



10601 Belcher Road, South
Largo, FL 33777 Family Services Phone: (727) 547-5700 Fax: (727) 547-2971
Email: family_services@childcarepinellas.org Web Page: www.childcarepinellas.org

Formulario de Verificación de Escuela/Entrenamiento

Padre(s)/Guardian(es): Sólo aplicable, en caso de Padre(s) / Guardian(es) asisten o van a asistir a la escuela durante el período redeterminación. Por favor, haga que la oficina de registro de la escuela/entrenamiento complete este formulario por cada adre/madre/encargado que viva en el hogar y que esté asistiendo a escuela/entrenamiento, para que sea devuelto por cada padre/madre/encargado a Cuidado Coordinado del Niño)

SECCIÓN I – A SER COMPLETADA POR EL PADRE/MADRE/ENCARGADO (ESTUDIANTE)

Para poder determinar la elegibilidad para beca para el cuidado del niño, debemos verificar la asistencia del cliente abajo indicado. Por favor, ayúdenos a completar y devolver este formulario lo más pronto posible al Departamento de Servicios a la Familia, Cuidado Coordinado del Niño de Pinellas, Inc.

Nombre del padre/madre/encargado: _____ SS #: _____

Doy permiso para que mi escuela entregue la siguiente información a “Coordinated Child Care of Pinellas, Inc.”

Firma del padre/madre/encargado

Fecha

SECCIÓN II – A SER COMPLETADA POR EL FUNCIONARIO A CARGO DEL REGISTRO

1. Nombre del estudiante: _____ ID #: _____

2. Dirección del estudiante: _____

3. Días de asistencia: Lunes de _____ a _____, Martes de _____ a _____, Miércoles de _____ a _____
Jueves de _____ a _____, Viernes de _____ a _____, Sábado de _____ a _____, Domingo de _____ a _____

El curso del semestre comienza: _____ / _____ / _____ El curso del semestre termina: _____ / _____ / _____

Número de horas/crédito en las que el estudiante está actualmente matriculado: _____

¿TERMINÓ EL PASADO CURSO DEL SEMESTRE EXITOSAMENTE? Sí o No **En caso de No, por favor explique:** _____

Solamente Para Cursos de Modulos:

Duración del entrenamiento (meses): _____ Empieza en: _____ / _____ / _____ Se gradua on: _____ / _____ / _____

4. Meta principal u ocupacional: _____

5. Nombre de la escuela: _____

Dirección de la escuela: _____

6. Nombre del funcionario a cargo del registro: _____

Cargo del funcionario a cargo del registro: _____

Firma del funcionario a cargo del registro

Fecha

Sello oficial

Teléfono del funcionario a cargo del registro