



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