

Programa Piloto del Condado de Alameda

Formulario de Solicitud para Reducir las Horas de Cuidado Infantil (REV. MAY 2022)



Estoy haciendo una solicitud voluntaria para reducir las horas autorizadas de mi cuidado infantil. Solicito el siguiente cambio en mis servicios:

A) Nombre del niño:					Fecha de nacimiento:		
B) Nombre del niño:					Fecha de nacimiento:		
C) Nombre del niño:					Fecha de nacimiento:		
D) Nombre del niño:					Fecha de nacimiento:		
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Comenzar							
Terminar							
Fecha en que comienza el cambio:							

Si el cambio solicitado de cuidado resulta de tiempo completo (130 horas o más) a medio tiempo de cuidado (menos de 130 horas), me gustaría solicitar que esta información se utilice para actualizar mi ingreso y reducir mi tarifa familiar.

Entiendo que tengo el derecho de mantener mi horario certificado actual y que la reducción que estoy solicitando reemplazará mi horario actual. También entiendo que si elijo aumentar mi horario certificado en el futuro, tendré que entregar documentación adicional. (Title 5, § 18082.3)

Imprimir nombre del Padre/Cuidador	ID familiar:
Firma del Padre/Cuidador	Fecha:

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE 4Cs	
Date NOA Sent: _____	
Staff name: _____	Staff Signature: _____