

الإعادة إلى: CCS Central 2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827	الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند / مكتب رعاية الطفل برنامج المنحة الدراسية لرعاية الطفل نموذج طلب تمديد المنحة	
--	---	--

القسم 1		معلومات عامة
الاسم الأول:	الاسم الأخير:	
هوية الطرف:	تاريخ الميلاد:	
رقم الضمان الاجتماعي (SSN) (اختياري):	رقم هاتف جهة الاتصال:	
العنوان البريدي:	الشارع	المدينة
	الولاية	الرمز البريدي

القسم الثاني				معلومات القسيمة
الأطفال الذين يحتاجون إلى تمديد القسيمة				
اسم الطفل	تاريخ ميلاد الطفل	رقم الضمان الاجتماعي للطفل (اختياري)	تاريخ بدء التمديد	

القسم الثالث				معلومات النشاط
تفاصيل النشاط المعتمد				
اسم فرد من أفراد الأسرة	النشاط	تاريخ البدء	تاريخ الانتهاء	

بالنسبة لجميع الأنشطة "التوظيف"، يجب إرفاق خطاب من جهة العمل للتحقق من ساعات العمل. بالنسبة لجميع الأعمال التي تقتصر على "التعليم" أو "التدريب"، يجب إرفاق نسخة من جدول المدرسة / التدريب الحالي للتحقق من أيام الدراسة وساعات الدراسة.

القسم 3 التوقيع	
تحت عقوبة الحنث باليمين، أعلن حسب علمي واعتقادي أن المعلومات المقدمة صحيحة وحقيقية.	
التوقيع	التاريخ
لن تتم معالجة طلب تمديد المنحة هذا إذا لم يتم توقيع النموذج.	