

PA-33D
10/13

ESTADO DE KENTUCKY
Gabinete para Servicios de Salud y de la
Familia
Departamento para Servicios Basados en la
Comunidad

Fecha: _____
Número de caso: _____

VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN/ASISTENCIA A ESCUELA

PARA EL CLIENTE: Para que pueda seguir recibiendo beneficios _____ para

(Nombre del menor)

debe hacer que un funcionario de la escuela complete este formulario y lo devuelva al Departamento para Servicios Basados en la Comunidad (DCBS) a la dirección indicada más abajo antes de

(Fecha)

Si no se entrega este formulario antes de esa fecha, sus beneficios de _____ pueden disminuir o terminar.

Si el menor no está en la escuela, ingrese la última fecha en que el menor asistió a la escuela, firme y escriba la fecha en el formulario y devuélvalo a DCBS antes de la fecha indicada más arriba.

Última fecha en que asistió a la escuela _____ Firma _____ Fecha _____

PARA FUNCIONARIO DE LA ESCUELA: Por favor, certifique la inscripción y asistencia de

(Nombre del estudiante)

completando las preguntas a continuación. Muchas gracias.

(Número de Seguro Social)

1. Marque tipo de escuela: [] Primaria [] Preparatoria Junior [] Preparatoria [] Escuela en el hogar

2. ¿El estudiante está inscrito actualmente? [] Sí [] No. Si contestó "No", fecha de terminación _____

3. ¿El estudiante asiste regularmente? [] Sí [] No.

4. Fecha esperada de graduación o finalización del curso de estudio es _____

5. Ingrese el nombre de la escuela, dirección, su nombre y su cargo y la fecha.

Nombre de la escuela _____

Dirección _____

Teléfono _____

Su firma _____ Título _____

Fecha _____