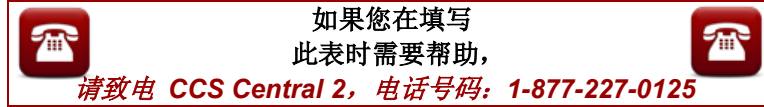


行政听证会
Administrative Law Building
11101 Gilroy Road
Hunt Valley, MD 21031-1301

请求听证 - 儿童照护奖学金

❖ 如何请求举行听证会？

填写此页面背面的表格。将表格发送给 CCS Central 2 的儿童照护奖学金 (CCS) 计划。



❖ 请求听证会需要多长时间？

您必须在通知日期后 **90** 天内要求举行听证会。

❖ 等待听证会期间, 应该如何继续获得儿童照护奖学金？

如果在最新通知发出之日后 **10** 天以内要求举行听证会, 并且已接受儿童照护奖学金服务, 则除非您的资格终止, 否则服务可以继续。

❖ 如果我在等待期间获得儿童照护奖学金, 会欠下任何款项吗？

是的, 如果法官同意我们的意见, 且您的上诉失败, 则您将需要偿还已支付的儿童照护费用。

❖ 听证会将在何时何地举行？

行政听证会将发送通知, 告知听证会的时间和地点。

❖ 我必须参加听证会吗？

是的, 如果您不来, 将会败诉。如果您无法出席, 请致电行政听证会 (电话: 410-229-4100), 他们将协助您重新安排听证会的时间。

❖ 是否可以带别人来帮助我或为我说话？

您可以携律师、朋友或亲戚前来。如果您需要免费的法律帮助, 请致电法律援助, 电话: 1-800-999-8904。

❖ 我该如何准备听证会？

您可以联系 CCS Central 2 与代表交谈, 后者可以与您一起审查资格决定并提供所需的任何文件。

	马里兰州教育部/儿童照护办公室 儿童照护奖学金计划 请求听证 - 儿童照护奖学金	寄回至： CCS Central 2 邮政信箱 346031 Bethesda, MD 20827
--	--	--

仅当您不同意有关服务的决定时，才需要填写此表格。
 如果您不同意儿童照护奖学金计划的行动，
 您有权与主管讨论您的理由。
 我们将帮助您填写此表格，也可以致电 1-877-227-0125 要求举行听证会。

第 1 部分 告诉我们您是谁 在此框中的空白处填写，并填写 2-4 框。请清晰打印。

姓名：		出生日期 (DOB)：月/日/年	
地址：		县：	
城市：	州：	邮编：	
联系电话：	社会安全号码 (SSN) (可选)：		

第 2 部分 是否要对您的儿童照护奖学金 (CCS) 计划决定提出上诉？ 请选取“是”或“否”。

是，我要对我的 CCS 计划决定提出上诉。
 否，我不对我的 CCS 计划决定提出上诉。

第 3 部分 您想要听证的原因是什么？

<input type="checkbox"/> 我没有被允许申请。	<input type="checkbox"/> 我收到的援助金额有误。
<input type="checkbox"/> 我的申请被拒绝了。	<input type="checkbox"/> 我的援助被错误地暂停、减少或终止。
<input type="checkbox"/> 我的申请未被正确处理。	<input type="checkbox"/> 我不同意我应该偿还接受的援助。
<input type="checkbox"/> 我没有收到我需要的服务。	

如果您收到此通知，通知的日期是什么？：月/日/年

您为何想要听证？请告诉我们发生了什么事：

第 4 部分 签名

本人知晓：如果自通知之日起 10 天内本人要求听证，且本人正在领取补贴，则在本人的听证会期间，除非服务期结束，否则本人仍然可以获得这些补贴。如果本人上诉失败，则本人可能必须返还这些补贴。

如果您在等待听证期间不希望获得任何补贴，请选取此项。

签名：	日期：
-----	-----