

Trabajos de Cuidado Infantil

Política de Pago de Tasas Combinadas en La Edad Escolar Año Escolar 2020-21

Debido a que algunos niños no volverán a un cinco días a la semana, horario escolar en persona, los proveedores de cuidado infantil pueden proporcionar horas adicionales de cuidado durante el año escolar.

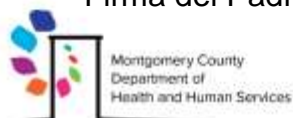
Este formulario debe completarse en su totalidad y ser devuelto a la Región 17 de ELRC para cualquier niño en edad escolar que necesite horas adicionales de cuidado infantil para el año escolar 2020/2021.



Nombre del Padre:	
Numero de Record:	
Trabajadora Social del ELRC:	
Distrito Escolar:	
Fecha Efectiva del Cambio:	
Nombre de la Guardería:	

Nombre del Niño:				
Semana 1 <i>Seleccione el formato de instrucción escolar para todos los días de la semana:</i>				
Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes
<input type="checkbox"/> VIRTUAL (Tasa de Tiempo completo)	<input type="checkbox"/> VIRTUAL (Tasa de Tiempo completo)	<input type="checkbox"/> VIRTUAL (Tasa de Tiempo completo)	<input type="checkbox"/> VIRTUAL (Tasa de Tiempo completo)	<input type="checkbox"/> VIRTUAL (Tasa de Tiempo completo)
<input type="checkbox"/> EN PERSONA (Tiempo Parcial Mezclado)	<input type="checkbox"/> EN PERSONA (Tiempo Parcial Mezclado)	<input type="checkbox"/> EN PERSONA (Tiempo Parcial Mezclado)	<input type="checkbox"/> EN PERSONA (Tiempo Parcial Mezclado)	<input type="checkbox"/> EN PERSONA (Tiempo Parcial Mezclado)
<input type="checkbox"/> NO ASISTIENDO	<input type="checkbox"/> NO ASISTIENDO	<input type="checkbox"/> NO ASISTIENDO	<input type="checkbox"/> NO ASISTIENDO	<input type="checkbox"/> NO ASISTIENDO
Semana 2 <i>Seleccione el formato de instrucción escolar para todos los días de la semana:</i>				
Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes
<input type="checkbox"/> VIRTUAL (Tasa de Tiempo completo)	<input type="checkbox"/> VIRTUAL (Tasa de Tiempo completo)	<input type="checkbox"/> VIRTUAL (Tasa de Tiempo completo)	<input type="checkbox"/> VIRTUAL (Tasa de Tiempo completo)	<input type="checkbox"/> VIRTUAL (Tasa de Tiempo completo)
<input type="checkbox"/> EN PERSONA (Tiempo Parcial Mezclado)	<input type="checkbox"/> EN PERSONA (Tiempo Parcial Mezclado)	<input type="checkbox"/> EN PERSONA (Tiempo Parcial Mezclado)	<input type="checkbox"/> EN PERSONA (Tiempo Parcial Mezclado)	<input type="checkbox"/> EN PERSONA (Tiempo Parcial Mezclado)
<input type="checkbox"/> NO ASISTIENDO	<input type="checkbox"/> NO ASISTIENDO	<input type="checkbox"/> NO ASISTIENDO	<input type="checkbox"/> NO ASISTIENDO	<input type="checkbox"/> NO ASISTIENDO

Firma del Padre/Cuidador y fecha : _____



In partnership with Montgomery County Department of Health and Human Services
Serving Montgomery County

P.O. Box 311 | 1430 DeKalb St. | Norristown, PA 19404 | (610) 278-3707 | www.montcopa.org