

Verificación de inscripción de estudiante y de trabajo no remunerado

PARA LA PERSONA: Para poder recibir ayuda para cuidados infantiles mientras asiste a una actividad de la escuela/trabajo, un funcionario de la escuela debe completar este formulario y se debe devolver a la oficina de DCBS o se debe enviar por correo o fax a la dirección que aparece más abajo:

Si no se devuelve este formulario o una verificación simila, no se autorizarán beneficios de CCAP para cubrir las necesidades de cuidados infantiles mientras asiste a una actividad de la escuela/trabajo.

Devolver a: DCBS: P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602 o enviar por fax a:
(502) 573-2007

PARA FUNCIONARIO DE LA ESCUELA/TRABAJO: Por favor, certifique la inscripción de _____ completando los puntos a continuación.

Tipo de escuela: ☐ Escuela preparatoria ☐ Escuela Voc./Téc.
☐ Universidad/Centro de educación superior
☐ Otro, especificar _____

¿La persona está inscrita actualmente? ☐ Sí ☐ No.
Si contestó "No", fecha de finalización _____.

Tipo de inscripción ☐ Tiempo parcial ☐ Tiempo completo

Período de inscripción actual _____ a _____.

Actividad de trabajo no remunerado: (Esta actividad cuenta para las horas de participación en trabajo para CCAP)

¿La persona está participando en alguna de las siguientes actividades?
☐ Sí ☐ No.
Si contestó "Sí", identifique qué actividad.

☐ Enseñanza práctica ☐ Práctica ☐ Clínica ☐ Pasantía ☐ Actividad
UIB

¿Cuántas horas por semana tiene programadas la persona para participar en la actividad anterior? _____

¿Se le paga a la persona? [☐] Sí [☐] No

Nombre de la escuela _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre de funcionario de la escuela en letra de

molde _____ Cargo _____ Firma de

funcionario de la escuela _____ Fecha _____