



**SERVICIOS DE CUIDADO DE MENORES
TESTIMONIO PERSONAL DE ASISTENCIA A LA ESCUELA**

Para Padres: Favor de completar esta forma y regresarla a Servicios de Cuidado de Menores.

Favor de no enviar a la escuela del menor o al programa Head Start

Para Padres/Tutores Legales: Favor de completar la siguiente información para niños que requieren servicios de cuidado de menores y que iniciaran Pre-K, Kindergarten o Head Start este año.

Nombre del Caso/Nombre del padre:	TWIST ID:
-----------------------------------	-----------

Dirección: _____

#1) Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
 Nombre de la Escuela: _____ Fecha en que el menor iniciará o inició la escuela: _____
 Dirección de la Escuela/Teléfono: _____
 Horas que el menor está en la escuela (Ej: L-V, 8a-p): _____

#2) Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
 Nombre del a Escuela: _____ Fecha en que el menor iniciará o inició la escuela: _____
 Dirección de la Escuela/Teléfono: _____
 Horas que el menor está en la escuela (Ej: L-V, 8a-p): _____

#3) Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
 Nombre del a Escuela: _____ Fecha en que el menor iniciará o inició la escuela: _____
 Dirección de la Escuela/Teléfono: _____
 Horas que el menor está en la escuela (Ej: L-V, 8a-5p): _____

Yo entiendo que: (1) una persona que obtiene o intenta obtener, por medios fraudulentos, servicios a los cuales la persona no tiene derecho puede ser llevado a juicio bajo las leyes estatales y federales; (2) los servicios serán proporcionados sin importar sexo, raza, credo, color, origen nacional, o discapacidad;

Firma de Padre/Madre _____ Fecha: _____

Nombre Impreso del Padre/Madre: _____

