Department of Health & Human Services
DHHS
NEBRASKA

Calendario de Asistencia Para el Cuidado Infantil en el Hogar Familiar I y II, para el Cuidado en el Hogar y para un Hogar Exento de Licencia

Centro:_____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Preparado por:_____ Fecha Preparada:_____ Mes/Años: _____

Assistencia Por Días, del 1 del mes al 15

Nombre del Niño		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total Hours	Total Days
1.	Dentro																	
	Fuera																	
	Dentro																	
	Fuera																	
	Número Total de Horas por Día																	
	Viajes de Transporte																	
2.	Dentro																	
	Fuera																	
	Dentro																	
	Fuera																	
	Número Total de Horas por Día																	
	Viajes de Transporte																	
3.	Dentro																	
	Fuera																	
	Dentro																	
	Fuera																	
	Número Total de Horas por Día																	
	Viajes de Transporte																	
4.	Dentro																	
	Fuera																	
	Dentro																	
	Fuera																	
	Número Total de Horas por Día																	
	Viajes de Transporte																	

Firma del Padre:_____ Fecha:_____

Firma del Proveedor:_____ Fecha: _____

El número exacto de horas (al cuarto de la hora) de cuidado provisto debe ser indicado por cada día que usted brindó cuidado. Envíe este original a la oficina local, dé la copia rosa al padre, y conserve la copia amarilla para sus registros. Reporte solamente el tiempo en que el niño realmente está bajo su cuidado.

AVISO PARA LOS PADRES: No firme los calendarios en blanco. Al firmar, usted concuerda en que las horas anotadas en esta hoja de asistencia reflejan con precisión la asistencia de su(s) niño(s) con este proveedor de cuidado. Si usted firma un calendario en blanco o un calendario que tiene horas y asistencia imprecisas, puede ser que se le cobre incorrectamente. También se espera que usted pague por el cuidado que no fue para una actividad autorizada por HHS.

AVISO PARA LOS PROVEEDORES: No pida a un padre que firme un calendario en blanco. Asegúrese que usted haya llenado el formulario antes de que el padre lo firme. Si las horas en este calendario no son correctas, puede ser que se le cobre a usted un pago excesivo.

COPIA BLANCA-HHS; COPIA AMARILLA-Proveedor; COPIA ROSA-Padre

Department of Health & Human Services
DHHS
NEBRASKA

Calendario de Asistencia Para el Cuidado Infantil en el Hogar Familiar I y II, para el Cuidado en el Hogar y para un Hogar Exento de Licencia

Centro:_____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Preparado por:_____ Fecha Preparada:_____ Mes/Años: _____

Assistencia Por Días, del 16 del mes al 31

Nombre del Niño		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total Hours	Total Days
1.	Dentro																		
	Fuera																		
	Dentro																		
	Fuera																		
	Número Total de Horas por Día																		
	Viajes de Transporte																		
2.	Dentro																		
	Fuera																		
	Dentro																		
	Fuera																		
	Número Total de Horas por Día																		
	Viajes de Transporte																		
3.	Dentro																		
	Fuera																		
	Dentro																		
	Fuera																		
	Número Total de Horas por Día																		
	Viajes de Transporte																		
4.	Dentro																		
	Fuera																		
	Dentro																		
	Fuera																		
	Número Total de Horas por Día																		
	Viajes de Transporte																		

Firma del Padre:_____ Fecha:_____

Firma del Proveedor:_____ Fecha: _____

El número exacto de horas (al cuarto de la hora) de cuidado provisto debe ser indicado por cada día que usted brindó cuidado. Envíe este original a la oficina local, dé la copia rosa al padre, y conserve la copia amarilla para sus registros. Reporte solamente el tiempo en que el niño realmente está bajo su cuidado.

AVISO PARA LOS PADRES: No firme los calendarios en blanco. Al firmar, usted concuerda en que las horas anotadas en esta hoja de asistencia reflejan con precisión la asistencia de su(s) niño(s) con este proveedor de cuidado. Si usted firma un calendario en blanco o un calendario que tiene horas y asistencia imprecisas, puede ser que se le cobre incorrectamente. También se espera que usted pague por el cuidado que no fue para una actividad autorizada por HHS.

AVISO PARA LOS PROVEEDORES: No pida a un padre que firme un calendario en blanco. Asegúrese que usted haya llenado el formulario antes de que el padre lo firme. Si las horas en este calendario no son correctas, puede ser que se le cobre a usted un pago excesivo.

COPIA BLANCA-HHS; COPIA AMARILLA-Proveedor; COPIA ROSA-Padre

(Combinando CC-17 y CC-18-ahora solamente CC-17-S)