

DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DEL PROVEEDOR

Información de identificación para ser completado por el padre, madre o encargado(a):

ID Familia: _____

Nombre del solicitante/participante: _____

ID Miembro Familiar: _____

Nombre del/la menor: _____

Necesidad del servicio:

Horario de servicio				
	Día	Entrada	Salida	Total Horas
<input type="checkbox"/>	Domingo			
<input type="checkbox"/>	Lunes			
<input type="checkbox"/>	Martes			
<input type="checkbox"/>	Miércoles			
<input type="checkbox"/>	Jueves			
<input type="checkbox"/>	Viernes			
<input type="checkbox"/>	Sábado			
<input type="checkbox"/>	Turnos rotativos			
Total de horas:				

Información del proveedor para ser completado por el proveedor de servicios:

Nombre del proveedor: _____

Dirección física: _____

Dirección postal: _____

Número de teléfono: _____ - _____ - _____

Correo electrónico: _____



Tipo de proveedor: Centro licenciado Hogar licenciado Hogar exento no familiar

Hogar familiar, tipo de parentesco con el menor: _____

Cuidador que visita el hogar del menor en caso de menores encamados:

(Familiar No familiar)

Proveedor nuevo en el Programa *Child Care*: Si No

Número de Certificación de Proveedor Elegible: _____

Fecha de expiración: _____

(d/m/a)

Periodos de cierre (No disponibilidad de servicio)			
Mes	Desde	Hasta	Total días

Certifico que al momento de completar este documento me encuentro disponible para brindar servicios de cuidado al menor mencionado en el horario de necesidad de servicio del padre, madre o encargado(a). Además, entiendo que este documento no establece una expectativa de servicios para el proveedor ni para el/la solicitante, pues está sujeto a la determinación de elegibilidad y a la disponibilidad de espacios luego de culminado el proceso. El servicio se brindará en los días seleccionados y en el horario establecido en este documento. El pago se recibirá por la tarifa del niño(a) según la categoría correspondiente.

 Nombre del Proveedor o su
 Representante

 Firma

 Fecha (d/m/a)

