

	Департамент образования штата Мэриленд/Управление по уходу за детьми Программа выплаты пособий по уходу за детьми Форма заявки на продление выплаты пособия	Вернуться к: CCS Central PO Box 346031 Bethesda, MD 20827
--	--	---

Раздел 1 Общие сведения				
Имя:	Фамилия:			
Номер участника:	Дата рождения:			
Номер социального страхования (SSN) (опционально):	Номер контактного телефона:			
Почтовый адрес:	Улица	Город	Штат	Почтовый индекс

Раздел 2 Информация о ваучере			
Дети, которым требуется продление ваучера			
Имя ребенка	Дата рождения ребенка (DOB)	Детское социальное страхование Номер карты социального страхования SSN (Опционально)	Дата начала продления

Раздел 3 Сведения о деятельности			
Сведения о подтвержденном виде деятельности			
Имя члена домохозяйства	Вид деятельности	Дата начала	Дата окончания

Для всех видов деятельности, являющихся «Работой», Вам необходимо приложить письмо от работодателя с подтверждением рабочего времени. Для всех видов деятельности, являющихся «Образованием» или «Профессиональным обучением», Вам необходимо приложить копию текущего расписания с указанием дней и часов занятий.

Раздел 3 Подпись	
Будучи предупрежденным об ответственности за предоставление заведомо ложных сведений, я подтверждаю, что в меру моих знаний и убеждений предоставленная информация является верной и точной.	
Подпись	Дата
Данная заявка на продление выплаты пособия не будет обработана, если форма не подписана.	