

## Hoja de tiempo de asistencia al cuidado infantil y reembolso del Proveedor

Hora ingresada en NCCS

**Informacion del Proveedor:** Mes de Servicio: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  Actual  Horario

Nombre:	Identificacion:	Numero de Tel:
Direccion:		

**Informacion del niño/Cliente:**

Nombre del Niño:	Niño UPI:	Fecha de nacimiento:
Nombre del Cliente:	Cliente UPI:	Numero de Tel:

**Cliente/Niño Horario mensual**

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo
Semana 1							
Semana 2							
Semana 3							
Semana 4							
Semana 5							

**Horario de timbre de la escuela (si corresponde):**

Lun	Mar	Mier	Jue	Vier

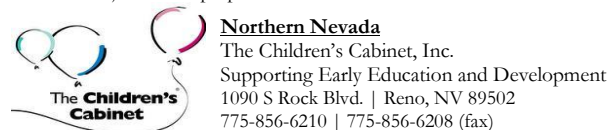
Notas de horario: \_\_\_\_\_

Fecha	Dia	Durante la noche	Tiempo adentro	Tiempo afuera	Tiempo adentro	Tiempo afuera	Total de horas	Aucnte *	Iniciales	Fecha	Dia	Durante la noche	Tiempo adentro	Tiempo afuera	Tiempo adentro	Tiempo afuera	Total de horas	Aucnte *	Iniciales	
1										17										
2										18										
3										19										
4										20										
5										21										
6										22										
7										23										
8										24										
9										25										
10										26										
11										27										
12										28										
13										29										
14										30										
15										31										
16																				

**\*Razones de Ausencia:** Sick = S Vacation = V Track Break = T Discretionary Day = D Un-enrolled = U Loss of Contact = L Closed = C  
 Esta hoja de tiempo debe ser completada por el cliente diariamente con horarios de entrada y salida para todos los días que el niño estuvo presente. Si se usa un día discrecional, se debe colocar una "D" en la casilla de Razón de ausencia y el cliente debe poner sus iniciales en ese día.  
 Código de motivo de ausencia (estos no necesitan iniciales). Todas las hojas de asistencia deben enviarse a la oficina de cuidado infantil correspondiente a más tardar treinta días después del mes de servicio. Las hojas de tiempo enviadas después de treinta días están sujetas a impago.  
 Nosotros, los suscritos, certificamos la exactitud de la información enviada en esta hoja de tiempo y entendemos que esta información puede ser auditada por la División de Bienestar y Servicios de Apoyo del Estado de Nevada o su designado y que cualquier beneficio incorrecto pagado será recuperado.

Firma del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Proveedor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 El co-pago del Cliente esta al corriente?  Si  No- Balance \$ \_\_\_\_\_  Registracion Annual Cantidad\$ \_\_\_\_\_  Registracion Cantida \$ \_\_\_\_\_

Envíe las hojas de tiempo para su reembolso a:



**Southern Nevada**  
 Las Vegas Urban League  
 Early Childhood Connection  
 2470 N Decatur Blvd. #150 | Las Vegas, NV 89108  
 702-473-9400 | 702-629-6232 (fax)