



# Proveedor Solicitud de Terminar Servicios

VPK Program  
(Rev. 10.5.17)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Tipo de programa:  VPK Año Escolar  VPK de Verano

**Si una clase VPK tiene cuatro (4) o menos niños matriculados , el proveedor de VPK debe ser presentar la documentación a la Coalición escrito en relación con el incumplimiento del niño con conducta o asistencia dentro de los tres (3) días hábiles después de la salida del niño del programa VPK.**

Liste los niños cuyos servicios sean terminados.

Nombre del Niño	Última fecha de Asistencia	Razón de Terminación

**Proveedor, envíe este documento completo a:**

Early Learning Coalition  
Family Services  
6800 N. Dale Mabry Highway, Suite 158  
Tampa, FL 33614  
Main Phone: (813) 515-2340  
VPK Only Fax: (813) 434-2077

<b>OFFICE USE ONLY:</b>	
Date Received: _____	Received by: _____
Termination Completed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Date Completed: _____
Termination Completed By: _____	