

	Департамент образования штата Мэриленд/Управление по уходу за детьми Программа выплаты пособий по уходу за детьми Форма уведомления о смене адреса и пособия, перечисляемого субъекту, осуществляющему уход за ребенком (детьми)	Вернуть: CCS Central 2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827
--	---	---

Раздел 1 Общие сведения						
Имя:		Фамилия:				
Номер участника:		Дата рождения: <i>месяц/день/год</i>				
Номер социального страхования (SSN) (<i>не обязательно</i>):		Номер контактного телефона:				
Адрес:	Улица	Номер квартиры	Город	Штат	Почтовый индекс	Округ

Раздел 2 Сведения о пособии			
Дети, которым необходима новое пособие			
Имя ребенка	Дата рождения ребенка	Номер социального страхования (SSN) ребенка <i>(не обязательно)</i>	Дата начала выплаты нового пособия

Раздел 3 Сведения о субъекте ухода за ребенком	
Сведения о переезде субъекта ухода за ребенком	
Имя субъекта	Новый адрес субъекта

Раздел 3 Подпись	
Осознавая ответственность за предоставление заведомо ложных сведений, я подтверждаю, что в соответствии с моей осведомленностью предоставленная информация является верной.	
Подпись	Дата
Уведомление о смене адреса и пособия, перечисляемого субъекту ухода за ребенком должно быть подписано. Только после этого оно будет рассмотрено.	