	马里兰州教育部/儿童照护办公室 儿童照护奖学金计划 提供者搬家奖学金申请表	**寄回至：** CCS Central 2 邮政信箱 346031 Bethesda, MD 20827

第 1 部分　　一般信息	
姓名：	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：
地址：　　街道　　公寓编号　　城市　　州　　邮编　　县	

第 2 部分　　奖学金信息

需要新奖学金的儿童

儿童姓名	儿童的出生日期（DOB）	儿童的社会安全号码（SSN）*（可选）*	新奖学金的开始日期

第 3 部分　　提供者信息

提供者搬家详细信息

提供者姓名	提供者新地址

第 3 部分　　签名

本人尽我所知和确信声明所提供的信息是真实正确的，否则愿意承担伪证罪惩罚。

签名	日期

提供者搬家奖学金申请表必须签署方可处理。