

San Francisco County Pilot Program

Request to Reduce Child Care Hours Form (01/01/18)

_____, Estoy haciendo una petición voluntaria para reducir las horas de cuidado infantil actualmente autorizado.

Solicito cambio para los siguientes hijos:

A) Nombre del Niño/a:		Fecha de nacimiento:	
Horario actual		Nuevo horario (Fecha efectiva del cambio: _____)	
Actual horario autorizado:	M__ T__ W__ T__ Fri__ Sat__ S__	Nuevo horario solicitado:	M__ T__ W__ T__ Fri__ Sat__ S__

B) Nombre del Niño/a:		Fecha de nacimiento:	
Horario actual		Nuevo horario (Fecha efectiva del cambio: _____)	
Actual horario autorizado:	M__ T__ W__ T__ Fri__ Sat__ S__	Nuevo horario solicitado:	M__ T__ W__ T__ Fri__ Sat__ S__

C) Nombre del Niño/a:		Fecha de nacimiento:	
Horario actual		Nuevo horario (Fecha efectiva del cambio: _____)	
Actual horario autorizado:	M__ T__ W__ T__ Fri__ Sat__ S__	Nuevo horario solicitado:	M__ T__ W__ T__ Fri__ Sat__ S__

Al firmar este formulario, reconozco que entiendo mi derecho a continuar con cuidado basado en mi actuales autorizados horas de atención. Sin embargo, entiendo que estoy solicitando una reducción de horas autorizados y esta petición es voluntaria. (Título 5, § 18084.2)

Nombre del padre (impresión):	ID familia:
Firma del padre:	Fecha:

Date NOA Sent: _____ Staff Initials: _____