

	메릴랜드 주 교육부/아동보호국 아동보호 장학금(Child Care Scholarship) 프로그램 제공자 변경 양식	반송지: CCS Central 2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827
--	---	---

섹션 1 일반 정보	
이름:	성:
당사자 ID:	생년월일(DOB): 월/일/년
사회보장번호(SSN) (선택사항):	연락 전화번호:

섹션 2 중단 제공자 정보	
<i>귀하는 중단하는 각 제공자에 대해 각각의 제공자 변경 양식을 완료해야 합니다.</i>	
변경사항 효력 발생일: 월/일/년	
중단하는 제공자 성명:	제공자 전화번호:
제공자 주소: 거리 아파트 # 시 주 우편번호	
아동 성명	보호 중단일
	월/일/년
	월/일/년
	월/일/년
	월/일/년
	월/일/년
기억해야 할 사항:	
<ul style="list-style-type: none"> • 귀하가 중단할 아동보호 제공자에게 적어도 5일 전에 알려야 합니다. • 귀하는 중단한 아동보호 제공자에 대한 CCS 할당 고용인 부담 잔액이 있어서는 안 됩니다. 	
이 문서에 서명하면 각 당사자는 제공자에게 고용인 부담금에 대한 채무가 없다는 것을 동의합니다. 제공자가 본 문서에 서명을 거부한다면, 부모는 아동보호 제공자에게 완납했다는 가장 최근 고용인 부담금 영수증을 첨부해야 합니다.	
부모 서명 날짜	중단 제공사 서명 날짜

섹션 3 새 제공자 정보 귀하는 새로 시작하는 각 제공자에 대해 각각 제공자 변경 양식을 완료해야 합니다. 참고: 새 장학금은 아무리 늦어도 보호 시작 날짜 또는 본 양식을 CCC 중앙기관에서 수령한 날부터 효력이 발생합니다.	
새 제공자 소개: <input type="checkbox"/> 공식(허가받은) <input type="checkbox"/> 비공식(비공식 보호에 대한 양식이 필요하면 1-877-227-0125를 통해 CCS 중앙 기관에 연락해 주십시오.)	
아동 성명	보호 시작일
	월/일/년
	월/일/년
	월/일/년
	월/일/년
	월/일/년

섹션 4 임시 보호에 대한 장학금 요청 본 요청은 귀하의 제공자가 자발적으로 1일에서 2주까지 개방하지 않을 경우 사용됩니다.		
임시 장학금	시작일: 월/일/년	종료일: 월/일/년
제공자: <input type="checkbox"/> 공식(허가받은) <input type="checkbox"/> 비공식(비공식 보호에 대한 양식이 필요하면 1-877-227-0125를 통해 CCS 중앙 기관에 연락해 주십시오.)		

섹션 5서명	
본인은 본인의 지식과 믿음에 따라 제공한 정보가 진실하고 정확함을 선서하며, 그렇지 않은 경우 위증죄의 처벌을 받을 수 있음을 알고 있습니다.	
서명	날짜
서명이 없는 장학금 연장 요청은 처리되지 않습니다	
귀하가 가족 구성원 변경 사항에 대한 정보를 고의로 보류하면, 귀하는 지급된 모든 아동보호 가치를 기관에 채무를 지게 됩니다.	
다음은 10일 이내에 보고하여야 합니다. <ul style="list-style-type: none"> 가정 내 총 수입 증가가 주의 중위 수입의 85% 이상으로 증가했습니다. 수입 변경사항에는SSI, TCA 또는 Head Start가 포함됩니다. 가정 내 총 구성원의 수 변경(가정 내 아동 증가, 배우자 증가는 재결정으로 보고) 이사한 경우, 새 주소 아동보호 부양자 변경 아동 지원이 더 이상 필요하지 않은 경우 가족이 더 이상 메릴랜드에 거주하지 않는 경우 100만 달러 이상의 수입을 얻은 경우 	