

Horario de Trabajo y de Clases

Nombre del caso: _____ **Nombre del agente de servicios:** _____
Número del caso: _____ **Fecha:** _____
Fecha límite para entregar el formulario al agente de servicios: _____

Empleador: _____
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono: _____

Horario de Trabajo para _____							
Horas	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
AM/PM							
AM/PM							
Horario de clases							
Horas	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
AM/PM							
AM/PM							

Explicación de cómo es su horario de trabajo variable: _____

Entiendo que es mi responsabilidad informar respecto de cualquier cambio en mi empleo o en mis actividades educativas que pudiesen afectar mi elegibilidad al programa o la cantidad de beneficios que recibo para el cuidado infantil. Los cambios tienen que ser informados dentro de diez (10) días a partir del día en que se sabe del cambio. De no informarse el/los cambios, esto puede resultar en pagos erróneos que después tendría que devolver.

Firma del solicitante/cliente activo _____
Fecha _____

Devuelva el formulario a:

Nombre del agente de servicios: _____
Dirección: _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

