

|  |  |  |
|--|--|--|
| الإعادة إلى:<br>CCS Central 2<br>PO Box 346031<br>Bethesda, MD 20827 | الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند / مكتب رعاية الطفل<br>برنامج المنحة الدراسية لرعاية الطفل<br>نموذج طلب نقل منحة مقدم رعاية |  |
|--|--|--|

| القسم 1   معلومات عامة          |  |
|---------------------------------|--|
| الاسم:                          | الاسم الأخير:                                    |
| هوية الطرف:                     | تاريخ الميلاد: شهر/يوم/سنة                       |
| رقم الضمان الاجتماعي (اختياري): | رقم هاتف جهة الاتصال:                            |
| العنوان:                        | رقم الشقة المدينة الولاية الرمز البريدي المقاطعة |

| القسم 2   معلومات المنحة الدراسية    |                   |                                      |                          |
|--------------------------------------|-------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| الأطفال الذين يحتاجون إلى منحة جديدة |                   |                                      |                          |
| اسم الطفل                            | تاريخ ميلاد الطفل | رقم الضمان الاجتماعي للطفل (اختياري) | تاريخ بدء المنحة الجديدة |
|                                      |                   |                                      |                          |
|                                      |                   |                                      |                          |
|                                      |                   |                                      |                          |
|                                      |                   |                                      |                          |
|                                      |                   |                                      |                          |
|                                      |                   |                                      |                          |
|                                      |                   |                                      |                          |
|                                      |                   |                                      |                          |

| القسم 3   معلومات مقدم الرعاية |                           |
|--------------------------------|---------------------------|
| تفاصيل نقل مقدم الرعاية        |                           |
| اسم مقدم الرعاية               | عنوان مقدم الرعاية الجديد |
|                                |                           |

| القسم 3 التوقيع   |         |
|---|---------|
| تحت عقوبة الحنث باليمين، أعلن حسب علمي واعتقادي أن المعلومات المقدمة صحيحة وحقيقية. |         |
| التوقيع   | التاريخ |
| يجب توقيع نموذج طلب نقل منحة مقدم رعاية لكي تتم معالجتها                            |         |