

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 _____

