



2415 South Austin Ave., Suite 105, Denison, TX 75020
903-463-9997 or 1-888-813-1992
903-463-3073 fax
childcare@workforcesolutionstexoma.com

Formulario para Verificar el Horario de Bachillerato o Entrenamiento – padre/madre (Debe ser llenado por la Institución de tales lugares)

Nombre de Padre/Madre: _____

CCS Case #: _____

DEBE SER LLENADO POR LA BACHILLERATO/LUGAR DE ENTRENAMIENTO:

Nota para la institución de entrenamiento: El estudiante está aplicando o está presentemente recibiendo Ayuda para el Cuidado del Niño a través de Workforce Solutions Texoma. Para determinar elegibilidad, necesitamos un resume en detalle de las horas de trabajo o horario de clase. Favor de llenar la siguiente información:

Nombre de Institución: _____

Dirrección: _____

Fecha Inicial: _____

Fecha Final: _____

Horario Semanal de Clase: _____

Está este estudiante cumpliendo los requisitos de asistencia? **D** SÍ **D** NO

Si no, explique (comentario no es requisito):

Está este estudiante trabajando con exito para terminar este programa de entrenamiento? **D** SÍ **D** NO

FIRMA (DEBE SER FIRMADO POR UN PERSONAL DE LA ESCUELA/INSTITUCIÓN)

Persona llenando este formulario (emprenta)

Titulo & #Teléfono

Firma

Fecha