

| | | |
|--|---|---|
| | 马里兰州教育部/儿童照护办公室的儿童照护奖学金计划 情况变更表 | 寄回至: CCS Central 2 邮政信箱 346031 Bethesda, MD 20827 |
|--|---|---|

如果您在填写此表格时需要帮助, 请致电 CCS Central 2, 电话 877-227-0125

| 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: |
| 邮寄地址: | 街道 城市 州 邮编 |

| 第 2 部分 报告变更的类型 (必填, 您必须至少选择一项) | |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 增加的活动 | 完成部分 3 然后签名、注明日期并附上证明文件。 |
| <input type="checkbox"/> 新加入家庭的儿童 | 完成部分 4 然后签名、注明日期并附上证明文件。 |
| <input type="checkbox"/> 收入损失 <input type="checkbox"/> 收入增加 (参见第 5 节中的 SMI 图表) | 完成部分 5 然后签名、注明日期并附上证明文件。 |
| <input type="checkbox"/> SSI 档案打开 <input type="checkbox"/> SSI 档案关闭 | 完成部分 6 然后签名、注明日期并附上证明文件。 |
| <input type="checkbox"/> 待定的 TCA 申请获批准 <input type="checkbox"/> 待定的 TCA 申请被拒绝 <input type="checkbox"/> TCA 关闭 | 完成部分 7 然后签名、注明日期并附上证明文件。 |
| <input type="checkbox"/> 姓名变更 | 完成部分 8 然后签名、注明日期并附上证明文件。 |
| <input type="checkbox"/> 孩子计划表的改变 (例如: 孩子开始上幼儿园、启蒙、国家资助的学前班的时间或需要新的时间规划) | 完成部分 9 然后签名、注明日期并附上证明文件。 |

SSI——补充保障收入; TCA——临时现金补助

| 第 3 部分 报告增加的活动 | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| 家庭成员姓名 (来自第 1 部分): | 活动类型: 请参阅下方的选择 | | | | | | | | | | | | | | |
| 活动类型选项: <ul style="list-style-type: none"> • 求职 • 社区服务 • 教育 • 工作 • 培训 • FIA 个人责任计划 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 组织名称: | 组织电话号码: | | | | | | | | | | | | | | |
| 组织地址: 街道 | 城市: 州: 邮编: | | | | | | | | | | | | | | |
| 如果您没有标准活动时间表, 请输入每周活动的总小时数: | 您每周往返活动的通勤时间是多久? | | | | | | | | | | | | | | |
| | 小时: 分钟: | | | | | | | | | | | | | | |
| 活动时长 | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>星期日</td> <td>星期一</td> <td>星期二</td> <td>星期三</td> <td>星期四</td> <td>星期五</td> <td>星期六</td> </tr> <tr> <td>至</td> <td>至</td> <td>至</td> <td>至</td> <td>至</td> <td>至</td> <td>至</td> </tr> </table> | 星期日 | 星期一 | 星期二 | 星期三 | 星期四 | 星期五 | 星期六 | 至 | 至 | 至 | 至 | 至 | 至 | 至 |
| 星期日 | 星期一 | 星期二 | 星期三 | 星期四 | 星期五 | 星期六 | | | | | | | | | |
| 至 | 至 | 至 | 至 | 至 | 至 | 至 | | | | | | | | | |
| 第 3 部分所需的文件 - 您必须附上 活动时间证明 (例如: 工资单、学校时间表、FIA 计划)。 | | | | | | | | | | | | | | | |

第 4 部分 报告新加入家庭的一名儿童

关于新加入家庭儿童的信息

注意 必须对需要照顾的儿童采取儿童抚养措施，并在提交此变更请求时附上相关文件。

| | | | | |
|--|---|---|-----------------------------|------------|
| 姓名 (姓氏、名字、中间名) : | | 性别: <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 | 出生日期 (DOB): 月/日/年 | SSN (可选) : |
| 种族: 请参阅下方的选择 | 您是否是西班牙裔/拉美裔? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 美国公民: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 外国人身份 (如果不是公民): 请参阅下方的选择 | |
| 关于种族的选项: <ul style="list-style-type: none"> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 亚裔 黑人或非裔美国人 夏威夷原住民或太平洋岛民 白人 | 关于外国人身份的选项: <ul style="list-style-type: none"> 永久居民 寻求庇护者 获准有条件入境的外国人 获假释者 (1 年或以上) 被驱逐出境的外国人 | <ul style="list-style-type: none"> 难民 受虐的外籍配偶、子女或子女父母 无证件者 合法入境的外国人子女 | | |
| 这位儿童是否需要照顾? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | |
| 1. 该儿童是否在接受附加保障收入 (SSI)? | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| 2. 该儿童与您的关系是? | | | | |
| 3. 该儿童是否有残疾? | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| 4. 该儿童是否获得社会保障福利? | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| 5. 您是否为该儿童申请了抚养费? | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果否, 并且您有“正当理由”, 请致电 1-866-243-8796 以获取合适的表格。 | | |
| 6. 您是否在为该儿童领取子女抚养费? | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |
| 7. 该儿童不在身边的父母的姓名为? | | | | |
| 8. 该儿童是否在接受提前教育? | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 开始日期为? 月/日/年 | | |

第 4 部分所需的文件 – 您必须附上 **子女的出生证明**;
 如适用, 请附上 **监护证明**;
 如适用, 请附上 **SSI 验证函**;
 如适用, 请附上其他 **社会保障福利验证信函**;
 如适用, 请也附上 **子女抚养费验证**: 1) 自愿; 2) 法院命令; 3) “正当理由”; 或 4) 子女抚养费的证明。

第 5 部分 报告收入变更

收入损失或变更信息

| 变更类型 | 家庭成员姓名 | 收入类型 (请参阅下方的选择) | 新收入金额 (仅适用于收入变化) |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 收入损失 <input type="checkbox"/> 收入增加, 请参阅下面的 SMI 图表。 | | | |
| 收入类型选择: <ul style="list-style-type: none"> 赡养费 武装部队薪酬 子女抚养费 – 法院命令 子女抚养费 – 自愿 | <ul style="list-style-type: none"> SS 收益 SSI 自主创业收入 TCA | <ul style="list-style-type: none"> 小费/佣金 失业 退伍军人援助/福利 工资/薪水 | <ul style="list-style-type: none"> 劳工补偿 其他 |

报告收入的增加:

请参阅右侧的 SMI 表格, 填写您的家庭规模信息。

马里兰州收入中位数 (SMI) 的 85%

如果您的家庭总收入高于 SMI 的 85%, 请提交此表格并附上所需文件。

如果您的家庭总收入低于 SMI 的 85%, 则不要提交此表格。
在重新确定资格时报告收入变化。

| 家庭规模 | 85% 的 SMI |
|------|-----------|
| 2 | \$63,153 |
| 3 | \$78,013 |
| 4 | \$92,873 |
| 5 | \$107,732 |
| 6 | \$122,592 |
| 7 | \$125,378 |

第 5 部分所需的文件

如有 **收入损失**, 那么您必须附上自您上次确定资格以来每位前雇主的离职证明。
 如果 **家庭总收入** 的增幅高于上述 SMI 图表的 85%, 请附上收入证明。

第 6 部分 补充保障收入 (SSI) 的变

儿童的姓名 (姓氏、名字、中间名) :

出生日期: 月/日/年

 SSI 档案打开 SSI 档案关闭**第 6 部分所需的文件** - 附上 SSI 通知函。**第 7 部分 临时现金援助 (TCA) 的变更** 待定 TCA 被批准 待定 TCA 被拒绝 TCA 档案关闭**第 7 部分所需的文件**

待定 TCA 获批准: 附上 TCA 裁决通知书;

待定 TCA 被拒绝: 附上活动时间证明 (例如: 工资单、学校时间表、FIA 计划);

TCA 关闭: 附上活动证明 (例如: 工资单、学校时间表、FIA 计划) 和 TCA 关闭通知函。

第 8 部分 更名

旧姓名:

新姓名:

生效日: 月/日/年

第 8 部分所需文件 - 您必须附上您的法定姓名变更证明。**第9节分 儿童时间表的变更 (输入每个孩子的新时间表)**

儿童的姓名 (姓氏、名字、中间名) :

| | | | | | | | |
|------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 新时间表 | 星期日 至 | 星期一 至 | 星期二 至 | 星期三 至 | 星期四 至 | 星期五 至 | 星期六 至 |
|------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|

如果孩子现在是学龄儿童, 则需要在此输入上学前和上学后的时间表。

生效日: 月/日/年

儿童的姓名 (姓氏、名字、中间名) :

| | | | | | | | |
|------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 新时间表 | 星期日 至 | 星期一 至 | 星期二 至 | 星期三 至 | 星期四 至 | 星期五 至 | 星期六 至 |
|------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|

如果孩子现在是学龄儿童, 则需要在此输入上学前和上学后的时间表。

生效日: 月/日/年

儿童的姓名 (姓氏、名字、中间名) :

| | | | | | | | |
|------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 新时间表 | 星期日 至 | 星期一 至 | 星期二 至 | 星期三 至 | 星期四 至 | 星期五 至 | 星期六 至 |
|------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|

如果孩子现在是学龄儿童, 则需要在此输入上学前和上学后的时间表。

生效日: 月/日/年

儿童的姓名 (姓氏、名字、中间名) :

| | | | | | | | |
|------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 新时间表 | 星期日 至 | 星期一 至 | 星期二 至 | 星期三 至 | 星期四 至 | 星期五 至 | 星期六 至 |
|------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|

如果孩子现在是学龄儿童, 则需要在此输入上学前和上学后的时间表。

生效日: 月/日/年

继续在下面签署本表并注明日期 (必填)

第 10 部分 签名和日期

本人尽我所知所信声明所提供的信息是真实准确的，否则愿意承担伪证罪惩罚。

签名 (必填)

日期 (必填)

变更请求必须签名并注明日期才能得到处理。
不接受电子签名。日期必须在提交后的 45 天内。

— 注意 —

对于第1-8节中报告的变更，**需要**提供证明文件，并与本签字和注明日期的情况变更表一起提交。

一旦CCS Central 2 收到所有需要的文件，所报告的变更就会生效。