

SCHOOL READINESS PROGRAM
SOLICITUD DE SUSPENSIÓN DE SERVICIOS DE CUIDADO DE NIÑOS



SECCIÓN I: (Para ser completado por el cliente de School Readiness) **Fecha:** _____

Envíe el documento completado para el procesamiento a cualquiera de los lugares indicados abajo.

Yo, _____, solicito que la inscripción del niño será suspendido de la fecha: _____ hasta _____ para los niños indicados abajo.

Nombre del Niño	Fecha Efectivo	SS#/ID#	Nombre del Proveedor

Por la razón siguiente: _____

Entiendo que soy responsable en contactar School Readiness antes de la fecha de expiración del período de suspensión a fin de determinar si soy elegible para ser reintegrados. También entiendo que debo notificar al proveedor de cuidado infantil para sostener el espacio de mi niño. Entiendo que al firmar este documento, autorizo al Early Learning Coalition of Hillsborough County programa de School Readiness para promulgar el cambio solicitado.

Firma de Padre/Cuidador

Fecha

SECTION II: (Para ser completado por la especialista de School Readiness servicios de clientes)

Summer Suspension Seasonal Employment Suspension Maternity/Medical LOA Suspension

Copy of Client Photo ID (if available) Copies of Current EFS Parent Interview Screen

Suspension completed? Yes No If No, reason: _____

Effective Date of Suspension: _____

Provider Called (Contact Person, Date & Time: _____)

CSS Info (Name, Site, Date): _____

Send items listed in Section II with this form through interoffice mail to designated staff at Administrative Office by the next business day of receipt.

SECTION III: (Para ser completado por el empleado de School Readiness en la oficina administrativo)

Date Received: _____ Received by: _____

Form completed? Yes No If No, reason: _____

Date Suspension Letter Sent: _____

ttw/kj Client Request for Suspension of Child Care Services _Spanish 101915