Verificación de Entrenamiento
Training Verification Form

PARA SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL SUBSIDIADOS - FOR SUBSIDIZED CHILDCARE SERVICES

INSTRUCCIONES IMPORTANTES, ¡POR FAVOR LEA!
Por favor complete en su totalidad la información de la sección del Padre o Guardián. Esta forma tiene que ser completada, firmada y sellada por la oficina de registros de su escuela u organización de entrenamiento. Una vez que su escuela haya completado la forma, entréguesela a su especialista de Crystal Stairs, el día de vencimiento u **ANTES** que inicie sus clases o cursos. Usted será **requerido** entregar sus calificaciones o certificado de indicando que ya completo su curso, a no mas tardar **de 10 días de calendario** de la fecha que su escuela lo tenga disponible.

PADRE O GUARDIÁN COMPLETE ESTA SECCION (THIS SECTION TO BE COMPLETED BY **PARENT OR GUARDIAN**)

Marque tipo de escuela

☐ Escuela de Adulto ☐ Centro de Ocupación ☐ Internet ☐ Colegio Comunitario ☐ Universidad ☐ Otro: _____

Este documento es para el siguiente Trimestre o Semestre:

Trimestre _____ **Invierno** _____ Year **Primavera** _____ Year **Verano** _____ Year **Otoño** _____ Year

Nombre del Padre o Guardián: _____ Numero de Teléfono: _____

Domicilio: _____
Numero de casa y Calle Ciudad Código Postal

Meta Vocacional o Profesional: _____

SECTION TO BE COMPLETED BY **SCHOOL OR TRAINING OFFICIAL** (SECCION COMPLETADA POR LA **ESCUELA O PERSONA AUTORIZADA)**

School Name: _____ **Telephone:** _____

Address: _____
Street and number City Zip Code

Date courses below ***BEGIN:*** ___/___/___ Date courses below ***END:*** ___/___/___ Anticipated **COMPLETION DATE** of vocational goal: ___/___/___

	DAY(S)	START TIME AM/PM	END TIME AM/PM	COURSE NAME	ON-LINE (check if applies)	COURSE #	UNITS
1					☐		
2					☐		
3					☐		
4					☐		
5					☐		
6					☐		

_____ Signature of **School Official**

_____ Registrar / School **Stamp or Seal**

___/___/___ **Date**

Certificación de Padre o Guardián - Parent or Guardian Certification

Yo certifico bajo pena de perjurio, que la información declarada en esta forma es verdadera y correcta a mi mejor entender. Entiendo que debo reportar a mi especialista toda información que afecte mi estatus como estudiante, incluyendo cancelaciones de clases o cursos, dentro de 5 días de calendario. El Incumplimiento de este requisito puede resultar en la terminación de mi servicio de cuidado infantil subsidiado.

_____ Firma de Padre o Guardian - Signature of Parent or Guardian

___/___/___ Fecha - Date