

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 الظروف	
--	---	--

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في إكمال الطلب، فاتصل بمركز المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل رقم 2 (CCS Central 2) على الرقم 1-227877-0125

القسم 1 معلومات عامة		
الاسم الأول:	الاسم الأخير:	
هوية الطرف	تاريخ الميلاد: الشهر/اليوم/السنة	
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 تحديد خيار واحد على الأقل)	
<input type="checkbox"/> الزيادة في العمل أكمل القسم 3 ثم قم بعد ذلك بالتوقيع عليه وتأريخه وإرفاق المستندات الداعمة	
<input type="checkbox"/> الطفل المُضاف إلى الأسرة أكمل القسم 4 ثم قم بعد ذلك بالتوقيع عليه وتأريخه وإرفاق المستندات الداعمة	
<input type="checkbox"/> الدخل المفقود <input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي المفتوح <input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي المغلق أكمل القسم 6 ثم قم بعد ذلك بالتوقيع عليه وتأريخه وإرفاق المستندات الداعمة	
<input type="checkbox"/> المساعدات النقدية المؤقتة (TCA) المعلقة المعتمدة <input type="checkbox"/> المساعدات النقدية المؤقتة (TCA) المعلقة المرفوضة <input type="checkbox"/> المساعدات النقدية المؤقتة (TCA) المعلقة أكمل القسم 7 ثم قم بعد ذلك بالتوقيع عليه وتأريخه وإرفاق المستندات الداعمة	
<input type="checkbox"/> تغيير الاسم أكمل القسم 8 ثم قم بعد ذلك بالتوقيع عليه وتأريخه وإرفاق المستندات الداعمة	
<input type="checkbox"/> التغيير في جدول الطفل (على سبيل المثال: يبدأ الطفل بروضة الأطفال، أو برنامج Head Start "البداية الأولية"، أو صف ما قبل الروضة الممول من قبل الولاية، أو يحتاج إلى ساعات جديدة) أكمل القسم 9 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:			<input type="checkbox"/> البحث عن وظيفة <input type="checkbox"/> خدمة المجتمع <input type="checkbox"/> تعليم <input type="checkbox"/> توظيف <input type="checkbox"/> تدريب <input type="checkbox"/> 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؟								
ساعات العمل		الأحد		الاثنين		الثلاثاء		الأربعاء		الخميس		الجمعة		السبت	
إلى		إلى		إلى		إلى		إلى		إلى		إلى		إلى	
المستندات المطلوبة للقسم 3 - يجب عليك إرفاق إثبات ساعات العمل (على سبيل المثال: قوائم الدفع، وجدول المدرسة، وخطة برنامج الاستقلال الأسري "FIA").															

القسم 4 الإبلاغ عن طفل مُضاف 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: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	تاريخ الميلاد: الشهر/اليوم/السنة	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):
العرق: انظر الخيارات أدناه	هل أنت من أصل يتحدث الإسبانية / لايتيني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مواطن أمريكي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	وضع اجنبي (غير المواطنين): انظر الخيارات أدناه
خيارات العرق:	خيارات وضع الأجني:	مقيم دائم	لاجئ
<ul style="list-style-type: none"> أمريكي من أصل هندي أو من سكان الأسكا الأصليين أسيوي أسود أو أمريكي من أصل أفريقي من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ أبيض 	<ul style="list-style-type: none"> مقيم دائم طالب لجوء اجنبي ممنوح حق دخول مشروط قيد إطلاق السراح المشروط من السجن (سنة أو أكثر) اجنبي تم منع ترحيله 	<ul style="list-style-type: none"> زوج اجنبي/زوجة اجنبية يتعرض/تعرض للعنف الأسري، أو طفل يتعرض للعنف الأسري، أو والد/أدلة طفل يتعرض/تعرض للعنف الأسري بدون وثائق طفل اجنبي معترف به بشكل قانوني 	<ul style="list-style-type: none"> لاجئ زوج اجنبي/زوجة اجنبية يتعرض/تعرض للعنف الأسري، أو طفل يتعرض للعنف الأسري، أو والد/أدلة طفل يتعرض/تعرض للعنف الأسري بدون وثائق طفل اجنبي معترف به بشكل قانوني
هل هذا الطفل بحاجة إلى الرعاية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
1. هل يتلقى هذا الطفل دخل الضمان التكميلي (SSI)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
2. ما علاقة الطفل بك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
3. هل هذا الطفل مُعاق؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
4. هل يتلقى هذا الطفل استحقاقات من الضمان الاجتماعي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
5. هل تقدمت بطلب للحصول على إعالة طفل لهذا الطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
6. هل تتلقى إعالة طفل لهذا الطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
7. ما اسم الوالد الغائب (والوالدين الغائبين) لهذا الطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
8. هل هذا الطفل مدرج في برنامج Head Start؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو تاريخ البدء؟ الشهر/اليوم/السنة			

المستندات المطلوبة للقسم 4 - يجب إرفاق شهادة ميلاد

الطفل؛ وإرفاق إثبات الوصاية حينما 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، التحقق 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 الدخل المفقود أو المتغير

نوع التغيير	اسم فرد الأسرة	نوع الدخل (انظر الخيارات أدناه)	فيما الدخل الجديد (للتغيير في الدخل فقط)
<input type="checkbox"/> الدخل المفقود <input type="checkbox"/> الزيادة في الدخل، انظر مخطط متوسط الدخل في الولاية أدناه.			
خيارات نوع الدخل:	استحقاقات الضمان الاجتماعي	عمولات/تفشييش	تعويضات العمال
<ul style="list-style-type: none"> نفقة راتب من القوات المسلحة إعالة طفل - بامر محكمة إعالة طفل - تطوعية 	<ul style="list-style-type: none"> دخول الضمان التكميلي إجمالي دخل العمل الذاتي مساعدة نقدية مؤقتة (TCA) 	<ul style="list-style-type: none"> عمولات/تفشييش إعانة بطالة إعانة/مزايا المحاربين القدامى راتب/اجر 	<ul style="list-style-type: none"> تعويضات العمال غير ذلك

الإبلاغ عن تغيير في الدخل:

85% من متوسط الدخل (SMI) في ولاية ماريلاند

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

إرجع 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.

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 التغير في دخل الضمان التكميلي (SSI)	
اسم الطفل (الأخير، الأول، الأوسط):	تاريخ الميلاد: الشهر/اليوم/السنة
<input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي المفتوح	
<input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي المغلق	
المستندات المطلوبة للقسم 6 - أرفق خطاب الإشعار بدخل الضمان التكميلي.	

القسم 7 التغير في المساعدات النقدية المؤقتة (TCA)	
<input type="checkbox"/> المساعدات النقدية المؤقتة (TCA) المعلقة المعتمدة	
<input type="checkbox"/> المساعدات النقدية المؤقتة (TCA) المعلقة المرفوضة	
<input type="checkbox"/> المساعدات النقدية المؤقتة المغلقة	
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 المغلقة: 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: الشهر/اليوم/السنة
المستندات المطلوبة للقسم 8 - يجب إرفاق إثبات تغيير اسمك القانوني.	

القسم 9 التغير في جدول رعاية الطفل (أدخل الجدول الجديد لرعاية كل طفل)							
اسم الطفل (الأخير، الأول، الأوسط):							
جدول الرعاية الجديد	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
	إلى	إلى	إلى	إلى	إلى	إلى	إلى
إذا كان الطفل في سن المدرسة حاليًا، فيجب إدخال جدول رعاية ما قبل وبعد المدرسة هنا.							
اسم الطفل (الأخير، الأول، الأوسط):							
جدول الرعاية الجديد	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
	إلى	إلى	إلى	إلى	إلى	إلى	إلى
إذا كان الطفل في سن المدرسة حاليًا، فيجب إدخال جدول رعاية ما قبل وبعد المدرسة هنا.							
اسم الطفل (الأخير، الأول، الأوسط):							
جدول الرعاية الجديد	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
	إلى	إلى	إلى	إلى	إلى	إلى	إلى
إذا كان الطفل في سن المدرسة حاليًا، فيجب إدخال جدول رعاية ما قبل وبعد المدرسة هنا.							
اسم الطفل (الأخير، الأول، الأوسط):							
جدول الرعاية الجديد	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت
	إلى	إلى	إلى	إلى	إلى	إلى	إلى
إذا كان الطفل في سن المدرسة حاليًا، فيجب إدخال جدول رعاية ما قبل وبعد المدرسة هنا.							

تابع أدناه للتوقيع على هذا النموذج وتاريخه (مطلوب)

القسم 10 التوقيع والتاريخ	
تحت طائلة عقوبة 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 يوماً من تقديمه.	

---إخطار---

يجب تقديم المستندات الداعمة للتغييرات الواردة في الأقسام من 1 إلى 8 جنباً إلى جنب مع نموذج تغير الظروف الموقع والمؤرخ.

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