



HOJA DE ASISTENCIA

Child Care Links

1020 Serpentine Lane Suite #102

Pleasanton, CA 94566

925-417-8733

Oficina solamente	fecha recibida
Returned to:	
<input type="checkbox"/> Licensed	<input type="checkbox"/> Exempt

Nombre de Proveedor

Instrucciones para completar la hoja de asistencia (No copias o fax) (Favor de completar forma con pluma)
 1. Complete una forma SOLAMENTE por mes para cada niño. 2. Firma de padres diariamente al entrar y salir del cuidado (firma completa). Escriba por favor A.M. o P.M. para las épocas de entrada y salida diariamente. 3. Indique la razón de la ausencia del cuidado o de la escuela y firme cada día ausente. (Detras de la hoja encontrara la explicación sobre ausencias y del pago) 4. Complete la forma totalmente. Incluya el nombre del niño, toda la informacion del proveedor, nombre de la encargada del caso, mes/año del cuidado, y todas las firmas apropiadas.

Mes _____ Año _____

Nombre de Proveedor _____

Nombre del niño _____

Dirección _____

Numero Telefonico del Proveedor _____

Ciudad _____ Estado **CA** Codigo Postal _____

ID Del Proveedor _____

Office Use	<input type="checkbox"/> Alternate PV:	<input type="checkbox"/> Family Fee	<input type="checkbox"/> Flex	/	Office Use
-------------------	--	-------------------------------------	-------------------------------	---	-------------------

Padre completar esta sección			Iniciales del Proveedor en esta seccion para niños de edad escolar			Padre completar esta sección			Office Use	
Dia	Tiempo de llegada al cuidado	Firma del padre por tiempo dentro del cuidado	Tiempo fuera para la escuela AM o PM	Iniciales del proveedor	del regreso de la escuela AM o PM	Iniciales del proveedor	Tiempo fuera del cuidado AM o PM	Firma del padre por tiempo fuera del cuidado o por ausencia	Motivo de ausencia del cuidado o de la escuela	Total Hours
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										

Oficina solamente _____ Rate Adjustment _____

_____ @\$ _____ Per _____ /RC

_____ @\$ _____ Per _____ /RC

_____ @\$ _____ Per _____ /RC

_____ @\$ _____ Per _____ /RC

_____ @\$ _____ Per _____ /RC

_____ @\$ _____ Per _____ /RC

CCLProcessing.department.processingforms.updated4/09

Nosotros el proveedor y el padre declaramos bajo pena del perjurio que el ante dicho es verdad y correcto.

Firma del Proveedor _____

Firma del Participante _____ ID de Familia _____

Nombre del Participante _____

(letra de imprenta)

Oficina solamente, Date Vouched: _____

*******FAVOR DE PERMITIR 15 DIAS PARA PROCESAR*******

Registre por favor el motivo de ausencia del niño diariamente. Sea específico sobre la enfermedad de su niño. Una ausencia inexplicada sera una ausencia invalida. LAS AUSENCIAS SIN ESCUSA NO SERÁN PAGADAS POR CHILD CARE LINKS. Las ausencias con excusa serán pagadas solamente a los proveedores con licencia. Estas ausencias se limitan a 10 al mes.

Ejemplos: Gripe, fiebre, virus, etc.

Ejemplos de las razones de la ausencia:

1. Enfermedad del niño.
2. Enfermedad del padre.
3. Cuarentena.
4. Emergencia de la familia que requiere al padre, y por lo tanto el niño, para viajar lejos del hogar.
5. Tiempo pasado lejos del hogar con el padre o el otro pariente que ha sido requerido por un juzgado de la ley o está en el mejor interés del niño.

TODOS LOS PAGOS DE CHILD CARE LINKS ESTÁN CONFORME AL FINANCIAMIENTO ADECUADO DE FUENTES DEL PROGRAMA. FAVOR DE PERMITIR 15 DIAS PARA PROCESAR.

Oficina solamente