

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 مزود الرعاية
--	---

القسم 1 معلومات عامة	
الاسم الأول:	الاسم الأخير:
هوية الطرف:	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة
رقم الضمان الاجتماعي (SSN) (اختياري):	رقم هاتف جهة الاتصال:

القسم 2 معلومات مزود الرعاية المغادر	
سوف يتعين عليك إكمال نموذج تغيير مزود رعاية منفصل لكل مزود تغادره.	
تاريخ التغيير الفعلي: شهر/يوم/سنة	
اسم مزود الرعاية الذي تغادره:	رقم هاتف مزود الرعاية:
عنوان مزود الرعاية:	رقم الشقة
الشارع	المدينة
الولاية	الرمز البريدي
اسم الطفل	تاريخ ترك الرعاية
	شهر/يوم/سنة
تذكر:	
<ul style="list-style-type: none"> يجب عليك تقديم إشعار مسبق بمدة 5 أيام على الأقل إلى مزود رعاية الطفل الذي تغادره يجب ألا يكون لديك رصيد مشاركة في السداد مخصص من قبل مركز المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل لدى مزود رعاية الطفل الذي تغادره 	
بموجب التوقيع على هذا المستند، يوافق الطرفان على عدم وجود أي مبلغ مشاركة في السداد مستحق لمزود الرعاية. إذا لم يرغب مزود الرعاية في التوقيع على هذا المستند، فيجب على الوالد إرفاق أحدث إيصال لمبلغ المشاركة في السداد الذي يُشير إلى أن مزود رعاية الطفل قد تلقى المبالغ المستحقة له بالكامل.	
توقيع الوالد	التاريخ
توقيع مزود الرعاية المغادر	التاريخ

القسم 3 معلومات مزود الرعاية الجديد	
سوف يتعين عليك إكمال نموذج تغيير مزود رعاية منفصل لكل مزود رعاية أطفال جديد.	
ملاحظة: ستصبح المنحة الدراسية الجديدة سارية المفعول، أيهما كانت الأحدث، في اليوم الأول للرعاية أو عندما يتم تلقي هذا النموذج من قبل مركز المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل.	
مزود الرعاية الجديد:	<input type="checkbox"/> رسمي (مُرخص)
	<input type="checkbox"/> غير رسمي (يرجى الاتصال بمركز المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل (CCS Central 2) على الرقم 1-877-227-0125 للحصول على النماذج المطلوبة الخاصة بالرعاية غير الرسمية
اسم الطفل	يوم الرعاية الأول
	شهر/يوم/سنة

طلب المنح الدراسية الموجهة إلى الرعاية المؤقتة يجب استخدام هذا الطلب عندما يعلق مُزوّد الرعاية طواعيةً لمدة يوم واحد إلى أسبوعين.		القسم 4
تاريخ البدء: شهر/يوم/سنة	تاريخ الانتهاء: شهر/يوم/سنة	المنحة الدراسية المؤقتة
<input type="checkbox"/> رسمي (مُرخص) <input type="checkbox"/> غير رسمي (يجب الاتصال بمركز المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل (CCS Central 2) على الرقم 1-877-227-0125 للحصول على النماذج المطلوبة الخاصة بالرعاية غير الرسمية)		

القسم 5 التوقيع	
تحت التعرض لعقوبة الحنث باليمين، أقر وفق أفضل علمي واعتقادي أن المعلومات المقدمة صحيحة وحقيقية.	
التوقيع	التاريخ
لن تتم معالجة هذا الطلب إذا لم يتم التوقيع على النموذج.	
إذا امتنعت عمدًا عن تقديم معلومات تتعلق بالتغيرات في أسرتك، فقد تصبح مدينًا للوكالة بقيمة أي مدفوعات تم دفعها اليك لرعاية الأطفال.	
<p>يجب عليك الإبلاغ عما يلي في غضون 10 أيام:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الزيادة في إجمالي دخل أسرتك إلى ما يعادل أو يزيد عن 85% من متوسط الدخل في الولاية • التغيرات في الدخل التي تشمل المساعدات النقدية المؤقتة (TCA) أو الدخل دخل الضمان التكميلي (SSI) أو برنامج Head Start • التغيرات في العدد الإجمالي لأفراد أسرتك (الإبلاغ عن إضافة أطفال. والإبلاغ عن إضافة زوج/زوجة في طلب إعادة البيت) • العنوان الجديد، إذا كنت قد انتقلت • التغيرات في جانب مقدم خدمات رعاية الطفل • إذا لم تعد هناك حاجة إلى رعاية الطفل • إذا لم تعد العائلة تقيم في ولاية ماريلاند • كسب أصول تزيد عن مليون دولار 	