

	Departamento de Educación del Estado de Maryland/Oficina de Cuidado Infantil FORMULARIO DE SOLICITUD DE DÍAS DE CIERRE VOLUNTARIO	Email To: CCSInvoices@maryland.gov
--	--	--

Sección 1: Información General	
Nombre del proveedor:	
Número de ID del proveedor:	Número telefónico de contacto:

Indique el(los) día(s) en los que planea cerrar voluntariamente. Sección 2: La notificación de los días de cierre voluntario debe enviarse a los padres y a Child Care Scholarship Central (CCS Central 2) <u>ANTES</u> de los días de cierre.	
Fecha de inicio (MM/DD/AA)	Fecha de finalización (MM/DD/AA)

Nota: Los proveedores de Cuidado Infantil pueden recibir pagos por hasta dos semanas consecutivas de cierre voluntario por año.

Sección 3 Firma	
<input type="checkbox"/> Certifico que he/hemos notificado a todos los padres sobre este cierre.	
Firma del proveedor:	Fecha: