

	Sở Giáo dục Tiểu bang Maryland/Văn phòng Chương trình Trợ cấp Chăm sóc Trẻ em BIỂU MẪU YÊU CẦU NGÀY ĐÓNG CỬA TỰ NGUYỆN	Email To: CCSInvoices@maryland.gov
--	---	--

Phần 1: Thông tin chung	
Tên nhà cung cấp:	
Số ID nhà cung cấp:	Số điện thoại liên hệ:

Cho biết (các) ngày bạn dự định tự nguyện đóng cửa. Phần 2: Thông báo về ngày đóng cửa tự nguyện phải được gửi đến (các) phụ huynh và Trung tâm Học bổng Chăm sóc trẻ em (CCS Central 2) <u>TRƯỚC</u> ngày đóng cửa.	
Ngày bắt đầu (MM/DD/YY)	Ngày kết thúc (MM/DD/YY)

Ghi chú: Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc trẻ em được phép đóng cửa tối đa hai tuần liên tiếp mỗi năm mà vẫn được thanh toán.

Phần 3: Chữ ký	
<input type="checkbox"/> Tôi xác nhận rằng tôi/chúng tôi đã thông báo cho tất cả phụ huynh về việc đóng cửa này.	
Chữ ký của nhà cung cấp:	Ngày: