

إعادة إلى: CCS Central 2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827	الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند / مكتب رعاية الطفل برنامج المنحة الدراسية لرعاية الطفل بيان الإقرار بالعمل الحر
--	---

القسم 1: معلومات عامة	
الاسم الأول:	الاسم الأخير:
تاريخ الميلاد:	رقم هاتف جهة الاتصال:
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):	اسم الشركة:

القسم 2 الدخل (اذكر دخل آخر 3 شهور). أرفق مستند التحقق من الدخل			
المسمى الوظيفي:			رقم معرف جهة العمل:
الشهر	المبلغ الإجمالي المدفوع	تاريخ الاستلام	ساعات العمل
جدول مواعيد العمل: (إذا كان جدول مواعيد العمل غير ثابت، فاذكر عدد أيام العمل في الأسبوع).			
في أي وقت يكون عملك اليومي على سبيل المثال من 9 ص - 5 م:		هل تعمل: <input type="checkbox"/> في الأمسيات <input type="checkbox"/> عطلات نهاية الأسبوع	
عدد ساعات العمل في الأسبوع:		متوسط ساعات العمل خلال آخر 3 أشهر:	

القسم 3 الإقرار
<p>أنا، _____ ، أقر بموجب ذلك بالمعلومات التالية:</p> <p>أنا أقر بأن هذا الدخل متولد من عملي الحر. أنا أقر بأنني مؤهل لدفع ضرائب الولاية والضرائب الفيدرالية لعملي الحر. أنا أقر باحتمالية تحقيق أرباح أو خسائر.</p> <p>وأقر بأن المعلومات التي أقدمها في هذا النموذج صحيحة وفق أفضل علمي. وأنا أدرك أنه في حال تقديمي معلومات غير صحيحة أو في حال إخفائي معلومات، فإنني قد أعاقب بموجب القانون بتهمة الاحتيال أو الحنث باليمين. وقد يتعين عليّ أيضاً سداد أي مدفوعات تكبدها ولاية ماريلاند بسبب ذلك الاحتيال أو الخطأ المرتكب من قبلي.</p>

القسم 4 التوقيع	
<p>موافقة للإفصاح عن المعلومات</p> <p>أنا أدرك أنه سيتم التحقق من هذه المعلومات واستخدامها من قبل برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل من أجل تحديد أهليتي للحصول على المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل.</p>	
التوقيع:	التاريخ: