

	马里兰州教育部/儿童照护办公室 儿童照护奖学金计划 地址更改表	寄回至： CCS Central 2 邮政信箱 346031 Bethesda, MD 20827
--	---------------------------------------	--

第 1 部分 一般信息	
名字：	姓氏：
当事人 ID：	出生日期 (DOB)：月/日/年
社会安全号码 (SSN) (可选)：	联系电话：

第 2 部分 新地址信息					
家庭住址：	街道	公寓编号	城市	州	邮编 县
搬家日期：月/日/年					
邮寄地址 (如果不同)：	街道	公寓编号	城市	州	邮编
搬家日期：月/日/年					
您必须附上证明文件的副本，例如水电费账单（第一页上有您的姓名）和租赁协议或抵押声明的签名页，以证明这是您的新地址。					

第 3 部分 签名	
本人尽我所知和确信声明所提供的信息是真实正确的，否则愿意承担伪证罪惩罚。本人声明本人仍然是马里兰州的居民。	
签名	日期
必须签署此地址更改表才能进行处理。	

<p><b>如果您有意隐瞒有关家庭变化的信息，则您将承担该机构已支付的任何儿童照护费用款项。</b></p> <p><b>您必须在 10 天内报告以下内容：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 您的家庭总收入增加到等于或超过州中位数收入的 85%</li> <li>• 收入变化包括：SSI、TCA 或提前教育</li> <li>• 您家庭中总人数的变化（儿童数量增加。在重新确定时报告配偶的加入）</li> <li>• 新地址（如果已搬家）</li> <li>• 儿童照护提供者的变化</li> <li>• 不再需要儿童照护</li> <li>• 家庭不再居住在马里兰州</li> <li>• 资产增加超过一百万美元</li> </ul>
---