

	<b>메릴랜드 주 교육부/아동보호 지원 프로그램</b> <b>지원 프로그램 자발 종료 요청 양식</b>	<b>Email To:</b> CCSInvoices@maryland.gov
--	--	--

섹션 1: 일반 정보	
부양자 성명:	
부양자 ID 번호:	연락 전화번호:

지원 프로그램을 자발적으로 종료하고자 하는 날짜를 표시해 주십시오. <b>섹션 2:</b> 자발 종료일 통지는 종료일 <u>이전</u> 에 부모 및 아동보호 장학금 Central(CCS Central 2)로 보내야 합니다.	
시작일(MM/DD/YY)	종료일(MM/DD/YY)

**참고:** 보육 부양자는 매년 최대 2주 연속 자발적 종료에 대한 지급을 받을 수 있습니다.

섹션 3: 서명	
<input type="checkbox"/> 본인은 본인/우리가 본 종료에 대해 모든 보호자, 또는 부모에게 통지했음을 확인합니다.	
부양자 서명:	날짜: