



**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: \_\_\_\_\_



La Junta de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Valle del Río Grande dba Soluciones de Fuerza Laboral es un empleador / programa con igualdad de oportunidades, y los servicios y ayudas auxiliares están disponibles a solicitud para incluir a personas con discapacidades. TTY / TDD a través del servicio RELAY Texas al 711 o (TDD) 1-800-735-2989 / 1-800-735-2988 (voz).