

	馬里蘭州教育部/兒童保育辦公室 兒童保育獎學金計劃 照護方轉移獎學金申請表	返回到： CCS中心2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827
--	---	---

第1節 一般信息	
名：	姓：
參與人ID：	出生日期： 年 月 日
社會保險號（SSN）（可選）：	聯繫電話號碼：
地址：	街道 公寓號# 城市 州 郵編 國家

第2節 獎學金信息			
需要新獎學金的兒童			
兒童名字	兒童出生日期 (DOB)	兒童的社會保險號 (SSN) (可選項)	新獎學金的開始日期

第3節 照護提供方信息	
照護提供方轉移詳情	
照護提供方姓名	照護提供方新地址

第3節 簽名	
根據偽證罪的處罰，我盡我所知和所信，聲明所提供的信息是真實和正確的。	
簽名	日期
必須簽署照護提供方轉移獎學金申請表 才能進行處理。	