

STATE OF NEVADA
DIVISION OF WELFARE AND SUPPORTIVE SERVICES
Child Care and Development Program

Hoja de Asistencia del cuidado del Niño

Mes de Servicio: _____ Año: _____

Timesheet Entered in NCCS

Actual Schedule

Informacion Del Proveedor:

Nombre:	Numero de Tax:	Telefono:
Direccion:		

Informacion del Cliente y del Niño:

Nombre del Niño:	Numero del Niño:	Fecha de Nacimiento del Niño:
Nombre del Cliente:	Numero del Cliente:	Telefono:

Horario del Client y del Niño este mes

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo
Semana 1							
Semana							
Semana							
Semana							
Semana							

Horario de escuela (Si es aplicable):

Lun	Mar	Mier	Jue	Vier

Notas de Horario: _____

Fecha	Dia	Noche	Hora adentro	Hora afuera	Hora adentro	Hora afuera	Total de Horas	Ausente *	Iniciales	Fecha	Dia	Noche	Hora adentro	Hora afuera	Hora adentro	Hora afuera	Total de Horas	Ausente *	Initials	
1										17										
2										18										
3										19										
4										20										
5										21										
6										22										
7										23										
8										24										
9										25										
10										26										
11										27										
12										28										
13										29										
14										30										
15										31										
16																				

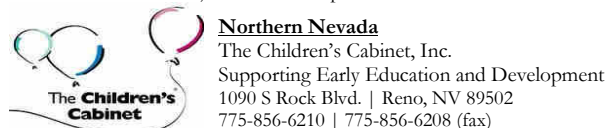
***Razones de Ausencias:** Enfermo = S Vacacion = V Descanso de Track= T Dia Discrecional = D Desmatriculado = U Perdida de Contacto= L Cerrado = C

Esta hoja de horario debe ser completada por el cliente todos los días, con tiempos de entrada y salida por todos los días que el niño estuvo presente. Si se utiliza un día discrecional, una "D" se debe colocar en la casilla "motivo ausente" y el cliente debe poner sus iniciales ese día. Cualquier otro ausencia del Cliente o el Niño, deben ser indicados por un código de razón Ausente (estos no necesitan iniciales). Todas las hojas de horarios se deberán presentar en la oficina de cuidado de niños correspondiente a más tardar treinta días siguientes al mes de servicio. Hojas de horarios presentados después de treinta días están sujetas a no pago. Nosotros, los firmantes, certificamos la exactitud de la información presentada en esta hoja de horario y entendemos que esta información puede ser auditada por el estado de Nevada, División de Welfare, o su persona designada y que los beneficios pagados incorrectamente serán recuperados.

Firma del Cliente _____ Fecha _____ Firma del Proveedor _____ Fecha _____

El Co pago del cliente esta al corriente? Yes No- Balance \$ _____ Tarifa anual- Cantidad: \$ _____ Tarifa de Registracion- Cantidad \$ _____

Por favor enviar sus hojas de Horarios para recibir reembolso a:



Southern Nevada
Las Vegas Urban League
Early Childhood Connection
2470 N Decatur Blvd. #150 | Las Vegas, NV 89108
702-473-9400 | 702-629-6232 (fax)