

**NCO/RCCC ALTERNATIVE PAYMENT
FORMAS DE ASISTENCIA**

NOMBRE DE EL/LA PROVEEDOR/A

MES/AÑO DEL SERVICIO PROVEIDO

NOMBRE DEL NIÑO/A

FECHO DE NACIMIENTO DEL NIÑO/A

PAGO DE REGISTRACION DEL MES \$ _____

YO DECLARO QUE BAJO PENA DE PERJURIO QUE ESTA INFORMACION
ES VERDADERA Y CORRECTA Y QUES EL CUIDADO FUE PROPORCIONADO
CON EL UNICO PROPOSITO PARA EL CUAL ESTE NIÑO /A FUE CERTIFICADO/A
YO ENTIENDO QUE PUEDO SER RESPONSABLE DE PAGAR POR
CUALQUIER SOBREPAGO RESULTANDO DE FORMAS FALSAS O INCORRECTAS
Y QUE PUEDO SER PERSEGUIDO POR FRAUDE.

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DEL PROVEEDOR

LAS FORMAS SE VENCEN PARA LA FECHA INDICADA EN EL CALENDARIO
DE PAGO DELPROVEEDOR (USUALMENTE EL 5 DE CADA MES SIGUIENDO
EL CUIDADO DE NIÑOS). MANDE POR CORREO LAS FORMAS A:

NCO/RCCC

413 N. STATE STREET

UKIAH, CA 95482

OFFICE USE ONLY

UNDER 2 2-5 YEARS 6+ YEARS

FDCH CENTER IH EXEMPT

_____ X \$ _____ = \$ _____
Hours Rate Total

_____ X \$ _____ = \$ _____
Hours Rate Total

_____ X \$ _____ = \$ _____
Hours Rate Total

\$ _____

TOTAL DUE

			EL PROVEEDOR/A NECESITA PONER INICIALES SI EL NIÑO TIENE HORARIO DIVIDIDO							
DIA/ FECHA	TIEMPO ENTRADA	TIEMPO AFUERA	INICIALES PROVEEDORA	TIEMPO ENTRADA	INICIALES PROVEEDORA	TIEMPO AFUERA	TIEMPO ENTRADA	TIEMPO AFUERA	MOTIVO DE AUSENCIA O ASISTENCIA INUSUAL	OFICINA SOLAMENTE
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										

LAS HOJAS DEBEN SER COMPLETADAS EN TINTA
NO USES CORRETOR BLANCO
VER EL REVERSO PARA INSTRUCCIONES

COMENTARIOS AL REVERSO SI / NO

