

الإدارة التعليمية بولاية ماريلاند / برنامج دعم رعاية الطفل التابع لمكتب رعاية الطفل نموذج طلب أيام الإغلاق الطوعي	Email To: CCSInvoices@maryland.gov
---	---------------------------------------

<b>القسم 1: معلومات عامة</b>	
اسم مقدم الرعاية:	
رقم هوية مقدم الرعاية:	رقم هاتف جهة الاتصال:

<b>القسم 2</b> حدد اليوم (الأيام) الذي تخطط لإغلاقها طوعية. يجب تقديم إخطار بأيام الإغلاق الطوعي إلى الوالد (الوالدين) ومركز منحة رعاية الطفل (CCS Central 2) قبل أيام الإغلاق.	
تاريخ البدء (شهر/يوم/سنة)	تاريخ الانتهاء (شهر/يوم/سنة)

**ملاحظة:** يُسمح لمقدمي رعاية الأطفال بالدفع لمدة تصل إلى أسبوعين متتاليين من الإغلاق الطوعي كل عام.

<b>القسم 3 التوقيع</b>	
<input type="checkbox"/> أقر بأنني / أننا قمنا بإخطار جميع الآباء بخصوص هذا الإغلاق.	
توقيع مقدم رعاية الطفل:	التاريخ:

