

	የሜሪላንድ ስቴት ትምህርት መምሪያ/ የልጆች እንክብካቤ ጽሕፈት ቤት የልጆች እንክብካቤ ስኮላርሺፕ ፕሮግራም የተንከባካቢ ስፍራ ልወጣ የስኮላርሺፕ ጥያቄ ቅጽ	ተመለሽ ወደ: CCS Central 2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827
--	---	---

ክፍል 1 አጠቃላይ መረጃ						
ስም:			የአባት ስም:			
የፓርቲው መታወቂያ:			የትውልድ ቀን: <i>ወር/ቀን/ዓመት</i>			
የማኅበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN) <i>(ግዴታ አይደለም)</i> :			የእውቅያ ስልክ ቁጥር:			
አድራሻ:	ጎዳና	አፓርትመንት#	ከተማ	ስቴት	ዚፕ ኮድ	ሃገር

ክፍል 2 የስኮላርሺፕ መረጃ			
አዲስ የስኮላርሺፕ ዕድል የሚፈልጉ ልጆች			
የልጆች ስም	የልጅ የትውልድ ቀን	የልጅ የማኅበራዊ ዋስትና ቁጥር (SSN) <i>(ግዴታ አይደለም)</i>	አዲስ ስኮላርሺፕ የሚጀምርበት ቀን

ክፍል 3 የተንከባካቢ መረጃ	
የተንከባካቢ ዝርዝር የስፍራ ለውጥ	
የተንከባካቢ ስም	የተንከባካቢ አዲስ አድራሻ

ክፍል 3 ፊርማ	
በሐሰት መረጃ ቅጣት መሠረት፣ የቀረበው መረጃ እውነተኛ እና ትክክለኛ መሆኑን በእውቀት እና በማመን አውጃለሁ።	
ፊርማ	ቀን
ሂደቱን ለመቀጠል የተንከባካቢው የስፍራ ቅየራ የስኮላርሺፕ ጥያቄ ቅጽ መፈረም አለበት።	