

Section 1 Informations générales	
Prénom :	Nom de famille :
ID du parti :	Date de naissance (DOB) : <i>MM/JJ/AAAA</i>
Numéro de sécurité sociale (SSN) ( <i>facultatif</i> ) :	Numéro de téléphone du contact :

Section 2 Informations sur le fournisseur quitté	
<i>Vous devez remplir un formulaire de changement de fournisseur distinct pour chaque fournisseur que vous quittez.</i>	
Date d'entrée en vigueur du changement : <i>MM/JJ/AAAA</i>	
Nom du fournisseur que vous quittez :	Numéro de téléphone du fournisseur :
Adresse du fournisseur : Rue	Appart #
Ville	État
Code postal	
Nom de l'enfant	Date de sortie des soins
	<i>MM/JJ/AAAA</i>
	<i>MM/JJ/AAAA</i>
	<i>MM/JJ/AAAA</i>
	<i>MM/JJ/AAAA</i>
	<i>MM/JJ/AAAA</i>
<b>N'oubliez pas :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous devez donner un préavis d'au moins 5 jours au fournisseur de services de garde que vous quittez</li> <li>• Vous ne devez pas avoir de solde de quote-part assigné au CCS avec le fournisseur se services de garde que vous quittez</li> </ul>	
En signant ce document, les deux parties conviennent qu'aucune quote-part n'est due au fournisseur. <b>Si le fournisseur ne veut pas signer ce document, le parent doit joindre le reçu de quote-part le plus récent indiquant que le fournisseur de services de garde est payé en totalité.</b>	
Signature du parent	Date
Signature pour quitter le fournisseur	Date

Section 3 Informations sur le nouveau fournisseur	
<i>Vous devez remplir un formulaire de changement de fournisseur distinct pour chaque nouveau fournisseur de services de garde.</i>	
<b>Note :</b> La nouvelle bourse prendra effet, selon la plus tardive de ces éventualités, le premier jour de garde ou à la réception de ce formulaire par CCS Central.	
Le nouveau fournisseur est :	<input type="checkbox"/> Formel (sous licence) <input type="checkbox"/> Informel ( <i>Veillez appeler CCS Central au 1-877-227-0125 pour obtenir les formulaires requis pour les soins informels.</i> )
Nom de l'enfant	Premier jour de garde
	<i>MM/JJ/AAAA</i>
	<i>MM/JJ/AAAA</i>
	<i>MM/JJ/AAAA</i>
	<i>MM/JJ/AAAA</i>
	<i>MM/JJ/AAAA</i>

**Section 4 Demande de bourse pour soins temporaires**

Cette demande est à utiliser lorsque votre prestataire a volontairement fermé pour 1 jour à 2 semaines.

**Bourse temporaire**

Date de début : MM/JJ/AAAA

Date de fin : MM/JJ/AAAA

Le fournisseur  Formel (sous licence)est :  Informel (Veuillez appeler CCS Central au 1-877-227-0125 pour obtenir les formulaires requis pour les soins informels.)**Section 5 Signature**

Sous peine de parjure, je déclare que les informations fournies sont vraies et correctes, au mieux de mes connaissances.

Signature

Date

***Cette demande ne sera pas traitée si le formulaire n'est pas signé.***

***Si vous retenez délibérément des informations sur des changements dans votre ménage, vous pouvez devoir à l'agence la valeur de tous les paiements de garde d'enfants effectués.***

***Vous devez signaler les événements suivants en 10 jours :***

- *Augmentation du revenu total de votre ménage égale ou supérieure à 85 % du revenu médian de l'État.*
- *Changements de revenu qui incluent SSI, TCA ou Head Start*
- *Changements du nombre total de personnes dans votre ménage (ajout d'enfants. Signaler l'ajout du conjoint lors de la nouvelle détermination)*
- *Nouvelle adresse, si vous avez déménagé*
- *Changement de prestataire de services de garde d'enfants*
- *La garde d'enfants n'est plus nécessaire*
- *La famille ne réside plus dans le Maryland*
- *Gain d'actifs supérieur à un million de dollars*