

THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION
AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE
RESIDENCY CERTIFICATION FORM

دائرة التعليم والرعاية المبكرين
برنامج رعاية الأطفال المدعمة
نموذج إقرار محل الإقامة

تتطلب دائرة التعليم والرعاية المبكرين (EEC) أن يكون مستلمي خدمة رعاية الأطفال المُدعّمة مقيمون في ولاية ماساتشوستس. سيُستخدم هذا النموذج في تجديد أهلية الحصول على خدمات رعاية الأطفال المُدعّمة فقط إذا لم يُقدّم ولي الأمر مستنداً مقبولاً لدى الدائرة (EEC) يثبت محل إقامته.

أشهد أنا، _____، بما يلي:
اسم ولي الأمر

يُرجى تحديد المربع المناسب:

أنا مقيم حالياً في ولاية ماساتشوستس وأقيم في العنوان نفسه المذكور في آخر تجديد أهلية لي، وهو كالتالي:

أو

أنا انتقلت من محل إقامتي السابق ولكنني لا زلت أقيم في ولاية ماساتشوستس، وأعيش حالياً في العنوان التالي:

عنوان المسكن:

عنوان المراسلات:

رقم هاتف المنزل:

رقم هاتف العمل: _____

رقم الهاتف المتحرك:

عنوان البريد الإلكتروني: _____

• أعلم أنه يجب عليّ تحديث بيانات الاتصال بي، وهي كالتالي: عنوان المسكن وعنوان المراسلات ورقم (أرقام) الهاتف وعناوين البريد الإلكتروني. وإذا تغيرت بيانات الاتصال بي خلال فترة الأهلية الحالية، يجب عليّ التواصل مع مسؤول الدعم لتحديث بياناتي وملء نموذج بيانات اتصال ولي الأمر. من المتوقع الإبلاغ عن هذه التغييرات على الفور أو في موعد أقصاه 30 يوماً من تاريخ التغيير.

• أعلم أنه يجب عليّ أن أكون مقيماً في ولاية ماساتشوستس حتى أصبح مؤهلاً للحصول على خدمة رعاية الأطفال المُدعّمة. وقد يؤدي أي تغيير في محل الإقامة إلى خارج الولاية إلى إنهاء أو رفض تقديم خدمة رعاية الأطفال المُدعّمة.

أقر بأن المعلومات والبيانات الواردة هاهنا صحيحة ودقيقة إلى حد علمي، وأن عدم صحتها يعرضني لعقوبات الحنث باليمين.

توقيع ولي الأمر: _____ التاريخ: _____

اسم ولي الأمر مطبوعاً: _____

اسم الوكالة التابع لها مسؤول الدعم الخاص بك: _____

اسم مسؤول الدعم: _____

تاريخ الاستلام: _____

التاريخ