

马里兰州教育部/儿童照护办公室
儿童照护奖学金计划
自雇证明书

寄回至：
CCS Central 2
邮政信箱 346031
Bethesda, MD 20827

第 1 部分 主要信息

名字：	姓氏：
出生日期 (DOB)：	联系电话：
社会安全号码 (可选)：	公司名称：

第 2 部分 收入 (提供您最近 3 个月的收入)。附上收入证明

职称：	EIN：		
月份	工资总额	接收日期	工作时数
工作时间表： (如果时间表有变化，请指明每周工作天数。)			
您每天几点工作，例如上午 9 点到下午 5 点：	您是否在以下时间段内工作：	<input type="checkbox"/> 晚上	<input type="checkbox"/> 周末
每周工作小时数：	过去 3 个月的平均工作时间：		

第 3 部分 证明

我， _____， 特此证明以下信息：

我证明这笔收入来自本人的自雇工作。我有资格申报州和联邦自雇税。我有可能实现盈利或亏损。

据我所知，本人在此表格上提供的信息是真实和正确的。我意识到，如果本人提供不实信息或隐瞒信息，则可能会因欺诈或伪证罪而受到法律惩罚。我可能还必须向马里兰州偿还因本人的欺诈或错误而支付任何款项。

第 4 部分 签名

信息发布同意书

我明白，托儿奖学金计划将核实并使用此信息来确定本人是否有资格获得托儿奖学金。

签名：	日期：
-----	-----