

**SECTION 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 de la fecha: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ para los niños indicados abajo.

| Nombre del Niño(s) | Fecha Efectivo | Seguridad Social /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/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Oficinas de School Readiness:**

**NORTH TAMPA**

9309 N. Florida Ave., Ste 104  
Tampa, FL 33612  
Ph: 813-915-3200 Fax: 813-915-3239  
RBM and Status Change Fax: 813-915-3236

**ADMIN OFFICE AT NET PARK**

5701 E. Hillsborough Ave. Ste 2301  
Tampa, FL 33610  
Ph: 813-744-8941, ext. 254  
Fax: 813-744-6753

---

**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 Name, 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:** \_\_\_\_\_