

## Verificación de formación profesional/educativa

Fecha: \_\_\_\_\_

A quien corresponda: \_\_\_\_\_  
La persona nombrada abajo es un estudiante de su institución y ha solicitado servicios de cuidado infantil subsidiado. Para determinar la elegibilidad para dichos servicios, debemos documentar la asistencia de este estudiante a su programa. Complete toda la información abajo y devuelva este formulario al estudiante. La firma del estudiante es necesaria para autorizar la revelación de esta información.

### A completar por el estudiante

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Apt.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

Si está buscando un título de Associate, identifique su objetivo vocacional: \_\_\_\_\_  
Mi firma certifica que apruebo la revelación de la información solicitada para completar este formulario.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### A completar por la institución

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### Información del curso/formación

¿El estudiante está buscando un título?  Sí  No  
Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipo de título?  Associate  Bachelor (solo títulos Associate o Bachelor son elegibles)

Fecha de inicio de la inscripción: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización prevista: \_\_\_\_\_

¿El estudiante está inscrito a tiempo completo?  Sí  No

Si el estudiante no está buscando un título, marque cualquiera de las casillas de abajo que describen el programa:

- Plan de estudios de high school ofrecido/aprobado por el distrito escolar local o el Diploma General de Educación (GED)
- Programa de capacitación realizado por una institución autorizada/ aprobada por el Departamento de Educación del estado de New York (NYSED) (que no sea una facultad ni universidad)  
Objetivo ocupacional (debe indicar si se marcó la casilla de arriba para el programa de capacitación): \_\_\_\_\_
- Educación de recuperación

- Formación profesional previa
- ESL
- Proyecto de demostración aprobado por el Departamento del Trabajo (DoL)
- Alfabetización

Fecha de inicio de la inscripción para el programa sin título: \_\_\_\_\_  
Fecha de finalización del programa sin título: \_\_\_\_\_

### Horario de asistencia diaria del estudiante

Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Horas totales
de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	de	a	

El estudiante debe informar a la Administración de Servicios para Niños (ACS) de todo cambio de horario o de cualquier otra circunstancia de la elegibilidad para los servicios de cuidado infantil.

Nombre del preparador: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Firma del preparador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Escribir su nombre arriba será equivalente a su firma.*

*Sello de la institución oficial*