

	메릴랜드 주 교육부/아동보호국 아동보호 장학금 (Child Care Scholarship) 프로그램 자영업 증명서	반송: CCS Central 2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827
--	---	---

섹션 1 일반 정보

이름:	성:
생년월일(DOB):	연락 전화번호:
사회 보장 번호 (선택사항):	회사명:

섹션 2 수입 (최근 3개월 수입을 제공하십시오). 수입 증명 첨부

직업명:	EIN:		
월	총 지급액	수령일	근무한 시간
업무 일정: (일정이 불규칙한 경우, 주당 근무한 날짜의 수를 알려주십시오.)			
일일 근무 시간은 몇 시입니까? 예: 오전 9시 - 오후 5시:	다음 시간에도 근무합니까: <input type="checkbox"/> 야간 <input type="checkbox"/> 주말		
주당 근무한 시간:	지난 3개월 평균 근무 시간:		

섹션 3 증명

본인, _____, 은 이로써 다음 정보를 증명합니다:

본인은 이 수입이 제 자영업 수입임을 증명합니다. 본인은 주 및 연방 자영업 납세의 의무를 지니고 있습니다. 본인은 손익을 실현할 잠재력이 있습니다.

본인의 지시에 따라 이 양식에서 제공한 정보는 진실하고 정확합니다. 본인이 제공한 정보가 참이 아니거나 정보를 보류하고 있다면, 합법적으로 사기 또는 위증죄의 처벌을 받을 수 있음 알고 있습니다. 또한 사기 또는 오류로 인해 발생한 모든 비용을 메릴랜드 주에 변제할 것입니다.

섹션 4 서명

정보 공개 동의

본인은 본인의 아동보호 장학금 적격성을 결정하기 위해 아동보호 장학금 프로그램에 의해 승인되고 사용됨을 이해합니다.

서명:	날짜:
-----	-----