

**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**

DIA/ FECHA	TIEMPO ENTRADA	TIEMPO AFUERA	TIEMPO ENTRADA	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

**1** NCO/RCCC PAGO ALTERNATIVO

FORMAS DE ASISTENCIA

*McBakelaunch Munchkins*

NOMBRE DE EL/LA PROVEEDOR/A

*January 2019*

MES/AÑO DEL SERVICIO PROVEIDO

*David Jones*

NOMBRE DEL NIÑO/A

*1/21/2016*

FECHA 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 QUE 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.

*Denise Jones*

FIRMA DEL PADRE

*Francine McBakelaunch*

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**

<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>7</b>
DIA/ FECHA	TIEMPO ENTRADA	TIEMPO AFUERA	TIEMPO ENTRADA	TIEMPO AFUERA	TIEMPO ENTRADA	TIEMPO AFUERA	MOTIVO DE AUSENCIA O ASISTENCIA INUSUAL	OFICINA SOLAMENTE
L 1	8:02am	6:14pm						
M 2	8:52am	7:13pm						
M 3							<i>Enfermo/a Cita con Dr. en a.m.</i>	
J 4	12:02pm	6:10pm						
<b>5</b> V 5	7:29am	8:01am	2:49pm	5:33pm				
<b>6</b> S 6	6:58pm	11:59pm						
<b>6</b> D 7	12:00am	4:32am						

**INSTRUCCIONES DE COMPLECION:**

- 1 INFORMACIÓN-Asegúrese de completar toda la información requerida en la parte superior izquierda de este formulario Por favor recuerde de indicar la cantidad de la registracion que se deve de ese mes.
- 2 DIA Y FECHA - Los numeros en esta columna representa el dia del mes. Por favor escriba en una o dos letras la abreviacion del dia, (ex. Lu para lunes o Ju para jueves).
- 3 TIEMPO ENTRADA/FUERA -Tiempo EXACTO (use am/pm) cuando el niño/a llega o se va (no significa horas de contracto pero horas actuales).
- 4 MOTIVO de ausencia o asistencia inusual-debe completarse cuando un niño no ha asistido. (es decir, enfermo, con la abuela, cita con médico) o la razón potr la cual está en cuidado durante horas de la escuela. No se debe llenar el tiempo en días de ausencias.
- 5 HORARIO DIVIDIDO-ejemplo de un niño en horario dividido.
- 6 CUIDADO nocturno-ejemplo para el cuidado nocturno, el día termina a las 11:59pm y comienza a las 12:00AM.
- 7 Solo para la oficina - Por favor no escriba o marque en la area donde dice "OFICINA SOLAMENTE".
- 8 Comentarios - por favor use el espacio de abajo para cualquier comentario adicional y circule (SI )en la parte de abajo de la hoja frontal.

**8**

**COMENTARIOS:**

FECHA	COMENTARIO	FECHA	COMENTARIO

**7**