

**VERIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN:  
 PADRE, MADRE O CUIDADOR/A QUE ASISTE  
 A LA ESCUELA O RECIBE LA CAPACITACIÓN**

Escriba la información en letra de imprenta o a máquina.

FECHA
-------

CD 9605 (09/01)

**INSTRUCCIONES**

Para determinar si el niño/a es elegible para recibir servicios de desarrollo infantil, se requiere que el padre, madre o cuidador/a realice lo siguiente:

1. Complete toda la información solicitada.
2. Una vez completo, envíe este formulario a la escuela u organización donde se recibirá la capacitación o educación.
3. Solicite al secretario/a (o a su representante) que verifique el plan de capacitación descrito firmando y sellando este formulario.
4. Devuelva este formulario a la agencia que proporcionará los servicios de desarrollo infantil dentro de 14 días calendario.

Agencia Children's Home Society of California		
NOMBRE DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR/A (apellido, nombre, segundo nombre)	N.º DE TELÉFONO ( )	
CALLE	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

**INFORMACIÓN SOBRE LA CAPACITACIÓN/EDUCACIÓN**

NOMBRE DE LA ESCUELA U ORGANIZACIÓN DONDE SE RECIBE LA CAPACITACIÓN/EDUCACIÓN	N.º DE TELÉFONO ( )	
CALLE	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
FECHA DE INICIO DE ESTE PERÍODO	FECHA DE FINALIZACIÓN DE ESTE PERÍODO	

**PROGRAMA DE CLASES (si corresponde)**

DÍA	HORA	N.º DE SALÓN	EN LÍNEA/ TELEVISADA (Sí/No)	NOMBRE DEL CURSO	UNIDADES
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR/A	FECHA
FIRMA Y SELLO DEL SECRETARIO/A DE LA ESCUELA U ORGANIZACIÓN	FECHA