

**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