

ردًا على: طلب منحة دراسية موجهة إلى رعاية الطفل

عزيزي مُقدم الطلب:

يتم تقديم المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل للأطفال الذين تتاهل أسرهم على أساس الدخل والحاجة، وذلك وفقاً لما هو منصوص عليه في لوائح قانون ولاية ماريلاند (COMAR 13A.14.06).

يُرجى إكمال الطلب المرفق وإعادته إلينا مع جميع المستندات المطلوبة. أجب على جميع الأسئلة وأكمل جميع المساحات الفارغة في الطلب. الطلبات المكتملة تماماً والمقدمة مع جميع المستندات المطلوبة تتم معالجتها بشكل أسرع. إذا لم يكن طلبك مكتملاً و/أو إذا لم يتم تقديم المستندات مع الطلب، فقد يستغرق الأمر ما يصل إلى 30 يوماً لمعالجة الطلب وقد ينتج عن ذلك رفض طلبك.

في الطلب، يُرجى تدوين تاريخ الميلاد ورقم هاتف جهة الاتصال الذي أدخلته في القسم 2. سوف تستخدم هذه المعلومات للوصول إلى تفاصيل حالتك من خلال قائمة الاتصال الآلي في مركز برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل (CCS Central 2)



لإكمال الطلب، يجب عليك إرسال المعلومات المدرجة لجميع أفراد الأسرة. وهذا يشملك أنت وزوجتك أو ولي الأمر الآخر لطفلك الذي يعيش في منزلك.

يُرجى استخدام قائمة التحقق هذه للتأكد من اكتمال طلبك:

- يجب تقديم عنوان بريد إلكتروني
- آخر أربعة (4) أسابيع من قسائم الدفعات المتأخرة المتتالية (4 أسبوعياً ، 2 كل أسبوعين)
- إثبات الهوية (مثل رخصة القيادة وشهادة الميلاد والهوية الصادرة عن الحكومة)
- إثبات العمل المعتمد المثبت في مخاطبات جهة العمل أو المدرسة (على سبيل المثال العمل أو المدرسة أو التدريب الوظيفي)
- إثبات جميع مصادر الدخل الأخرى
- إثبات إعالة الطفل بالمشاركة أو الدفع
- إثبات العنوان (مثل فاتورة مرافق، عقد إيجار)
- شهادة ميلاد لكل طفل ضمن الأسرة
- رعاية الأقارب غير الرسمية فقط - إثبات علاقة مقدم رعاية الطفل بالطفل

يتم إصدار المنحة الدراسية لك إذا كنت مؤهلاً وكانت الأموال متوفرة. تقوم الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند (MSDE) بدفع تكاليف رعاية المركز، ورعاية الأطفال الأسرية، والرعاية غير الرسمية. يمكن لمركز برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل (CCS Central) شرح أنواع الرعاية المختلفة والإجابة على جميع الأسئلة المتعلقة ببرنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل عند الاتصال بالرقم 1-877-227-0125.

مع وافر التقدير،

CCS Central 2

1-877-227-0125

يمكنك الإبلاغ عن الاحتيال المشتبه به في برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل على [Reportccsfraud.org](http://Reportccsfraud.org)

ستساعدك قراءة هذه التعليمات في إكمال هذا الطلب.

مطلوب الإجابة على جميع الأسئلة.

القسم 1 معلومات عامة

نوع الطلب:

- طلب "جديد"، يكون مخصصًا لشخص لا يتلقى إعانة رعاية الطفل (CCS) حاليًا، أو شخص تم رفضه ويعيد تقديم الطلب بالمعلومات الحالية.
- يجب إكمال نموذج "إعادة البت" مرة واحدة على الأقل كل 12 شهرًا للعلماء الذين يتلقون دعم الإعانة في الوقت الحالي.
- نوع مقدم رعاية الطفل المستخدم لتقديم الرعاية:
- مقدم رعاية الطفل "الرسمي" هو مركز رعاية الطفل أو دار رعاية الطفل الأسرية المرخص أو الخاضع للتنظيم بموجب قانون ولاية ماريلاند. يجب على مقدمي رعاية الطفل الرسميين الذين يتلقون مدفوعات برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل المشاركة في برنامج Maryland EXCELS.
- مقدم رعاية الطفل "غير الرسمي" هو مقدم رعاية الطفل غير المرخص له بموجب قانون ولاية ماريلاند وتقتصر خدماته على (1) الرعاية من الأقارب، (2) الرعاية المنزلية من غير الأقارب. إذا اخترت مقدم الرعاية من الأقارب، فإن العلاقات المؤهلة هي آباء الأجداد، أو الأجداد، أو العمات/الخالات، أو الأعمام/الأخوال، أو الأشقاء الأكبر سنًا الذين تزيد أعمارهم عن 18 عامًا وليسوا مقيمين في منزل الطفل. يجب تقديم إثبات علاقة القرابة مع الطلب. إذا اخترت أي نوع من مقدم رعاية الطفل غير الرسمي، فيجب تضمين نماذج إضافية مع هذه الحزمة وإكمالها قبل الموافقة على مقدم رعاية الطفل غير الرسمي ذلك. لن يتم إصدار المنح الدراسية غير الرسمية حتى تتم الموافقة على مقدم رعاية الطفل غير الرسمي. اتصل بمركز برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل (CCS Central 2) على الرقم 1-877-227-0125 للحصول على النماذج الإضافية.

القسم 2 معلومات مقدم الطلب

مقاطعة عنوان منزلك:

- إذا كنت تعيش في مدينة بالتيمور، أدخل "المدينة"
- **تُرجى تدوين تاريخ الميلاد ورقم هاتف جهة الاتصال الذي قمت بإدخاله في النموذج. ستستخدم هذه المعلومات للوصول إلى تفاصيل حالتك من خلال نظام الاتصال الآلي.** إذا تم اعتماد أهلية مقدم الطلب للحصول على إعانة رعاية الطفل، فسيتم تخصيص معرف طرف وإرساله إليك بالبريد للوصول إلى نظام الاتصال الآلي مستقبلاً.

القسم 3 معلومات الاحتياج إلى الرعاية

أجب على جميع الأسئلة الواردة في هذا القسم لتوضيح سبب حاجتك في الحصول على مساعدة رعاية الأطفال.

القسم 4 معلومات الطفل

- أجب عن الأسئلة الواردة في هذا القسم لكل طفل في الأسرة يحتاج إلى رعاية الطفل وأقل من 13 عامًا.
- إذا كان هناك أكثر من 3 أطفال في الأسرة، فيرجى عمل نسخ إضافية من هذا القسم لإدخال معلوماتهم.
- **يجب إرفاق شهادة ميلاد لكل طفل ضمن الأسرة.**
- يتضمن "السبب الوجيه" لعدم التقدم بطلب للحصول على إعالة الطفل الحالات التي قد يؤدي فيها تقديم الطلب إلى ضرر جسدي أو عاطفي خطير للطفل أو العميل الذي يعيش مع الطفل، أو عندما يكون تبني الطفل قيد الفحص أو قيد المعالجة، أو تم حمل الطفل عن طريق الاغتصاب أو سفاح القربى. إذا لم تكن قد تقدمت بطلب للحصول على إعالة الطفل لهذا الطفل ولديك "سبب وجيه"، فاتصل بمركز برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل (CCS Central 2) على الرقم 1-877-227-0125 للحصول على النموذج الصحيح.

القسم 5 أعضاء الأسرة الآخرين

أجب عن الأسئلة الواردة في هذا القسم لكل فرد من أفراد الأسرة غير مدرج كطفل في القسم 4، معلومات الطفل. إذا كان هناك أكثر من 4 أفراد أسرة، فيرجى عمل نسخ إضافية من هذا القسم لإدخال معلوماتهم.

القسم 6 معلومات العمل

أجب عن الأسئلة الواردة في هذا القسم والمتعلقة بعمل كل فرد من أفراد الأسرة المدرجين في القسم 4، أفراد الأسرة الآخرين، متى تكون الإجابة على السؤال 1 هي "نعم". يرتبط "نوع العمل" المحدد بـ "اسم المؤسسة" الذي المُدخل في مربع العمل.

يجب حساب إجمالي وقت التنقل باعتباره الوقت اللازم للانتقال من موضع مقدم رعاية الطفل إلى مكان عملك والعودة. سيتطلب أي وقت يتجاوز ساعتين في اليوم شرحًا إضافيًا. لن يتم منح مقابل وقت التنقل ما لم يتم ذكر "ساعات العمل".

الثلاثاء	الاثنين
٣ إلى ١٠	٥ إلى ٨

أدخل ساعات العمل كوقت البدء ووقت الانتهاء:

إذا كانت هناك أعمال لأكثر من 4 أفراد في الأسرة، فيرجى عمل نسخ إضافية من هذا القسم لإدخال معلوماتهم.

بالنسبة لجميع الأعمال "التوظيفية"، يجب إرفاق خطاب من جهة العمل على ورق الشركة للمخطبات الرسمية الذي يحمل اسم الشركة لإثبات ساعت العمل.

بالنسبة لجميع الأعمال التي تقتصر على "التعليم" أو "التدريب"، يجب إرفاق نسخة من جدول المدرسة / التدريب الحالي على ورق المدرسة المخصص للمخطبات الرسمية لإثبات كل من أيام الدراسة وساعات الدراسة.

القسم 7 جدول مواعيد رعاية الطفل

أجب عن الأسئلة الواردة في هذا القسم لإظهار جميع الأيام والساعات التي ستحتاج فيها إلى رعاية الطفل بناءً على عملك (أعمالك)، كما هو مدرج في القسم 6، معلومات العمل.

الثلاثاء	الاثنين
٣ إلى ١٠	٥ إلى ٨

أدخل ساعات رعاية الطفل المطلوبة كوقت البدء ووقت الانتهاء:

القسم 8 معلومات الدخل

أجب عن الأسئلة الواردة في هذا القسم والمتعلقة بنوع الدخل لكل فرد من أفراد الأسرة المدرجين في القسم 5، أفراد الأسرة الآخرين. إذا كان هناك أكثر من 4 أفراد في الأسرة لديهم أنواع دخل مختلفة، فيرجى عمل نسخ إضافية من هذا القسم لإدخال معلوماتهم.

"إجمالي الدخل" هو إجمالي المبلغ الذي ربحته أو تم دفعه قبل اقتطاع الضرائب.

سوف تحتاج إلى إرفاق إثبات لآخر 4 أسابيع من إجمالي الدخل لكل من: مقدم الطلب، والزوج/الزوجة، والوالد الآخر في المنزل، والوالد القاصر، والبالغ والزوج/الزوجة الذي لديه حضنة مادية لطفل قاصر (4 كموب إيصالات أجور أسبوعيًا أو 2 لكل أسبوعين).

إعادة إلى: CCS Central 2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827	الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند / مكتب رعاية الطفل برنامج إعانة رعاية الطفل طلب/ إعادة البت بشأن رعاية الطفل
--	--

**إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في إكمال الطلب، فاتصل بمركز برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل (CCS Central 2) على الرقم 1-877-227-0125.**

<b>القسم 1   معلومات عامة</b>
نوع الطلب: <input type="checkbox"/> جديد <input type="checkbox"/> إعادة بت
نوع مقدم رعاية الطفل المُستخدم لتقديم الرعاية: <input type="checkbox"/> رعاية الطفل من الأقارب الرسمية <input type="checkbox"/> غير الرسمية: يُطلب ذكر اسم القريب وعلاقة القرابة <input type="checkbox"/> رعاية الطفل المنزلية غير الرسمية من غير الأقارب <input type="checkbox"/>

<b>القسم 2   معلومات مقدم الطلب</b>	
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط):	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):
تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة	الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر
العرق: انظر الخيارات أدناه	هل أنت من أصل يتحدث الإسبانية / لاتيني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
مواطن أمريكي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل لديك وضع عسكري نشط؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

<b>خيارات العرق:</b>	<b>خيارات وضع الأجنبي:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• أمريكي من أصل هندي أو من سكان الأسكا الأصليين</li> <li>• آسيوي</li> <li>• أسود أو أمريكي من أصل أفريقي</li> <li>• من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ</li> <li>• أبيض</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مقيم دائم لاجئ</li> <li>• أجنبي ممنوح حق دخول مشروط تحت إطلاق السراح المشروط من السجن (سنة أو أكثر)</li> <li>• أجنبي تم منع ترحيله</li> </ul>

عنوان المنزل:	الشارع	رقم الشقة	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	المقاطعة
عنوان المراسلات، إذا كان مختلفاً:	الشارع	المدينة	الولاية	الرمز البريدي		
رقم هاتف جهة الاتصال:	رقم الهاتف البديل:	عنوان البريد الإلكتروني:				

هل تدفع إعالة الطفل لأطفال خارج المنزل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل أنت والد أعزب؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل أنت والد قاصر (أقل من 18 عاماً)؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل تتلقى قسائم الطعام SNAP؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل تحصل على إعانة السكن؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

<b>القسم 3   معلومات الاحتياج إلى الرعاية</b>	
1. هل تتلقى المساعدة النقدية المؤقتة (TCA)؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إطلاقاً إذا كانت الإجابة بنعم، تاريخ البدء
2. هل تتلقى المساعدة النقدية المؤقتة للأطفال الذين هم تحت رعايتك فقط؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
3. كم عدد الأشخاص في أسرتك؟	العدد:
4. ما هو دخلك الإجمالي السنوي؟	المبلغ بالدولار:
5. ما هو عملك؟	<input type="checkbox"/> البحث عن وظيفة/عمل <input type="checkbox"/> خدمة المجتمع <input type="checkbox"/> مدرسة عامة (ابتدائية أو متوسطة أو ثانوية) <input type="checkbox"/> كلية (جامعة)
6. هل تريد إعانة رعاية الطفل لأطفال أقرانك وليسوا أطفالك البيولوجيين؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
7. كم عدد الأطفال أقرانك الذين في حضانتك؟	العدد:
8. هل تتلقى أنت أو أي شخص في أسرتك دخل الضمان التكميلي (SSI)؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

9. هل أنت مسؤول عن أي طفل معاق؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
10. هل أنت مشرد حالياً؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
11. هل لديك أصول بقيمة مليون دولار؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

القسم 4 معلومات الطفل	
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط):	الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة
العرق: انظر الخيارات أدناه	هل أنت من أصل يتحدث الإسبانية / لاتيني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
مواطن أمريكي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	وضع أجنبي (لغير المواطنين): انظر الخيارات أدناه
خيارات العرق:	خيارات وضع الأجنبي:
<ul style="list-style-type: none"> <li>أمريكي من أصل هندي أو سكان الاسكا الأصليين</li> <li>آسيوي</li> <li>أسود أو أمريكي من أصل أفريقي</li> <li>من سكان هاواي الأصليين أو من سكان جزر المحيط الهادئ</li> <li>أبيض</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>مقيم دائم</li> <li>لاجئ</li> <li>أجنبي ممنوح حق دخول مشروط</li> <li>تحت إطلاق السراح المشروط من السجن (سنة أو أكثر)</li> <li>أجنبي تم منع ترحيله</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>لا</li> <li>زوج أجنبي/زوجة أجنبية</li> <li>يتعرض/تتعرض للعنف الأسري، أو طفل يتعرض للعنف الأسري، أو والد/والدة طفل يتعرض/تتعرض للعنف الأسري</li> <li>بدون وثائق</li> <li>طفل أجنبي معترف به بشكل قانوني</li> </ul>	
1. هل يتلقى هذا الطفل دخل الضمان التكميلي (SSI)؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
2. ما علاقة الطفل بك؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
3. هل هذا الطفل مُعاق؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
4. هل يتلقى هذا الطفل استحقاقات من الضمان الاجتماعي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
5. هل تقدمت بطلب للحصول على إعالة الطفل لهذا الطفل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
6. هل تتلقى إعالة الطفل لهذا الطفل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
7. ما اسم الوالد الغائب (الوالدين الغائبين) لهذا الطفل؟	
8. هل هذا الطفل مدرج في برنامج Head Start؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
9. في حالة استخدام رعاية الأقارب غير الرسمية، ما هي علاقة مقدم رعاية الطفل بالطفل؟	العلاقة
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط):	الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة
العرق: انظر الاختيارات أعلاه	هل أنت من أصل يتحدث الإسبانية / لاتيني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
مواطن أمريكي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	وضع أجنبي (لغير المواطنين): انظر الاختيارات أعلاه
1. هل يتلقى هذا الطفل دخل الضمان التكميلي (SSI)؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
2. ما علاقة الطفل بك؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
3. هل هذا الطفل مُعاق؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
4. هل يتلقى هذا الطفل استحقاقات من الضمان الاجتماعي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
5. هل تقدمت بطلب للحصول على إعالة الطفل لهذا الطفل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
6. هل تتلقى إعالة الطفل لهذا الطفل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
7. ما اسم الوالد الغائب (الوالدين الغائبين) لهذا الطفل؟	
8. هل هذا الطفل مدرج في برنامج Head Start؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
9. في حالة استخدام رعاية الأقارب غير الرسمية، ما هي علاقة مقدم رعاية الطفل بالطفل؟	العلاقة
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط):	الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر
رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة
العرق: انظر الاختيارات أعلاه	هل أنت من أصل يتحدث الإسبانية / لاتيني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
مواطن أمريكي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	وضع أجنبي (لغير المواطنين): انظر الاختيارات أعلاه
1. هل يتلقى هذا الطفل دخل الضمان التكميلي (SSI)؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
2. ما علاقة الطفل بك؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
3. هل هذا الطفل مُعاق؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
4. هل يتلقى هذا الطفل استحقاقات من الضمان الاجتماعي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
5. هل تقدمت بطلب للحصول على إعالة الطفل لهذا الطفل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
6. هل تتلقى إعالة الطفل لهذا الطفل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
7. ما اسم الوالد الغائب (الوالدين الغائبين) لهذا الطفل؟	
8. هل هذا الطفل مدرج في برنامج Head Start؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
9. في حالة استخدام رعاية الأقارب غير الرسمية، ما هي علاقة مقدم رعاية الطفل بالطفل؟	العلاقة

القسم 5 أعضاء الأسرة الآخرين		رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):	
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط):	الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):
العرق: انظر الخيارات أدناه	هل أنت من أصل يتحدث الإسبانية / لاتيني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مواطن أمريكي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	وضع أجنبي (لغير المواطنين): انظر الخيارات أدناه
<b>خيارات العرق:</b>	<b>خيارات وضع الأجنبي:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● مقيم دائم</li> <li>● طالب لجوء</li> <li>● أجنبي ممنوح حق دخول مشروط</li> <li>● تحت إطلاق السراح المشروط من السجن (سنة أو أكثر)</li> <li>● أجنبي تم منع ترحيله</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● لاجئ</li> <li>● زوج أجنبي/زوجة أجنبية يتعرض/تعرض للعنف الأسري، أو طفل يتعرض للعنف الأسري، أو والد/والدة طفل يتعرض/تعرض للعنف الأسري</li> <li>● بدون وثائق</li> <li>● طفل أجنبي معترف به بشكل قانوني</li> </ul>
هل لديك وضع عسكري نشط؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	اللغة الأساسية:	العلاقة بمقدم الطلب: انظر الخيارات أدناه	
<b>خيارات العلاقة بمقدم الطلب:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● طفل متبنى</li> <li>● طفل بيولوجي</li> <li>● أخ أو أخت</li> <li>● ابن/بنت الزوج/الزوجة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ابن/بنت عم/عمة أو خال/خالدة</li> <li>● طفل متبنى لتوفير الرعاية البديلة له</li> <li>● الحفيد/ابن الحفيد</li> <li>● ابنة الأخ أو الاخت/ ابن الأخ أو الأخت</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● وصاية</li> <li>● غير ذلك (صلة قرابية)</li> <li>● غير ذلك (لا يوجد صلة قرابية)</li> </ul>
1. هل لدى أفراد الأسرة عمل يجعلهم غير متاحين لرعاية الطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
2. هل يمتلك أحد أفراد الأسرة دخلاً مكتسباً أو غير مكتسباً؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
3. هل هناك ظرف يجعل فرد الأسرة غير قادر على رعاية الطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط):	الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):
العرق: انظر الاختيارات أعلاه	هل أنت من أصل يتحدث الإسبانية / لاتيني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مواطن أمريكي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	وضع أجنبي (لغير المواطنين): انظر الاختيارات أعلاه
هل لديك وضع عسكري نشط؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	اللغة الأساسية:	العلاقة بمقدم الطلب: انظر الاختيارات أعلاه	
1. هل لدى أفراد الأسرة عمل يجعلهم غير متاحين لرعاية الطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
2. هل يمتلك أحد أفراد الأسرة دخلاً مكتسباً أو غير مكتسباً؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
3. هل هناك ظرف يجعل فرد الأسرة غير قادر على رعاية الطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط):	الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):
العرق: انظر الاختيارات أعلاه	هل أنت من أصل يتحدث الإسبانية / لاتيني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مواطن أمريكي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	وضع أجنبي (لغير المواطنين): انظر الاختيارات أعلاه
هل لديك وضع عسكري نشط؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	اللغة الأساسية:	العلاقة بمقدم الطلب: انظر الاختيارات أعلاه	
1. هل لدى أفراد الأسرة عمل يجعلهم غير متاحين لرعاية الطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
2. هل يمتلك أحد أفراد الأسرة دخلاً مكتسباً أو غير مكتسباً؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
3. هل هناك ظرف يجعل فرد الأسرة غير قادر على رعاية الطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
الاسم (الأخير، الأول، الأوسط):	الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري):
العرق: انظر الاختيارات أعلاه	هل أنت من أصل يتحدث الإسبانية / لاتيني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مواطن أمريكي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	وضع أجنبي (لغير المواطنين): انظر الاختيارات أعلاه
هل لديك وضع عسكري نشط؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	اللغة الأساسية:	العلاقة بمقدم الطلب: انظر الاختيارات أعلاه	
1. هل لدى أفراد الأسرة عمل يجعلهم غير متاحين لرعاية الطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
2. هل يمتلك أحد أفراد الأسرة دخلاً مكتسباً أو غير مكتسباً؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
3. هل هناك ظرف يجعل فرد الأسرة غير قادر على رعاية الطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			

فرد الأسرة 1

فرد الأسرة 2

فرد الأسرة 3

فرد الأسرة 4

القسم 6 معلومات العمل							
اسم مقدم الطلب / فرد الأسرة (من القسم 2 أو 5):				نوع العمل: انظر الخيارات أدناه			
اسم المؤسسة:		رقم هاتف المؤسسة:		عنوان المؤسسة:		الشارع المدينة الولاية الرمز البريدي	
إذا لم يكن لديك عمل قياسي		أدخل وقت التنقل اليومي من موضع مقدم رعاية الطفل إلى العمل (ذهابًا وإيابًا):		الجدول الزمني، أدخل إجمالي الساعات في الأسبوع:		السبت إلى	
العمل		الأحد إلى		الاثنين إلى		الثلاثاء إلى	
الساعات		الأربعاء إلى		الخميس إلى		الجمعة إلى	
اسم مقدم الطلب / فرد الأسرة (من القسم 2 أو 5):				نوع العمل: انظر الاختيارات أعلاه			
اسم المؤسسة:		رقم هاتف المؤسسة:		عنوان المؤسسة:		الشارع المدينة الولاية الرمز البريدي	
إذا لم يكن لديك عمل قياسي		أدخل وقت التنقل اليومي من موضع مقدم رعاية الطفل إلى العمل (ذهابًا وإيابًا):		الجدول الزمني، أدخل إجمالي الساعات في الأسبوع:		السبت إلى	
العمل		الأحد إلى		الاثنين إلى		الثلاثاء إلى	
الساعات		الأربعاء إلى		الخميس إلى		الجمعة إلى	
اسم مقدم الطلب / فرد الأسرة (من القسم 2 أو 5):				نوع العمل: انظر الاختيارات أعلاه			
اسم المؤسسة:		رقم هاتف المؤسسة:		عنوان المؤسسة:		الشارع المدينة الولاية الرمز البريدي	
إذا لم يكن لديك عمل قياسي		أدخل وقت التنقل اليومي من موضع مقدم رعاية الطفل إلى العمل (ذهابًا وإيابًا):		الجدول الزمني، أدخل إجمالي الساعات في الأسبوع:		السبت إلى	
العمل		الأحد إلى		الاثنين إلى		الثلاثاء إلى	
الساعات		الأربعاء إلى		الخميس إلى		الجمعة إلى	
بالنسبة لجميع الأعمال "التوظيفية"، يجب إرفاق خطاب من جهة العمل على ورق الشركة للمخاطبات الرسمية الذي يحمل اسم الشركة لإثبات ساعات العمل. بالنسبة لجميع الأعمال التي تقتصر على "التعليم" أو "التدريب"، يجب إرفاق نسخة من جدول المدرسة / التدريب الحالي على ورق المدرسة المخصص للمخاطبات الرسمية لإثبات كل من أيام الدراسة وساعات الدراسة.							

القسم 7 جدول مواعيد رعاية الطفل							
الأطفال في سن المدرسة: إذا لم يتم توفير جدول الرعاية، فسيتم منح الطفل منحة دراسية تتألف من وحدة واحدة (15 ساعة في الأسبوع)							
إذا لم يكن لديك جدول قياسي لرعاية الأطفال، فأدخل إجمالي الساعات في الأسبوع:							
ما هي الأيام والساعات المحددة التي تحتاج فيها إلى رعاية أطفال بناءً على عملك؟							
الطفل الأول		الأحد إلى		الاثنين إلى		الثلاثاء إلى	
الطفل الثاني		الأربعاء إلى		الخميس إلى		الجمعة إلى	
إذا لم يكن لديك جدول قياسي لرعاية الأطفال، فأدخل إجمالي الساعات في الأسبوع:							
ما هي الأيام والساعات المحددة التي تحتاج فيها إلى رعاية أطفال بناءً على عملك؟							
الطفل الثالث		الأحد إلى		الاثنين إلى		الثلاثاء إلى	
الطفل الثالث		الأربعاء إلى		الخميس إلى		الجمعة إلى	

اسم فرد الأسرة صاحب الدخل:		نوع الدخل: انظر الخيارات أدناه
الدخل 1	خيارت نوع الدخل:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• نفقة</li> <li>• راتب من القوات المسلحة</li> <li>• إعانة طفل - بأمر محكمة</li> <li>• إعانة طفل - تطوعية</li> <li>• استحقاقات التأمينات الاجتماعية</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• دخل الضمان التكميلي</li> <li>• إجمالي دخل العمل الذاتي</li> <li>• مساعدة نقدية مؤقتة (TCA)</li> <li>• عمولات/بقيش</li> <li>• إعانة بطالة</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• إعانة/مزاي المحاربين القدامى</li> <li>• راتب/أجر</li> <li>• تعويضات العمال</li> <li>• غير ذلك</li> </ul>
	ما مدى تكرار تلقي أفراد الأسرة للدخل؟	إجمالي الدخل في كل مرة يتم الدفع فيها لكل فرد من أفراد الأسرة (بالدولار):
	إذا كان الدخل هو إعالة الطفل، فما اسم الوالد الغائب الذي يدفعه؟	
اسم فرد الأسرة صاحب الدخل:		نوع الدخل: انظر الخيارات أعلاه
الدخل 2	ما مدى تكرار تلقي أفراد الأسرة للدخل؟	إجمالي الدخل في كل مرة يتم الدفع فيها لكل فرد من أفراد الأسرة (بالدولار):
	إذا كان الدخل هو إعالة الطفل، فما اسم الوالد الغائب الذي يدفعه؟	
	اسم فرد الأسرة صاحب الدخل:	نوع الدخل: انظر الخيارات أعلاه
	ما مدى تكرار تلقي أفراد الأسرة للدخل؟	إجمالي الدخل في كل مرة يتم الدفع فيها لكل فرد من أفراد الأسرة (بالدولار):
	إذا كان الدخل هو إعالة الطفل، فما اسم الوالد الغائب الذي يدفعه؟	
اسم فرد الأسرة صاحب الدخل:		نوع الدخل: انظر الخيارات أعلاه
الدخل 3	ما مدى تكرار تلقي أفراد الأسرة للدخل؟	إجمالي الدخل في كل مرة يتم الدفع فيها لكل فرد من أفراد الأسرة (بالدولار):
	إذا كان الدخل هو إعالة الطفل، فما اسم الوالد الغائب الذي يدفعه؟	
	اسم فرد الأسرة صاحب الدخل:	نوع الدخل: انظر الخيارات أعلاه
	ما مدى تكرار تلقي أفراد الأسرة للدخل؟	إجمالي الدخل في كل مرة يتم الدفع فيها لكل فرد من أفراد الأسرة (بالدولار):
	إذا كان الدخل هو إعالة الطفل، فما اسم الوالد الغائب الذي يدفعه؟	
اسم فرد الأسرة صاحب الدخل:		نوع الدخل: انظر الخيارات أعلاه
الدخل 4	ما مدى تكرار تلقي أفراد الأسرة للدخل؟	إجمالي الدخل في كل مرة يتم الدفع فيها لكل فرد من أفراد الأسرة (بالدولار):
	إذا كان الدخل هو إعالة الطفل، فما اسم الوالد الغائب الذي يدفعه؟	
	اسم فرد الأسرة صاحب الدخل:	نوع الدخل: انظر الخيارات أعلاه
	ما مدى تكرار تلقي أفراد الأسرة للدخل؟	إجمالي الدخل في كل مرة يتم الدفع فيها لكل فرد من أفراد الأسرة (بالدولار):
	إذا كان الدخل هو إعالة الطفل، فما اسم الوالد الغائب الذي يدفعه؟	
أرفق إثبات لآخر 4 أسابيع من إجمالي الدخل لكل من: مقدم الطلب، والزوج/الزوجة، والوالد الأخر في المنزل، والوالد القاصر، والبالغ والزوج/الزوجة الذي لديه حضانة مادية لطفل قاصر.		

يوفر لنا طلبك معلومات حول ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على المزايا والخدمات من عدمه. يتم توفير هذه المزايا على نفقة الدولة، لذا يتعين عليك تقديم معلومات صحيحة. قد يتم التحقق من تلك المعلومات مع الوكالات والشركات العامة والخاصة. يجب عليك الإبلاغ عن أي تغييرات تطرأ على المعلومات الواردة في هذا النموذج في غضون 10 أيام من التغيير. إذا قدمت معلومات كاذبة عن قصد أو أخفت عمدًا في الإبلاغ عن التغييرات، فقد تكون عرضة للاستبعاد والعقوبات المدرجة أدناه.

#### القسم 8-504 من القانون الجنائي في مدونة قانون مارييلاند المفصلة ينص على ما يلي:

- (أ) أي شخص حصل على أو يحاول الحصول على، أو ساعد شخصًا آخر بطريقة احتيالية في الحصول على أو محاولة الحصول على أموال أو ممتلكات أو قسائم طعام أو رعاية طبية أو أي مساعدة أخرى لا يستحقها بناءً على الحاجة بموجب برنامج اجتماعي أو صحي أو تغذوي يتم تمويله كليًا أو جزئيًا من ولاية ميريلاند وتديره الولاية أو تقسيماتها الفرعية السياسية، يعتبر مذنباً بارتكاب جنحة. لأغراض هذا القسم، يشمل الاحتيال ما يلي:
- (1) الإدلاء ببيان أو إقرار زائف عن عمد؛ أو
  - (2) تعمد عدم الكشف عن أي تغيير جوهري في الأسرة أو وضعها المالي؛ أو
  - (3) انتحال شخصية شخص آخر.
- (ب) عند الإدانة، بعد الإشعار ومنح الفرصة لتقديم الرد بخصوص مبلغ الدفع وكيفية سداذه، يجب على الشخص أن يعيد بالكامل الأموال، أو الممتلكات، أو قسائم الطعام، أو الرعاية الطبية، أو المساعدة الأخرى التي تم تلقيها بشكل غير قانوني، أو قيمتها المادية، ويجب معاقبته بغرامة لا تزيد عن 1000 دولار أو السجن مدة لا تزيد عن ثلاث سنوات، أو كلاهما معاً.

#### الموافقة على الإفصاح عن المعلومات:

أفوض بموجب هذه الوثيقة وحدة إعانة رعاية الطفل التابعة للإدارة التعليمية بولاية مارييلاند (MSDE / CCS)، أو مكتب المفتش العام التابع لإدارة الموارد البشرية بولاية مارييلاند (DHR / OIG) أو أي كيانات مرخص لها من قبل الإدارة التعليمية بولاية مارييلاند، الاتصال بأي شخص أو شراكة أو مؤسسة أو جمعية أو وكالة حكومية والحصول على أي سجلات لديهم ومراجعتها لأغراض إثبات أهليتي للحصول على مزايا برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل. ويشمل ذلك، على سبيل المثال لا الحصر: التوظيف، والشؤون المالية (بما في ذلك السجلات المصرفية)، والمدرسة/التعليم، والإيجار/السكن، وسجلات ضريبة الدخل بولاية مارييلاند. بموجب التوقيع أدناه، أقر بأنني الموقع أدناه وأنتي مؤهل للموافقة على هذا الإفصاح عن المعلومات وأنتي أمانح وحدة إعانة رعاية الطفل التابعة للإدارة التعليمية بولاية مارييلاند (MSDE / CCS) الإذن لتقديم معلومات البرنامج عن طريق البريد الإلكتروني و/أو الرسائل النصية. تكون أي نسخة من هذا النموذج سارية مثل الأصل.

اسم الوالد بأحرف واضحة	التاريخ
توقيع الوالد	التاريخ
اسم الوالد الآخر (الوالد/الزوج في الأسرة أو والد الطفل القاصر) بأحرف واضحة	التاريخ
توقيع الوالد الآخر (الوالد/الزوج في الأسرة أو والد الطفل القاصر)	التاريخ

الطلبات التي لم يتم التوقيع عليها وتاريخها سيتم إعادتها.

يتم قبول التوقيعات الإلكترونية إذا تم تقديم الطلب عبر الإنترنت من خلال بوابة 2 CCS Central الإلكترونية المخصصة للولد/مقدم رعاية الطفل.

يجب أن يكون تاريخ الطلب خلال فترة 45 يومًا من تقديمه. لا تقدم طلب إعادة بت قبل 45 يومًا من تاريخ انتهاء إعادة بت

يمكنك الإبلاغ عن الاحتيال المشتبه به في برنامج المنح الدراسية الموجهة إلى رعاية الطفل على [Reportccsfraud.org](http://Reportccsfraud.org)