

	<b>Département de l'éducation de l'État du Maryland/Office de la garde d'enfants Programme de bourses d'études pour la garde d'enfants DEMANDE DE RETRAIT D'APPEL</b>	<b>Retourner à :</b> <a href="https://family.childcareportals.org/">https://family.childcareportals.org/</a>
--	---	---

Nous avons été informés que vous ne souhaitez plus faire appel à une audience équitable auprès du Office of Administrative Hearing (Bureau des audiences administratives). Une demande de retrait signée est requise pour que nous puissions retirer votre audience d'appel. Veuillez signer ce formulaire et le renvoyer à l'adresse ci-dessus.

<b>Section 1 Informations générales</b>	
Prénom :	Nom de famille :
Date de naissance (DOB) :	Numéro de téléphone du contact :
Numéro de sécurité sociale (SSN) (facultatif) :	

<b>Section 2 Signature</b>	
En signant, je déclare que je souhaite retirer mon recours en vue d'une audience équitable auprès du Bureau des audiences administratives.	
Signature	Date
<b><i>Cette demande de retrait d'appel ne sera pas traitée si le formulaire n'est pas signé.</i></b>	

Département de l'éducation de l'État du Maryland/Programme de subventions pour la garde d'enfants du Bureau de la garde d'enfants

Email To:  
CCSInvoices@maryland.gov

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE JOURNÉES  
DE FERMETURE VOLONTAIRE**

**Section 1 : Informations d'ordre général**

Nom du prestataire :

Numéro d'identification du prestataire :

Numéro de téléphone du contact :

Indiquez le(s) jour(s) que vous prévoyez de fermer volontairement.

**Section 2**

La notification de jours de fermeture volontaire doit être envoyée au(x) parent(s) et au Centre de bourses d'études pour la garde d'enfants (CCS Central 2) **AVANT** les jours de fermeture.

**Date de début (MM/JJ/AA)**

**Date de fin (MM/JJ/AA)**

**Note** : Les prestataires de service de garde d'enfant ont le droit d'être payés pendant jusqu'à deux semaines consécutives de fermeture volontaire par an.

**Section 3 : Signature**

Je certifie par la présente que j'ai/nous avons notifié cette fermeture à tous les parents.

Signature du prestataire :

Date :

Section 1 Requérant (Partie ayant la garde) Informations générales	
Prénom :	Nom de famille :
Date de naissance :	Numéro de téléphone du contact :
Numéro de sécurité sociale (SSN) (facultatif) :	

Section 2 Partie n'ayant pas la garde				
Prénom :	Nom de famille :			
Numéro de sécurité sociale (SSN) (facultatif) :				
Adresse du domicile : Rue	Appart #	Ville	État	Code postal

Section 3 Montant du paiement	
Montant payé :	Fréquence :

Section 4 Enfants	
Nom de l'enfant 1 :	Nom de l'enfant 2 :
Nom de l'enfant 3 :	Nom de l'enfant 4 :

Section 5 Signature	
En signant, je déclare que je verse le montant indiqué ci-dessus à la personne ayant la garde des enfants et que je ne suis pas actuellement un membre du ménage. Lorsque je rejoindrai la famille, je signerai la demande de CCS lors de la réévaluation et je déclarerai mes revenus et mon activité.	
Signature de la partie n'ayant pas la garde	Date
En signant, je déclare que je reçois le montant indiqué ci-dessus de la partie n'ayant pas la garde et que le parent absent ne fait actuellement pas partie du ménage. Si le parent absent rejoint la famille, lors de la réévaluation: le parent absent signera la demande de CCS et déclarera ses revenus et son activité.	
Signature de la personne ayant la garde des enfants	Date
<b><i>Le formulaire d'accord volontaire de pension alimentaire pour enfants doit être signé par les deux parents pour que ce formulaire soit traité.</i></b>	

	<b>Département de l'éducation de l'État du Maryland/Office de la garde d'enfants</b> <b>Programme de bourses pour la garde d'enfants</b> <b>Déclaration d'attestation de l'emploi indépendant</b>	<b>Retourner à :</b> <a href="https://family.childcareportals.org/">https://family.childcareportals.org/</a>
--	---	---

Section 1 : Informations d'ordre général	
Prénom :	Nom de famille :
Date de naissance (DOB) :	Numéro de téléphone du contact :
Numéro de sécurité sociale ( <i>facultatif</i> ) :	Nom de l'entreprise :

Section 2 Revenu (fournir vos 3 derniers mois de revenu). Joindre la vérification du revenu			
Titre du poste :		EIN :	
Mois	Rémunération brute	Date de réception	Heures travaillées
Horaires de travail : ( <i>Si l'horaire varie, indiquez le nombre de jours travaillés par semaine.</i> )			
À quelle heure travaillez-vous quotidiennement, par exemple de 9h à 17h :		Travaillez-vous : <input type="checkbox"/> Soirées <input type="checkbox"/> Week-ends	
Nombre d'heures travaillées par semaine :		Moyenne des heures travaillées au cours des 3 derniers mois :	

Article 3 Attestation
<p>Je, _ , certifie par la présente les informations suivantes :</p> <p>J'atteste que ce revenu provient de mon propre travail indépendant. J'ai le droit de déposer des taxes d'État et fédérales sur le travail indépendant. J'ai le potentiel de réaliser un profit ou une perte.</p> <p>Les informations que je donne sur ce formulaire sont véridiques et correctes au meilleur de ma connaissance. Je me rends compte que si je donne des informations qui ne sont pas vraies ou si je retiens des informations, je peux être légalement puni(e) pour fraude ou parjure. Je peux également devoir rembourser l'État du Maryland pour tous les paiements encourus qui ont été payés en raison de ma fraude ou</p>

Section 4 Signature	
<b>Consentement à la divulgation d'informations</b>	
Je comprends que ces informations seront vérifiées et utilisées par le programme de bourses de garde d'enfants pour déterminer mon admissibilité à une bourse de garde d'enfants.	
Signature :	Date :

Département de l'éducation de l'État du Maryland/Office de la garde d'enfants  
Programme de bourses pour la garde d'enfants  
Formulaire de demande d'extension de la bourse

Retourner à :  
<https://family.childcareportals.org/>

### Section 1 Informations générales

Prénom :	Nom de famille :		
ID du parti :	Date de naissance (DOB) :		
Numéro de sécurité sociale (SSN) ( <i>facultatif</i> ) :	Numéro de téléphone du contact :		
Adresse postale :	Rue	Ville	État Code postal

### Section 2 Informations sur le coupon

#### Enfants qui ont besoin d'une extension du coupon

Nom de l'enfant	Date de naissance de l'enfant (DOB)	Numéro de sécurité sociale de l'enfant (SSN) ( <i>facultatif</i> )	Date de début de l'extension

### Section 3 Information sur l'activité

#### Détails d'activité approuvée

Nom du membre du ménage	Activité	Date de commencement	Date de fin

*Pour toutes les activités qui sont « Emploi », vous devez joindre une lettre de l'employeur attestant des heures de travail. Pour toutes les activités qui relèvent de l'« Éducation » ou de la « Formation », vous devez joindre une copie de l'horaire actuel de l'école/de la formation pour vérifier les jours et les heures de cours.*

#### Section 3 Signature

Sous peine de parjure, je déclare que les informations fournies sont vraies et correctes au mieux de mes connaissances.

Signature	Date
-----------	------

***Cette demande de prolongation de bourse ne sera pas traitée si le formulaire n'est pas signé.***

## Demande d'audience - Bourse pour la garde d'enfants

### ❖ Comment demander une audience ?

Remplissez le formulaire au dos de cette page. Envoyez le formulaire au programme de bourses pour la garde d'enfants (CCS) à CCS Central 2.



### ❖ Combien de temps ai-je pour demander une audience ?

Vous devez demander une audience dans un délai de **90 jours** après la date de l'avis.

### ❖ Comment puis-je continuer à recevoir ma bourse pour la garde d'enfants pendant que j'attends mon audience ?

Si une audience est demandée au plus tard **10 jours** après la date de l'avis le plus récent et que des services de bourses pour la garde d'enfants étaient reçus, les services peuvent se poursuivre à moins que votre admissibilité ne prenne fin.

### ❖ Est-ce que je devrai de l'argent si j'obtiens ma bourse pour la garde d'enfants pendant que j'attends ?

Oui, si le juge nous donne raison et que vous perdez votre appel, l'argent dépensé pour la garde de votre enfant devra être remboursé.

### ❖ Quand et où aura lieu l'audience ?

Le **Bureau des auditions administratives** enverra un avis indiquant l'heure et le lieu de l'audition.

### ❖ Dois-je venir à l'audience ?

Oui, vous perdrez si vous ne venez pas. Si vous ne pouvez pas venir, appelez le **Bureau des auditions administratives** au 410-229-4100 et on vous aidera à fixer une nouvelle date pour votre audience.

### ❖ Puis-je venir avec quelqu'un pour m'aider ou parler en mon nom ?

Vous pouvez venir avec un avocat, un ami ou un parent. Si vous souhaitez obtenir une aide juridique gratuite, appelez l'aide juridique au numéro suivant 1-800-999-8904.

### ❖ Comment puis-je me préparer à l'audience ?

Vous pouvez contacter le CCS Central 2 pour parler à un représentant qui pourra examiner avec vous la décision d'admissibilité et vous fournir tous les documents nécessaires.

**Remplissez ce formulaire UNIQUEMENT si vous êtes en désaccord avec une décision concernant vos services.  
 Si vous êtes en désaccord avec l'action du programme de bourses pour la garde d'enfants,  
 vous avez le droit de discuter de vos raisons avec un superviseur.  
 Nous vous aiderons à remplir ce formulaire ou vous pouvez demander une audience en appelant le 1-877-227-0125.**

<b>Section 1 Dites-nous qui vous êtes</b> Remplissez les blancs de cette case et remplissez les cases 2 à 4. Veuillez imprimer clairement.		
Nom :		Date de naissance (DOB) :
Adresse :		Comté :
Ville :	État :	Code postal :
Numéro de téléphone du contact :		Numéro de sécurité sociale (SSN) (facultatif) :

<b>Section 2 Voulez-vous faire appel de la décision du programme de bourses pour la garde d'enfants (Programme CCS) ?</b> Veuillez cocher oui ou non.
<input type="checkbox"/> Oui, je veux faire appel de la décision du programme CCS.
<input type="checkbox"/> Non, je ne veux pas faire appel de la décision du programme CCS.

<b>Section 3 Quelles sont les raisons pour lesquelles vous souhaitez une audience ?</b>
<input type="checkbox"/> Je n'ai pas été autorisé à postuler. <input type="checkbox"/> Le montant de l'aide que j'ai reçue était erroné.
<input type="checkbox"/> Ma demande a été rejetée. <input type="checkbox"/> Mon aide a été suspendue, réduite ou supprimée à tort.
<input type="checkbox"/> Ma demande n'a pas été traitée correctement. <input type="checkbox"/> Je ne suis pas d'accord pour rembourser l'aide que j'ai reçue.
<input type="checkbox"/> Je ne reçois pas les services dont j'ai besoin.
<b>Si vous avez reçu un avis à ce sujet, quelle est la date de l'avis ?</b> MM/JJ/AAAA
<b>Pourquoi voulez-vous une audience ? Dites-nous ce qui s'est passé :</b>

<b>Section 4 Signature</b>
Je comprends que si je demande une audience dans les 10 jours suivant la date de l'avis et que je recevais des prestations, je peux continuer à recevoir ces prestations pendant que j'attends mon audience, sauf si ma période de service prend fin. Je pourrais devoir rembourser les prestations, si je perds mon appel.
1] Cochez ici si vous <b>ne</b> voulez <b>pas</b> de prestations pendant que vous attendez votre audience.
Signature :
Date :

**Section 1 Informations générales**

Nom :		Nom de famille :			
ID du parti :		Date de naissance (DOB): <i>MM/JJ/AAAA</i>			
Numéro de sécurité sociale (SSN) ( <i>facultatif</i> ) :		Numéro de téléphone du contact :			
Adresse :	Rue	Appart #	Ville	État	Code postal Comté

**Section 2 Informations sur les bourses**

**Les enfants qui ont besoin d'une nouvelle bourse**

Nom de l'enfant	Date de naissance de l'enfant (DOB)	Numéro de sécurité sociale de l'enfant (SSN) ( <i>facultatif</i> )	Date de début de la nouvelle Bourse

**Section 3 Informations sur le Pourvoyeur**

**Détail du déménagement du Pourvoyeur**

Nom du pourvoyeur	Nouvelle adresse du Pourvoyeur

**Section 3 Signature**

Sous peine de parjure, je déclare, au mieux de mes connaissances, que les informations fournies sont vraies et correctes.

Signature	Date
-----------	------

***Le formulaire de demande de bourse de déménagement du Pourvoyeur doit être signé pour être traité.***

**Section 1 Informations générales**

Nom du prestataire : \_\_\_\_\_ Prestataire formel \_\_\_\_\_ Prestataire informel \_\_\_\_\_

Numéro d'identification du prestataire : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone du contact : \_\_\_\_\_

**Section 2 Adresse de paiement actuelle**

Adresse de paiement : Rue Appart # Ville État Code postal Comté

**Section 3 Nouvelle adresse de paiement**

Adresse de paiement : Rue Appart # Ville État Code postal Comté

Date d'entrée en vigueur du changement : MM/JJ/AAAA

***Vous devez joindre des copies de documents justificatifs tels qu'une facture de services publics, la première page et la page de signature du contrat de location ou de la déclaration de crédit immobilier pour prouver qu'il s'agit de votre nouvelle adresse.***

**Section 4 Signature**

Sous peine de parjure, je déclare, au mieux de mes connaissances, que les informations fournies sont vraies et correctes.

Signature du prestataire : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

***Ce formulaire de changement d'adresse du prestataire doit être signé pour que ce formulaire soit traité.***

**Note :** Si vous devez modifier votre adresse postale pour d'autres documents tels que des factures et des lettres ou si l'emplacement de votre établissement a changé, veuillez contacter les personnes suivantes :

- Licencié - contactez votre bureau régional des licences. (Assurez-vous que votre spécialiste des licences dispose de votre adresse électronique actuelle)
- Prestataire de services de garde d'enfants agréé - contactez votre bureau régional d'agrément. (Assurez-vous que votre spécialiste des licences dispose de votre adresse électronique actuelle)
- Prestataires informels - contactez Child Care Scholarship Central. (Assurez-vous que le CCS Central 2 dispose de votre adresse électronique actuelle)

Section 1 Informations générales	
Prénom :	Nom de famille :
ID du parti :	Date de naissance (DOB) : <i>MM/JJ/AAAA</i>
Numéro de sécurité sociale (SSN) ( <i>facultatif</i> ) :	Numéro de téléphone du contact :

Section 2 Informations sur le fournisseur quitté	
<i>Vous devrez remplir un formulaire de changement de fournisseur distinct pour chaque fournisseur que vous quittez.</i>	
Date d'entrée en vigueur du changement : <i>MM/JJ/AAAA</i>	
Nom du fournisseur que vous quittez :	Numéro de téléphone du fournisseur :
Adresse du fournisseur : Rue	Appart #
Ville	État
Code postal	
Nom de l'enfant	Date de sortie des soins
	<i>MM/JJ/AAAA</i>
<b>N'oubliez pas :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous devez donner un préavis d'au moins 5 jours au fournisseur de services de garde que vous quittez</li> <li>• Vous ne devez pas avoir de solde de quote-part assigné au CCS avec le fournisseur se services de garde que vous quittez</li> </ul>	
En signant ce document, les deux parties conviennent qu'aucune quote-part n'est due au fournisseur. <b>Si le fournisseur ne veut pas signer ce document, le parent doit joindre le reçu de quote-part le plus récent indiquant que le fournisseur de services de garde est payé en totalité.</b>	
Signature du parent	Date
Signature pour quitter le fournisseur	Date

Section 3 Informations sur le nouveau fournisseur	
<i>Vous devrez remplir un formulaire de changement de fournisseur distinct pour chaque nouveau fournisseur de services de garde.</i>	
<b>Note :</b> La nouvelle bourse prendra effet, selon la plus tardive de ces éventualités, le premier jour de garde ou à la réception de ce formulaire par CCS Central.	
Le nouveau fournisseur est :	<input type="checkbox"/> Formel (sous licence) <input type="checkbox"/> Informel ( <i>Veillez appeler CCS Central au 1-877-227-0125 pour obtenir les formulaires requis pour les soins informels.</i> )
Nom de l'enfant	Premier jour de garde
	<i>MM/JJ/AAAA</i>

**Section 4 Demande de bourse pour soins temporaires**

Cette demande est à utiliser lorsque votre prestataire a volontairement fermé pour 1 jour à 2 semaines.

**Bourse temporaire**

Date de début : MM/JJ/AAAA

Date de fin : MM/JJ/AAAA

Le fournisseur  Formel (sous licence)est :  Informel (Veuillez appeler CCS Central au 1-877-227-0125 pour obtenir les formulaires requis pour les soins informels.)**Section 5 Signature**

Sous peine de parjure, je déclare que les informations fournies sont vraies et correctes, au mieux de mes connaissances.

Signature

Date

***Cette demande ne sera pas traitée si le formulaire n'est pas signé.***

***Si vous retenez délibérément des informations sur des changements dans votre ménage, vous pouvez devoir à l'agence la valeur de tous les paiements de garde d'enfants effectués.***

***Vous devez signaler les événements suivants en 10 jours :***

- *Augmentation du revenu total de votre ménage égale ou supérieure à 85 % du revenu médian de l'État.*
- *Changements de revenu qui incluent SSI, TCA ou Head Start*
- *Changements du nombre total de personnes dans votre ménage (ajout d'enfants. Signaler l'ajout du conjoint lors de la nouvelle détermination)*
- *Nouvelle adresse, si vous avez déménagé*
- *Changement de prestataire de services de garde d'enfants*
- *La garde d'enfants n'est plus nécessaire*
- *La famille ne réside plus dans le Maryland*
- *Gain d'actifs supérieur à un million de dollars*

	<b>Département de l'éducation de l'État du Maryland/Office de la garde d'enfants</b> <b>Programme de bourses pour la garde d'enfants</b> <b>VÉRIFICATION DES COURS EN LIGNE</b>	<b>Retourner à :</b> <a href="https://family.childcareportals.org/">https://family.childcareportals.org/</a>
--	---	---

Les cours en ligne sont considérés comme une activité approuvée. Pour que votre candidature soit prise en considération, vous devez fournir une description du cours tirée du catalogue officiel, ainsi qu'une déclaration volontaire indiquant les jours et heures auxquels vous suivrez le cours en ligne. **Ne pas** inclure le temps d'étude dans les heures déclarées.

Section 1 Informations générales	
Prénom :	Nom de famille :
Date de naissance :	Numéro de téléphone du contact :
Numéro de sécurité sociale (SSN) (facultatif) :	

Section 2 Détails des cours en ligne							
Nom de l'organisation :				Site internet de l'organisation :			
Nom des classes :				Description de la classe :			
Activité	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Heures							
Si vous n'avez pas de planning d'activité standard indiquez le <b>nombre total d'heures par semaine</b> consacrées à cette activité :							

Section 3 Signature	
En signant, je déclare suivre des cours en ligne pour le nombre total d'heures par semaine indiqué ci-dessus.	
Signature	Date

	<b>Département de l'éducation de l'État du Maryland/Office de la garde d'enfants Programme de bourses pour la garde d'enfants RÉCLAMATION POUR MOTIF VALABLE</b>	<b>Retourner à :</b> <a href="https://family.childcareportals.org/">https://family.childcareportals.org/</a>
--	--	---

Section 1 Demandeur (Partie ayant la garde) Informations générales	
Prénom :	Nom de famille :
Date de naissance :	Numéro de téléphone du contact :
Numéro de sécurité sociale (SSN) (facultatif) :	

Section 2 Partie n'ayant pas la garde	
Prénom :	Nom de famille :
Numéro de sécurité sociale (SSN) (facultatif) :	

Section 3 Définition du « Motif valable »
« Un motif valable pour refuser de coopérer à la recherche d'une pension alimentaire pour enfants » signifie que la coopération peut nuire à l'enfant concerné ou au client. Ces raisons se limitent à ce qui suit :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsque la coopération est susceptible de causer un grave préjudice physique ou émotionnel à l'enfant ;</li> <li>• Lorsque la coopération est susceptible de causer un préjudice physique ou émotionnel grave au client, de sorte que ce dernier ne peut pas s'occuper de l'enfant ;</li> <li>• Lorsque l'enfant est né à la suite d'un inceste ou d'un viol ;</li> <li>• Lorsque l'adoption légale de l'enfant est décidée par un tribunal ; et</li> <li>• Lorsqu'une agence de services sociaux aide les clients à décider s'ils veulent garder l'enfant ou le donner en adoption (pour autant que cette procédure ne dure pas plus de 3 mois).</li> </ul>

Section 4 Preuve d'un « Motif valable »
Les preuves acceptables pour prouver une réclamation de « Motif valable » se limitent aux éléments suivants :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acte de naissance, dossier médical ou de police montrant que l'enfant est né à la suite d'un inceste ou d'un viol ;</li> <li>• Documents judiciaires montrant que l'adoption légale de l'enfant est décidée par un tribunal ;</li> <li>• Documents judiciaires, médicaux, policiers ou psychologiques montrant que le parent absent pourrait nuire à l'enfant ou au client ;</li> <li>• Déclaration d'un professionnel de la santé médicale ou mentale indiquant que la coopération peut être préjudiciable à la santé émotionnelle de l'enfant ou du client</li> <li>• Déclarations sous serment de personnes autres que le client qui ont connaissance des circonstances qui constituent la base de la réclamation pour motif valable du client.</li> </ul>

Section 5 Signature	
J'ai lu ou fait lire la définition de la notion de Motif valable et je souhaite invoquer un motif valable pour refuser de coopérer à la recherche d'une pension alimentaire pour enfant.	
Signature du client CCS	Date

**NOTE AU CLIENT :**

Si vous souhaitez invoquer un motif valable, vous devez soumettre toutes les preuves à l'appui de cette demande dans les 30 jours suivant la soumission de la demande de bourse pour la garde d'enfants à CCS Central 2. Si vous ne présentez pas cette preuve de motif valable dans les 30 jours, vous devrez faire une demande de services d'aide à l'enfance ou votre dossier CCS sera résilié.

### Section 1 Informations générales

Prénom :	Nom de famille :
Date de naissance :	Numéro de téléphone du contact :
Numéro de sécurité sociale (SSN) ( <i>facultatif</i> ) :	

### Section 2 Emploi nouveau/actuel

Titre du poste :		Date de début de l'emploi : MM/JJ/AAAA	
Salaire horaire :		Pourboires :	Commission :
Payé par : <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Bi-hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bimensuel <input type="checkbox"/> Mensuel			
Fin de la période	Rémunération brute	Date de réception	Heures travaillées
Horaires de travail : ( <i>Si l'horaire varie, indiquez le nombre de jours travaillés par semaine.</i> )			
Nombre d'heures travaillées par semaine :		L'employé travaille : <input type="checkbox"/> Soir/nuit (19 h - 6 h) <input type="checkbox"/> Fins de semaine	

### Section 3 Cessation d'emploi

Dernier jour de travail :	Date de réception de la dernière paie :	Montant brut du contrôle final :
L'employé est-il en congé non payé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, date de retour prévue : MM/JJ/AAAA

### Section 4 Informations sur l'employeur

Nom de la société :		Numéro de téléphone :
Adresse :		
Nom de la personne qui remplit le formulaire :		Signature :
Titre :	Date : MM/JJ/YYYY	Numéro de téléphone :

### Section 5 Signature

**Consentement à la divulgation d'informations**  
*Je comprends que ces renseignements seront vérifiés et utilisés par le Programme de bourses pour la garde d'enfants afin de déterminer mon admissibilité aux bourses pour la garde d'enfants.*

Signature :	Date :
-------------	--------

Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, veuillez appeler CCS Central 2 au 877-227-0125

Section 1 Informations générales				
Prénom :		Nom de famille :		
ID du parti :		Date de naissance (DOB) : MM/JJ/AAAA		
Numéro de sécurité sociale (SSN) (facultatif) :		Numéro de téléphone du contact :		
Adresse postale :	Rue	Ville	État	Code postal

Section 2 Type de changement signalé (obligatoire, vous devez en sélectionner au moins un)	
<input type="checkbox"/> Augmentation de l'activité	Veillez remplir la Section 3 Puis signez, datez et joignez les pièces justificatives.
<input type="checkbox"/> Enfant ajouté au ménage	Veillez remplir la Section 4 Puis signez, datez et joignez les pièces justificatives.
<input type="checkbox"/> Perte de revenu <input type="checkbox"/> Augmentation des revenus (voir graphique SMI dans la section 5)	Veillez remplir la Section 5 Puis signez, datez et joignez les pièces justificatives.
<input type="checkbox"/> SSI ouvert <input type="checkbox"/> SSI fermé	Veillez remplir la Section 6 Puis signez, datez et joignez les pièces justificatives.
<input type="checkbox"/> TCA en attente approuvé <input type="checkbox"/> TCA en attente refusé <input type="checkbox"/> TCA fermé	Veillez remplir la Section 7 Puis signez, datez et joignez les pièces justificatives.
<input type="checkbox"/> Changement de nom	Veillez remplir la Section 8 Puis signez, datez et joignez les pièces justificatives.

SSI – revenu de sécurité supplémentaire ; TCA – Assistance temporaire en espèces

Section 3 Déclaration d'une augmentation d'activité							
Nom du membre du ménage (de la Section 1) :				Type d'activité : Voir les choix ci-dessus			
<b>Choix du type d'activité :</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche d'emploi</li> <li>• Service communautaire</li> <li>• Éducation</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emploi</li> <li>• Formation</li> <li>• Plan de responsabilité personnelle de la FIA</li> </ul>			
Nom de l'organisation :				Numéro de téléphone de l'organisation :			
Adresse de l'organisation : Rue		Ville :		État :		Code postal :	
Si vous n'avez pas d'horaire d'activité standard, entrez le nombre total d'heures par semaine :				Quelle est la durée totale de votre trajet aller-retour chaque semaine ? Heures: Minutes:			
Heures d'activité	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Samedi
	à	à	à	à	à	à	à
Documents requis pour la section 3 – Vous devez joindre une <b>preuve d'heures d'activité</b> (exemple : talons de paie, calendrier scolaire, plan FIA).							

## Section 4 Déclaration sur un enfant ajouté au ménage

### Informations sur l'enfant ajouté au ménage

Remarque Des mesures de pension alimentaire pour les enfants nécessitant des soins doivent être prises et la documentation fournie avec cette demande de changement.

Nom (Nom, Prénom, Deuxième prénom) :		Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance (DOB) :	SSN (facultatif) :
Origine ethnique : <i>Voir les choix ci-dessus</i>	Êtes-vous hispanique/latino ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Citoyen américain : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Statut d'étranger (si vous n'êtes pas citoyen) : <i>Voir les choix ci-dessus</i>	
<b>Choix pour la race :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amérindien ou autochtone d'Alaska</li> <li>Asie</li> <li>Noir ou afro-américain</li> <li>Natif Hawaïen ou insulaire du Pacifique</li> <li>Blanc</li> </ul>	<b>Choix pour le statut d'étranger :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Résident permanent</li> <li>Bénéficiaire d'asile</li> <li>Étranger bénéficiant d'une entrée conditionnelle</li> <li>Libéré sur parole (1 an ou plus)</li> <li>Étranger dont l'expulsion est suspendue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réfugiés</li> <li>Conjoint, enfant ou parent d'enfant d'un étranger battu</li> <li>Sans-papiers</li> <li>Enfant d'un étranger légalement admis</li> </ul>
Cet enfant a-t-il besoin de soins ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
1. Cet enfant bénéficie-t-il de l'allocation supplémentaire de revenu de sécurité (SSI) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
2. Quelle est la relation de l'enfant avec vous ?				
3. Cet enfant souffre-t-il d'un handicap ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
4. Cet enfant reçoit-il des prestations de la sécurité sociale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
5. Avez-vous demandé une pension alimentaire pour cet enfant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non et que vous avez une « bonne cause », veuillez appeler le 1 866 243-8796 pour obtenir le bon formulaire.				
6. Recevez-vous une pension alimentaire pour cet enfant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
7. Quel est le nom du/des parent(s) absent(s) de cet enfant ?				
8. Cet enfant est-il dans le programme Head Start ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quelle est la date de début ?				

Documents requis pour la section 4 – Vous devez joindre l'acte de naissance de l'enfant ; et le cas échéant joindre **une preuve de tutelle** ; et, le cas échéant, joindre une lettre de **vérification SSI** ; et, le cas échéant, joindre d'autres lettres de vérification des **prestations de sécurité sociale** ; et le cas échéant la **vérification de la pension alimentaire pour enfants** soit : 1) volontaire ; 2) Ordonnance du tribunal ; 3) « Bonne cause » ; ou 4) la preuve de la pension alimentaire pour enfants.

## Section 5 Déclaration d'un changement de revenu

### Informations sur la perte ou la modification des revenus

Type de changement	Nom du membre du ménage	Type de revenu <i>(Voir les choix ci-dessous)</i>	Montant du nouveau revenu <i>(pour les changements de revenu seulement)</i>
<input type="checkbox"/> Perte de revenus <input type="checkbox"/> Augmentation des revenus, voir le graphique SMI ci-dessous.			
<b>Choix pour le type de revenu :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pension alimentaire</li> <li>Rémunération des services armés</li> <li>Pension alimentaire pour enfants - ordonnée par le tribunal</li> <li>Pension alimentaire pour enfants - Volontaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prestations SS</li> <li>SSI</li> <li>Travail indépendant Brut</li> <li>TCA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourboires et commissions</li> <li>Chômage</li> <li>Aide/prestations aux anciens combattants</li> <li>Rémunération/Salaire</li> <li>Indemnisation des travailleurs</li> <li>Autre</li> </ul>

#### Signaler une augmentation de revenu :

Reportez-vous au tableau SMI à droite pour la taille de votre famille.

- Si le revenu combiné de votre ménage est **supérieur à 85 %** du SMI, soumettez ce formulaire et joignez les documents requis.
- Si le revenu combiné de votre ménage est **inférieur à 85 %** du SMI, ne soumettez pas ce formulaire. Déclarez les changements de revenu au moment de la nouvelle détermination.

#### 85 % du revenu médian de l'État du Maryland (SMI)

Taille de la famille	85 % du SMI
2	63.153 \$
3	78.013 \$
4	92.873 \$
5	107.732 \$
6	122.592 \$
7	125.378 \$

Documents requis pour la section 5

En cas de **perte de revenu**, vous devez joindre une lettre de séparation de chaque ancien employeur depuis votre dernière détermination d'admissibilité.

Si une **augmentation du revenu combiné du ménage** est supérieure à 85% du graphique SMI ci-dessus, joignez une preuve de revenu.

<b>Section 6 Modification du revenu de sécurité supplémentaire (SSI)</b>	
Nom de l'enfant (nom, prénom, deuxième prénom) :	Date de naissance :
<input type="checkbox"/> <b>SSI ouvert</b>	
<input type="checkbox"/> <b>SSI fermé</b>	
Documents requis pour la section 6 - Joindre la lettre de notification SSI.	

<b>Section 7 Modification de l'assistance temporaire en espèces (TCA)</b>
<input type="checkbox"/> <b>TCA en attente approuvée</b>
<input type="checkbox"/> <b>TCA en attente refusée</b>
<input type="checkbox"/> <b>TCA fermée</b>
Documents requis pour la section 7 <b>TCA en attente approuvée</b> : veuillez joindre la lettre de notification d'attribution du TCA ; <b>TCA en attente refusée</b> : veuillez joindre une preuve d'heures d'activité (exemple : talons de paie, calendrier scolaire, plan FIA) ; <b>TCA fermée</b> : veuillez joindre une preuve d'activité (exemple : talons de paie, calendrier scolaire, plan FIA) et la lettre de notification de clôture TCA.

<b>Section 8 Changement de nom</b>	
Nom antérieur :	
Nouveau nom :	Date d'entrée en vigueur :
Documents requis pour la section 8 – Vous devez joindre une preuve de votre changement de nom légal.	

<b>Section 9 Signature &amp; Date</b>	
Sous peine de parjure, je déclare, au mieux de mes connaissances, que les informations fournies sont vraies et correctes.	
Signature ( <b>obligatoire</b> )	Date ( <b>requis</b> )
<b>Les demandes de changement doivent être signées et datées pour être traitées.</b> Les signatures électroniques ne sont pas acceptables. La date doit être dans les 45 jours suivant la soumission.	

**-- Remarque --**

Chaque changement signalé nécessite que vous **soumettiez des documents justificatifs** avec ce formulaire de changement de circonstances.

Le changement signalé prend effet une fois que tous les documents requis ont été reçus par Child Care Central 2.

Section 1 Informations générales	
Prénom :	Nom de famille :
ID de la partie :	Date de naissance (DOB): <i>MM/JJ/AAAA</i>
Numéro de sécurité sociale (SSN) ( <i>facultatif</i> ) :	Numéro de téléphone du contact :

Section 2 Informations sur la nouvelle adresse						
Adresse du domicile :	Rue	Appart #	Ville	État	Code postal	Comté
Date du déménagement :	<i>MM/JJ/AAAA</i>					
Adresse postale, si différente :	Rue	Appart #	Ville	État	Code postal	
Date du déménagement :	<i>MM/JJ/AAAA</i>					
<b><i>Vous devez joindre des copies de pièces justificatives telles qu'une facture de services publics, la première page portant votre nom et la page de signature du contrat de location ou du crédit immobilier, pour prouver qu'il s'agit de votre nouvelle adresse.</i></b>						

Section 3 Signature	
Sous peine de parjure, je déclare, au mieux de mes connaissances, que les informations fournies sont véridiques et correctes. Je déclare que je suis un résident de l'État du Maryland.	
Signature	Date
<b><i>Ce formulaire de changement d'adresse doit être signé afin d'être traité.</i></b>	

<b><i>Si vous dissimulez délibérément des informations sur les changements survenus dans votre ménage, vous devrez à l'agence la valeur de tous les paiements effectués pour la garde d'enfants.</i></b>
<b><i>Vous devez signaler les éléments suivants dans les 10 jours :</i></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Augmentation du revenu total de votre ménage égale ou supérieure à 85 % du revenu médian de l'État.</i></li><li>• <i>Les changements dans le revenu qui comprennent : SSI, TCA ou Head Start</i></li><li>• <i>Changements du nombre total de personnes dans votre ménage (ajout d'enfants. Signaler l'ajout du conjoint lors de la nouvelle détermination)</i></li><li>• <i>Nouvelle adresse, si vous avez déménagé</i></li><li>• <i>Changement de prestataire de services de garde d'enfants</i></li><li>• <i>La garde d'enfants n'est plus nécessaire</i></li><li>• <i>La famille ne réside plus dans le Maryland</i></li><li>• <i>Gain d'actifs supérieur à un million de dollars</i></li></ul>

	<b>Département de l'éducation de l'État du Maryland/Office de la garde d'enfants</b> <b>Programme de bourses pour la garde d'enfants</b> <b>DEMANDE DE RETRAIT DE LA DEMANDE</b>	<b>Retourner à :</b> <a href="https://family.childcareportals.org/">https://family.childcareportals.org/</a>
--	--	---

Nous avons été informés que vous ne souhaitez plus demander les services de bourses pour la garde d'enfants. Une demande de retrait signée est nécessaire pour que nous puissions retirer votre demande. Veuillez signer ce formulaire et le renvoyer à l'adresse ci-dessus.

<b>Section 1 Informations générales</b>	
Prénom :	Nom de famille :
Date de naissance :	Numéro de téléphone du contact :
Numéro de sécurité sociale (SSN) (facultatif) :	

<b>Section 2 Signature</b>	
En signant, je déclare que je souhaite retirer ma demande de services de Bourses d'études pour la garde d'enfants.	
Signature	Date
<b><i>Cette demande de retrait de la demande ne sera pas traitée si le formulaire n'est pas signé.</i></b>	



## CCS Central 2

OBJET : Demande de bourse pour la garde d'enfants

Cher requérant :

Une bourse d'études pour la garde d'enfants est offerte aux enfants dont la famille remplit les conditions requises en fonction des revenus et des besoins, tels que définis par le Code des règlements du Maryland (COMAR 13A.14.06).

Veuillez remplir la demande ci-jointe et nous la renvoyer avec tous les documents requis. Répondez à toutes les questions et remplissez tous les espaces de la demande. Les demandes dûment remplies et soumises avec tous les documents requis sont traitées plus rapidement. Si votre demande n'est pas complète et/ou si les documents ne sont pas joints à la demande, le traitement de la demande peut prendre jusqu'à 30 jours et votre demande peut être refusée.

Sur la demande, veuillez noter la **date de naissance** et le **numéro de téléphone de contact** que vous avez indiqués à la section 2. Vous utiliserez ces informations pour accéder aux détails de votre dossier sur le menu téléphonique automatisé de CCS Central 2.



Pour remplir la demande, vous **DEVEZ** envoyer les informations énumérées pour tous les membres du ménage. Il s'agit de vous, de votre conjoint ou de l'autre parent de votre enfant vivant dans votre foyer.

Veuillez utiliser cette liste de vérification pour vous assurer que votre demande est complète :

- Doit fournir une adresse électronique*
- Les quatre (4) dernières semaines de fiches de paie consécutives (4 hebdomadaires, 2 bihebdomadaires).*
- Une preuve d'identité (permis de conduire, certificat de naissance, pièce d'identité délivrée par le gouvernement).*
- Preuve d'activité approuvée sur papier à en-tête de l'employeur ou de l'école (c'est-à-dire travail, école ou formation professionnelle)*
- Preuve de tous les autres revenus*
- Preuve de la coopération ou du paiement de la pension alimentaire pour enfants*
- Un justificatif de domicile (par exemple, une facture de services publics ou un bail).*
- Certificat de naissance pour chaque enfant du ménage*
- Garde informelle par un membre de la famille seulement - Preuve du lien de parenté entre le pourvoyeur et l'enfant*

Une bourse vous est accordée si vous êtes éligible et si des fonds sont disponibles. Le ministère de l'éducation de l'État du Maryland (MSDE) paie pour la garde en centre, la garde en famille et la garde informelle. CCS Central 2 peut vous expliquer les différents types de garde et répondre à toutes vos questions sur le Programme de bourses pour la garde d'enfants, si vous appelez le 1-877-227-0125.

Sincèrement,  
CCS Central 2  
1-877-227-0125

**Signalez toute suspicion de fraude au Programme de bourses pour la garde d'enfants sur le site [Reportccsfraud.org](http://Reportccsfraud.org).**

## La lecture de ces instructions vous aidera à remplir cette demande.

Les réponses à toutes les questions sont requises.

### Section 1 Informations générales

Type de demande :

- Une "**nouvelle**" demande est destinée à une personne qui ne reçoit pas d'aide pour la garde d'enfants (CCS) aujourd'hui, ou à une personne qui a été refusée et qui fait une nouvelle demande avec des informations à jour.
- Une "**réévaluation**" doit être effectuée au moins une fois tous les 12 mois pour les clients bénéficiant actuellement d'une aide financière.

Type de prestataire utilisé pour la garde :

- Un prestataire "**officiel**" est un centre de garde d'enfants ou un foyer familial de garde d'enfants qui est agréé ou réglementé par la loi du Maryland. Les prestataires formels recevant des paiements du programme CCS doivent participer au programme Maryland EXCELS.
- Un prestataire "**informel**" n'a pas de licence en vertu de la loi du Maryland et est limité à 1) la prise en charge par des proches, 2) la prise en charge à domicile par des personnes non apparentées. Si vous choisissez la garde par un membre de la famille, les relations éligibles sont les arrière-grands-parents, les grands-parents, les tantes, les oncles ou les frères et sœurs plus âgés de plus de 18 ans ne résidant pas dans le ménage de l'enfant. La preuve du lien de parenté doit être présentée avec la demande. Si vous choisissez un type de prestataire informel, des formulaires supplémentaires doivent être joints à ce dossier et complétés avant que le prestataire informel ne soit approuvé. Les bourses informelles ne seront pas délivrées tant que le prestataire informel n'aura pas été approuvé. Appelez le CCS Central 2 au 1-877-227-0125 pour obtenir les formulaires supplémentaires.

### Section 2 Informations sur le requérant

Comté de votre adresse de résidence :

- Si vous habitez à Baltimore City, entrez "Ville".

**Veillez noter la date de naissance et le numéro de téléphone de contact que vous indiquez sur le formulaire. Ces informations seront nécessaires pour accéder aux informations sur votre dossier dans le système téléphonique automatisé. S'il est déterminé que vous êtes admissible à une aide pour la garde d'enfants, un numéro d'identification vous sera attribué et envoyé par la poste pour un accès futur au système téléphonique automatisé.**

### Section 3 Besoin d'information sur la garde

Répondez à toutes les questions de cette section pour montrer pourquoi vous avez besoin d'une aide pour la garde d'enfants.

### Section 4 Informations sur les enfants

- Répondez aux questions de cette section pour chaque enfant du ménage, âgé de moins de 13 ans, pour lequel une garde d'enfants est nécessaire.
- S'il y a plus de 3 enfants dans le ménage, veuillez faire des copies supplémentaires de cette section pour inscrire leurs informations.
- **Vous devez joindre un certificat de naissance pour chaque enfant figurant dans le ménage.**

Les "**bonnes raisons**" de ne pas demander de pension alimentaire pour enfants comprennent les cas où la demande pourrait entraîner un préjudice physique ou émotionnel grave pour l'enfant ou le client qui vit avec l'enfant, où l'adoption de l'enfant est en question ou en cours, ou où l'enfant a été conçu à la suite d'un viol ou d'un inceste. Si vous n'avez pas fait de demande de pension alimentaire pour cet enfant et que vous avez un " motif valable ", appelez CCS Central 2 au 1-877-227-0125 pour obtenir le bon formulaire.

### Section 5 Autres membres du ménage

Répondez aux questions de cette section pour chaque membre du ménage qui n'est pas répertorié comme un enfant dans la section 4, Informations sur les enfants. S'il y a plus de 4 membres du ménage, veuillez faire des copies supplémentaires de cette section pour inscrire leurs informations.

### Section 6 Informations sur l'activité

Répondez aux questions de cette section pour chaque activité de chaque membre du ménage figurant à la section 5, Autres membres du ménage, lorsque la réponse à la question 1 est "Oui". Le "type d'activité" sélectionné est lié au "nom de l'organisation" saisi dans chaque case d'activité.

Le temps de trajet total doit être calculé comme le temps nécessaire pour se rendre de votre pourvoyeur à votre activité et retour. Tout temps excédant 2 heures par jour nécessitera une explication supplémentaire. Le temps de trajet ne sera pas accordé si les "heures d'activité" ne sont pas fournies.

Saisissez les heures d'activité comme heure de début et heure de fin :

Lundi	Mardi
8 h à 17 h	22 h à 3 h

S'il y a plus de 4 activités de membres du ménage, veuillez faire des copies supplémentaires de cette section pour saisir leurs informations.

**Pour toutes les activités qui relèvent de l'"emploi", vous devez joindre une lettre de l'employeur sur papier à en-tête de l'entreprise attestant des heures de travail.**

**Pour toutes les activités qui relèvent de l'"éducation" ou de la "formation", vous devez joindre une copie de l'horaire actuel de l'école/de la formation sur papier à en-tête de l'école afin de vérifier les jours et les heures de cours.**

### Section 7 Horaire de la garde d'enfants

Répondez aux questions de cette section pour indiquer tous les jours et toutes les heures où vous aurez besoin de services de garde d'enfants en fonction de votre ou vos activités, telles qu'elles sont énumérées à la section 6, Renseignements sur les activités.

Saisissez les heures de garde d'enfants nécessaires comme heure de début et heure de fin :

Lundi	Mardi
8 h à 17 h	22 h à 3 h

### Section 8 Informations sur le revenu

Répondez aux questions de cette section pour chaque type de revenu de chaque membre du ménage énuméré à la section 5, Autres membres du ménage. Si le ménage compte plus de 4 types de revenus, veuillez faire des copies supplémentaires de cette section pour inscrire leurs informations.

Le "revenu brut" est le montant total que vous avez gagné ou qui vous a été versé avant que les impôts ne soient retenus.

***Vous devrez joindre la preuve des 4 dernières semaines de tous les revenus pour : le requérant, le conjoint, l'autre parent au foyer, les parents d'un parent mineur, l'adulte et le conjoint ayant la garde physique d'un enfant mineur (4 fiches de paie hebdomadaires ou 2 bihebdomadaires).***

**Département de l'éducation de l'État du Maryland/Bureau de la garde d'enfants  
Programme d'aide pour la garde d'enfants  
DEMANDE/RÉÉVALUATION DE LA GARDE D'ENFANTS**

**Retourner à :**  
<https://family.childcareportals.org/>

***Si vous avez besoin d'aide pour remplir le formulaire, appelez le CCS Central 2 au 1-877-227-0125.***

**Section 1 Informations générales**

Type de demande :  Nouvelle  Réévaluation

Type de prestataire utilisé pour la garde :  Formelle  Garde informelle par des membres de la famille :  
 Informelle Non-parenté Au domicile de l'enfant

**Section 2 Informations sur le requérant**

Nom (Nom, Prénom, Deuxième prénom) : \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale (SSN) (facultatif) : \_\_\_\_\_

Date de naissance (DOB) : \_\_\_\_\_ Sexe :  Femme  Homme État civil :  Célibataire/jamais marié  Marié  
 Divorcé  Séparé  
 Veuf(ve)

Ethnie : \_\_\_\_\_ Êtes-vous hispanique/latino ?  Oui  Non Langue principale parlée à la maison : \_\_\_\_\_

Citoyen américain :  Oui  Non Statut d'étranger (si n'est pas citoyen) : *Voir les choix ci-dessous* Avez-vous un statut de militaire actif ?  Oui  Non

<p><b>Choix pour l'origine ethnique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amérindien ou autochtone d'Alaska</li> <li>• Asie</li> <li>• Noir ou afro-américain</li> <li>• Native Hawaïenne ou insulaire du Pacifique</li> <li>• Blanc</li> </ul>	<p><b>Choix pour Statut d'étranger :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résident permanent</li> <li>• Bénéficiaire d'asile</li> <li>• Étranger bénéficiant d'une entrée conditionnelle</li> <li>• Libéré sur parole (1 an ou plus)</li> <li>• Étranger dont l'expulsion est retenue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réfugiés</li> <li>• Conjoint, enfant ou parent d'enfant étranger battu</li> <li>• Sans-papiers</li> <li>• Enfant d'un étranger légalement admis</li> </ul>
--	--	---

Adresse du domicile : Rue \_\_\_\_\_ Numéro d'appartement \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Comté \_\_\_\_\_

Adresse postale, si différente : Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone du contact : \_\_\_\_\_ Téléphone du contact alternatif : \_\_\_\_\_ Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Payez-vous une pension alimentaire pour les enfants qui ne sont pas à la maison ?  Oui  Non

Êtes-vous un parent isolé ?  Oui  Non

Êtes-vous un parent mineur (moins de 18 ans) ?  Oui  Non

Recevez-vous le SNAP (coupons alimentaires) ?  Oui  Non

Recevez-vous une aide au logement ?  Oui  Non

**Section 3 Besoin d'information sur la garde**

1. Recevez-vous une aide financière temporaire (TCA) ?  Oui  Non  Jamais Si oui, date de début : \_\_\_\_\_

2. La TCA est-elle réservée aux enfants dont vous avez la charge ?  Oui  Non

3. Combien de personnes font partie de votre foyer ? Nombre : \_\_\_\_\_

4. Quel est votre revenu annuel brut ? Montant en dollars : \_\_\_\_\_

5. Quelle est votre activité ?  Recherche d'emploi/travail  
 Service communautaire  
 École publique (école primaire, collège ou lycée)  
 Collège (premier cycle universitaire)

6.	Voulez-vous une aide pour la garde d'enfants pour des enfants apparentés qui ne sont pas vos enfants biologiques ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7.	Combien d'enfants apparentés sont sous votre garde ?	Nombre :
8.	Est-ce que vous ou quelqu'un de votre foyer reçoit l'allocation supplémentaire d'aide au revenu (SSI) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9.	Êtes-vous responsable d'un enfant ayant un handicap ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10.	Êtes-vous actuellement sans abri ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11.	Avez-vous des actifs d'une valeur d'un million de dollars ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Section 4 Informations sur les enfants**

ENFANT 1	Nom (Nom, Prénom, Deuxième prénom) :	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance (DOB) :	SSN (facultatif) :	
	Origine ethnique: <i>Voir les choix ci-dessous</i>	Êtes-vous hispanique/latino ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Citoyen américain : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Statut d'étranger (si vous n'êtes pas citoyen) : <i>Voir les choix ci-dessous</i>	
	<b>Choix pour l'origine ethnique :</b>	<b>Choix pour Statut d'étranger :</b>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amérindien ou autochtone d'Alaska</li> <li>Asie</li> <li>Noir ou afro-américain</li> <li>Natif Hawaïen ou insulaire du Pacifique</li> <li>Blanc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Résident permanent</li> <li>Bénéficiaire d'asile</li> <li>Étranger bénéficiant d'une entrée conditionnelle</li> <li>Libéré sur parole (1 an ou plus)</li> <li>Étranger dont l'expulsion est retenue</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Réfugiés</li> <li>Conjoint, enfant ou parent d'enfant d'un étranger battu</li> <li>Sans-papiers</li> <li>Enfant d'un étranger légalement admis</li> </ul>	
	1.	Cet enfant bénéficie-t-il de l'allocation supplémentaire de revenu de sécurité (SSI) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	2.	Quelle est la relation de l'enfant avec vous ?			
	3.	Cet enfant souffre-t-il d'un handicap ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	4.	Cet enfant reçoit-il des prestations de la sécurité sociale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	5.	Avez-vous demandé une pension alimentaire pour cet enfant ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si non, veuillez voir les instructions à la page 6.
	6.	Recevez-vous une pension alimentaire pour cet enfant ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
ENFANT 2	Nom (Nom, Prénom, deuxième prénom) :	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance (DOB) :	SSN (facultatif) :	
	Origine ethnique : <i>Voir les choix ci-dessus</i>	Êtes-vous hispanique/latino ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Citoyen américain : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Statut d'étranger (si vous n'êtes pas citoyen) :	
	1.	Cet enfant bénéficie-t-il de l'allocation supplémentaire de revenu de sécurité (SSI) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	2.	Quelle est la relation de l'enfant avec vous ?			
	3.	Cet enfant souffre-t-il d'un handicap ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	4.	Cet enfant reçoit-il des prestations de la sécurité sociale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	5.	Avez-vous demandé une pension alimentaire pour cet enfant ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si non, veuillez voir les instructions à la page 6.
	6.	Recevez-vous une pension alimentaire pour cet enfant ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	7.	Quel est le nom du ou des parents absents de cet enfant ?			
	8.	Cet enfant est-il dans le programme Head Start ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, quelle est la date de début ?
ENFANT 3	Nom (Nom, Prénom, Deuxième prénom) :	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance (DOB) :	SSN (facultatif) :	
	Origine ethnique : <i>Voir les choix ci-dessus</i>	Êtes-vous hispanique/latino ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Citoyen américain : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Statut d'étranger (si vous n'êtes pas citoyen) :	
	1.	Cet enfant bénéficie-t-il de l'allocation supplémentaire de revenu de sécurité (SSI) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	2.	Quelle est la relation de l'enfant avec vous ?			
	3.	Cet enfant souffre-t-il d'un handicap ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	4.	Cet enfant reçoit-il des prestations de la sécurité sociale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	5.	Avez-vous demandé une pension alimentaire pour cet enfant ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si non, veuillez voir les instructions à la page 6.
	6.	Recevez-vous une pension alimentaire pour cet enfant ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

7. Quel est le nom du ou des parents absents de cet enfant ?
8. Cet enfant est-il dans le programme Head Start ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quelle est la date de début ?
9. Si vous utilisez la garde informelle par un membre de la famille, quel est le lien de parenté entre la personne qui s'occupe de l'enfant et l'enfant ?

**Section 5 Autres membres du ménage**

MEMBRE	Nom (Nom, Prénom, Deuxième prénom) :	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance (DOB) :	SSN ( <i>facultatif</i> ) :
	Origine ethnique : <i>Voir les choix ci-dessous</i>	Êtes-vous hispanique/latino ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Citoyen américain : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Statut d'étranger (si vous n'êtes pas citoyen) :
	<b>Choix pour l'origine ethnique :</b>	<b>Choix pour Statut d'étranger :</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amérindien ou autochtone d'Alaska</li> <li>Asie</li> <li>Noir ou afro-américain</li> <li>Natif Hawaïen ou insulaire du Pacifique</li> <li>Blanc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Résident permanent</li> <li>Bénéficiaire d'asile</li> <li>Étranger bénéficiant d'une entrée conditionnelle</li> <li>Libéré sur parole (1 an ou plus)</li> <li>Étranger dont l'expulsion est retenue</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Réfugiés</li> <li>Conjoint, enfant ou parent d'enfant d'un étranger battu</li> <li>Sans-papiers</li> <li>Enfant d'un étranger légalement admis</li> </ul>
	Avez-vous le statut de militaire actif ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Langue maternelle :	Relation avec le requérant :	
<b>Choix de la relation avec le requérant :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfant adopté</li> <li>Enfant biologique</li> <li>Frères et sœurs</li> <li>Belle-fille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cousin</li> <li>Enfant placé en famille d'accueil</li> <li>Petit/arrière petit-enfant</li> <li>Nièce/Neveu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pupille</li> <li>Autre (connexe)</li> <li>Autre (non parenté)</li> </ul>	
1.	1. Un membre du ménage a-t-il une activité qui le rend indisponible pour s'occuper de l'enfant ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2.	2. Le membre du ménage a-t-il des revenus gagnés ou non gagnés ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3.	3. Y a-t-il une circonstance qui rend le membre du ménage incapable de s'occuper de l'enfant ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

MEMBRE	Nom (Nom, Prénom, Deuxième prénom) :	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance (DOB) :	SSN ( <i>facultatif</i> ) :	
	Origine ethnique : <i>Voir les choix ci-dessous</i>	Êtes-vous hispanique/latino ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Citoyen américain : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Statut d'étranger (si vous n'êtes pas citoyen) :	
	Avez-vous le statut de militaire actif ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Langue maternelle :	Relation avec le requérant :		
	1.	1. Un membre du ménage a-t-il une activité qui le rend indisponible pour s'occuper de l'enfant ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	2.	2. Le membre du ménage a-t-il des revenus gagnés ou non gagnés ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3.	3. Y a-t-il une circonstance qui rend le membre du ménage incapable de s'occuper de l'enfant ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

MEMBRE	Nom (Nom, Prénom, Deuxième prénom) :	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance (DOB) :	SSN ( <i>facultatif</i> ) :	
	Origine ethnique : <i>Voir les choix ci-dessous</i>	Êtes-vous hispanique/latino ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Citoyen américain : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Statut d'étranger (si vous n'êtes pas citoyen) :	
	Avez-vous le statut de militaire actif ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Langue maternelle :	Relation avec le requérant :		
	1.	1. Un membre du ménage a-t-il une activité qui le rend indisponible pour s'occuper de l'enfant ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	2.	2. Le membre du ménage a-t-il des revenus gagnés ou non gagnés ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3.	3. Y a-t-il une circonstance qui rend le membre du ménage incapable de s'occuper de l'enfant ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

MEMBRE	Nom (Nom, Prénom, Deuxième prénom) :	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance (DOB) :	SSN ( <i>facultatif</i> ) :	
	Origine ethnique : <i>Voir les choix ci-dessous</i>	Êtes-vous hispanique/latino ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Citoyen américain : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Statut d'étranger (si vous n'êtes pas citoyen) :	
	Avez-vous le statut de militaire actif ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Langue maternelle :	Relation avec le requérant :		
	1.	1. Un membre du ménage a-t-il une activité qui le rend indisponible pour s'occuper de l'enfant ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	2.	2. Le membre du ménage a-t-il des revenus gagnés ou non gagnés ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3.	3. Y a-t-il une circonstance qui rend le membre du ménage incapable de s'occuper de l'enfant ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**Section 6 Informations sur l'activité**

ACTIVITÉ 1	Nom du requérant/membre du ménage (de la section 2 ou 5) :				Type d'activité :				
	<b>Choix pour type d'activité :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche d'emploi</li> <li>• Service communautaire</li> <li>• Éducation</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emploi</li> <li>• Formation</li> <li>• Plan de responsabilité personnelle de la FIA</li> </ul>				
	Nom de l'organisation :				Numéro de téléphone de l'organisation :				
	Adresse de l'organisation : Rue				Ville		État		Code postal
Si vous n'avez pas d'activité standard horaire, saisissez le <b>nombre total d'heures par semaine</b> :				Saisissez le temps de trajet quotidien depuis le pourvoyeur à l'activité (vers et depuis) :					
Activité	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Heures	
	A	à	à	à	à	à	à		

ACTIVITÉ 2	Nom du requérant/membre du ménage (de la section 2 ou 5) :				Type d'activité :					
	Nom de l'organisation :				Numéro de téléphone de l'organisation :					
	Adresse de l'organisation : Rue				Ville		État		Code postal	
	Si vous n'avez pas d'activité standard horaire, saisissez le <b>nombre total d'heures par semaine</b> :				Entrez le temps de trajet quotidien depuis le pourvoyeur à l'activité (vers et depuis) :					
Activité	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Heures		
	A	à	à	à	à	à	à			

ACTIVITÉ 3	Nom du requérant/membre du ménage (de la section 2 ou 5) :				Type d'activité :					
	Nom de l'organisation :				Numéro de téléphone de l'organisation :					
	Adresse de l'organisation : Rue				Ville		État		Code postal	
	Si vous n'avez pas d'activité standard horaire, saisissez le <b>nombre total d'heures par semaine</b> :				Entrez le temps de trajet quotidien depuis le pourvoyeur à l'activité (vers et depuis) :					
Activité	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Heures		
	A	à	à	à	à	à	à			

**Pour toutes les activités qui relèvent de l'"emploi", vous devez joindre une lettre de l'employeur sur papier à en-tête de l'entreprise attestant des heures de travail.**  
**Pour toutes les activités qui relèvent de l'"éducation" ou de la "formation", vous devez joindre une copie de l'horaire actuel de l'école/de la formation sur papier à en-tête de l'école afin de vérifier les jours et les heures de cours.**

**Section 7 Horaire de la garde d'enfants**

**Enfants d'âge scolaire :** Si les heures de garde ne sont pas communiquées, l'enfant recevra une bourse d'une unité (15 heures par semaine).

Si vous n'avez pas d'horaire standard de garde d'enfants, indiquez le **nombre total d'heures par semaine** :

Quels sont les jours et les heures spécifiques où vous avez besoin d'une garde d'enfants chaque jour en fonction de votre activité ?

Enfant Un	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
	A	à	à	À	à	à	à

Si vous n'avez pas d'horaire standard de garde d'enfants, indiquez le **nombre total d'heures par semaine** :

Quels sont les jours et les heures spécifiques où vous avez besoin d'une garde d'enfants chaque jour en fonction de votre activité ?

Enfant Deux	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
	A	à	à	À	à	à	à

Si vous n'avez pas d'horaire standard de garde d'enfants, indiquez le **nombre total d'heures par semaine** :

Quels sont les jours et les heures spécifiques où vous avez besoin d'une garde d'enfants chaque jour en fonction de votre activité ?							
Enfant Trois	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
	A	à	à	À	à	à	à

**Section 8 Informations sur le revenu**

R E V E N U  1	Nom du membre du ménage ayant un revenu :	Type de revenu : Voir les choix ci-dessous
	Choix pour Type de revenu : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pension alimentaire</li> <li>• Rémunération des services armés</li> <li>• Pension alimentaire pour enfants - ordonnée par le tribunal</li> <li>• Pension alimentaire pour enfants - Volontaire</li> <li>• Prestations SS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SSI</li> <li>• Travail indépendant Brut</li> <li>• TCA</li> <li>• Pourboires et commissions</li> <li>• Chômage</li> </ul>
	À quelle fréquence le membre du ménage perçoit-il ce revenu ?	Revenu brut chaque fois que le membre du ménage est payé (\$) :
	Si le revenu est une pension alimentaire, quel est le nom du parent absent qui la verse ?	
R E V E N U  2	Nom du membre du ménage ayant un revenu :	Type de revenu : Voir les choix ci-dessus
	À quelle fréquence le membre du ménage perçoit-il ce revenu ?	Revenu brut chaque fois que le membre du ménage est payé (\$) :
	Si le revenu est une pension alimentaire, quel est le nom du parent absent qui la verse ?	
R E V E N U  3	Nom du membre du ménage ayant un revenu :	Type de revenu : Voir les choix ci-dessus
	À quelle fréquence le membre du ménage perçoit-il ce revenu ?	Revenu brut chaque fois que le membre du ménage est payé (\$) :
	Si le revenu est une pension alimentaire, quel est le nom du parent absent qui la verse ?	
R E V E N U  4	Nom du membre du ménage ayant un revenu :	Type de revenu : Voir les choix ci-dessus
	À quelle fréquence le membre du ménage perçoit-il ce revenu ?	Revenu brut chaque fois que le membre du ménage est payé (\$) :
	Si le revenu est une pension alimentaire, quel est le nom du parent absent qui la verse ?	
Joindre la preuve des 4 dernières semaines de tous les revenus pour : le requérant, le conjoint, l'autre parent au foyer, les parents du parent mineur, l'adulte et le conjoint ayant la garde physique de l'enfant mineur.		

Votre demande nous permet de savoir si vous avez droit à des prestations et à des services. Ces prestations sont fournies aux frais de l'État et vous devez fournir des informations exactes. Elles peuvent être vérifiées auprès d'agences et d'entreprises publiques et privées. Vous devez signaler tout changement des informations fournies dans ce formulaire dans les 10 jours qui suivent le changement. Si vous donnez sciemment de fausses informations ou si vous omettez volontairement de signaler des changements, vous risquez d'être disqualifié et de subir les sanctions énumérées ci-dessous.

**La section 8-504 de l'article sur le droit pénal du code annoté du Maryland stipule que:**

- (a) Toute personne qui obtient ou tente d'obtenir frauduleusement, ou aide une autre personne à obtenir ou tenter d'obtenir frauduleusement de l'argent, des biens, des bons d'alimentation, des soins médicaux ou toute autre assistance à laquelle elle n'a pas droit, dans le cadre d'un programme social, sanitaire ou nutritionnel basé sur les besoins, financé en tout ou en partie par l'État du Maryland et administré par l'État ou ses subdivisions politiques, est coupable d'un délit. Aux fins de la présente section, la fraude comprend :
- (1) faire volontairement une fausse déclaration ou représentation ; ou
  - (2) omettre volontairement de divulguer un changement important dans le ménage ou la situation financière ; ou
  - (3) se faire passer pour une autre personne.
- (b) Sur déclaration de culpabilité, après notification et possibilité d'être entendu quant au montant du paiement et à la manière dont il doit être effectué, la personne doit restituer intégralement l'argent, les biens, les bons d'alimentation, les soins médicaux ou toute autre aide reçus illégalement, ou la valeur de ceux-ci, et est passible d'une amende maximale de 1 000 dollars ou d'un emprisonnement maximal de trois ans, ou des deux.

**Consentement à la divulgation d'informations :**

Par la présente, j'autorise l'unité de subvention pour la garde d'enfants du département de l'éducation de l'État du Maryland (MSDE/CCS), le bureau de l'inspecteur général du département des ressources humaines de l'État du Maryland (DHR/OIG) ou toute entité autorisée par le MDSE à contacter, examiner et obtenir les dossiers conservés par toute personne, partenariat, société, association ou agence gouvernementale dans le but d'établir la preuve de mon éligibilité aux prestations du CCS. Cela comprend, sans s'y limiter, les documents relatifs à l'emploi, aux finances (y compris les relevés bancaires), à l'école/à l'éducation, à la location/au logement et à l'impôt sur le revenu de l'État du Maryland. En signant ci-dessous, je certifie que je suis le soussigné, que j'ai la capacité de consentir à cette divulgation d'informations et que je donne à MSDE/CCS la permission de fournir des informations sur le programme par e-mail et/ou par SMS. Une photocopie de ce formulaire est aussi valable que l'original.

Nom du parent en caractères d'imprimerie	Date
Signature du parent	Date
Nom de l'autre parent (parent/conjoint dans le ménage ou parent d'un enfant mineur) Imprimé	Date
Signature de l'autre parent (parent/conjoint dans le ménage ou parent d'un enfant mineur)	Date

**LES DEMANDES NON SIGNÉES ET DATÉES SERONT RETOURNÉES.**

**Les signatures électroniques sont acceptées si la demande est soumise via le portail parents/fournisseurs en ligne CCS Central 2.**

La date de la demande doit se situer dans les 45 jours suivant la soumission. Ne pas soumettre les réévaluations avant 45 jours de la date de fin de réévaluation.

**Signalez toute suspicion de fraude au Programme de bourses pour la garde d'enfants sur le site [Reportccsfraud.org](http://Reportccsfraud.org).**