة بقيمة أي مدفوعات تم دفعها إليك لرعاية الأطفال.
<p>يجب عليك الإبلاغ عما يلي في غضون 10 أيام:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 البت) 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