



# Solicitud de Reducción Voluntaria de Cuidado Infantil



Complete este formulario y proporcione documentación para solicitar una reducción en el cuidado infantil. Las solicitudes DEBEN estar en escrito. Su cuidado infantil se reducirá una vez que se reciba este formulario y los documentos requeridos. Por favor note: usted es elegible para continuar recibiendo servicios de cuidado infantil en su nivel actual hasta que la reducción sea efectiva.

Indique la fecha en la que desea que la reducción sea efectiva: \_\_\_\_\_

Por favor escriba el horario reducido de cuidado infantil a continuación. Por favor, indique días y circule AM or PM :

Horario de Trabajo Fijo

Lunes \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ AM / PM  
Martes \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ AM / PM  
Miercoles \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ AM / PM  
Jueves \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ AM / PM  
Viernes \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ AM / PM  
Sabado \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ AM / PM  
Domingo \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ AM / PM

Horario de Trabajo Variable

L  M  X  J  V  S  D  
Min \_\_\_ - Max \_\_\_ # dias/semana  
Min \_\_\_ - Max \_\_\_ # horas/dia

Primeras hora de inicico \_\_\_ am/pm

La última hora de parada \_\_\_ am/pm

Indique a los niños que esta reducción afectará:

\_\_\_\_\_

Declaración: explique por qué está solicitando una reducción en el cuidado infantil:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Documentación requerida para apoyar la solicitud:

Verificación de Empleo  Acuerdo de Busca de Empleo  Documentos Estudiantiles  Declaración de uno mismo  Otra: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, bajo pena de perjurio, usted reconoce que está solicitando voluntariamente reducir sus servicios de cuidado infantil y que usted comprenda que los servicios de cuidado infantil permanecerán efectivos en su nivel actual hasta que la reducción sea efectiva.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del padre)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Sólo para uso de oficina:

Copy sent with NOA for Change \_\_\_\_\_

CW Initials

Date