



HOJA DE ASISTENCIA

Child Care Links

6601 Owens Drive, Suite 100

Pleasanton, CA 94588

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 información 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 sección 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.updated5/10

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: _____