

**TRAINING VERIFICATION -
 PARENT OR CARETAKER ATTENDING
 SCHOOL OR RECEIVING TRAINING**

Please print or type information.

DATE

INSTRUCTIONS

Determining eligibility for child development services requires that the parent or caretaker do the following:

1. Complete all information requested.
2. Attach a computer printout of your classes or take this form to the school or organization where the training or education will be received and request that the registrar (or his/her designee) verify the training plan as described by signing and stamping this form.
3. Return this form to the agency that will provide the child development services.
4. Maintain a 2.0 grade point average or show progress is made toward professional or vocational goal.

AGENCY Community Child Care Council of Sonoma County 131-A Stony Circle Suite 300, CA 95401	Phone: (707) 544-3077 Fax: (707) 544-2625	ATTN:
---	--	-------

PARENT OR CARETAKER'S NAME (last, first, middle)		TELEPHONE NO. ()
STREET ADDRESS	CITY	ZIP CODE

TRAINING/EDUCATION INFORMATION

NAME OF SCHOOL OR ORGANIZATION WHERE TRAINING/EDUCATION IS RECEIVED		TELEPHONE NO. ()
STREET ADDRESS	CITY	ZIP CODE
DATE THIS TERM BEGAN	DATE THIS TERM ENDS	ANTICIPATED COMPLETION DATE FOR TRAINING/EDUCATION
PROFESSIONAL OR VOCATIONAL GOALS (Job title of employment that will be applying after vocational training is completed)		

CLASS SCHEDULE (if applicable)

	DAY	TIME	ROOM NO.	COURSE NAME	UNITS
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

SIGNATURE OF PARENT OR CARETAKER	DATE
SIGNATURE AND STAMP OF REGISTRAR OF SCHOOL/ORGANIZATION or attach a computer printout of classes	DATE

**VERIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN:
 PADRE, MADRE O CUIDADOR/A QUE ASISTE
 A LA ESCUELA O RECIBE LA CAPACITACIÓN**

Escriba la información en letra de imprenta o a máquina.

FECHA

INSTRUCCIONES

Para determinar si el niño/a es elegible para recibir servicios de desarrollo infantil, se requiere que el padre, madre o cuidador/a realice lo siguiente:

1. Complete toda la información que se le pidió.
2. Adjunte una copia impresa de su horario de clases o lleve esta forma a su escuela u organización en la que recibe entrenamiento, para que la oficina de matrícula, verifiquen su plan de entrenamiento, con una firma y sello.
3. Devuelva este formulario a la agencia que proporcionará los servicios de desarrollo de niños
4. Mantenga un promedio de 2.0 en sus grados o muestre progreso hacia su meta profesional o vocacional.

AGENCIA
 Concilio de Cuidado de Niños de la Comunidad del Condado de Sonoma Teléfono: (707) 544-3077 Atención:
 131-A Stony Circle Suite 300, Santa Rosa, CA 95401 Fax: (707) 544-2625

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR/A (apellido y nombres)		N.º DE TELÉFONO ()
CALLE	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN SOBRE LA CAPACITACIÓN/EDUCACIÓN

NOMBRE DE LA ESCUELA U ORGANIZACIÓN DONDE SE RECIBE LA CAPACITACIÓN/EDUCACIÓN		N.º DE TELÉFONO ()
CALLE	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
FECHA DE INICIO DE ESTE PERÍODO	FECHA DE FINALIZACIÓN DE ESTE PERÍODO	FECHA DE FIN ESTIMADA DE LA CAPACITACIÓN/EDUCACIÓN
OBJETIVOS PROFESIONALES O VOCACIONALES (Título de la posición a la que va a aplicar, luego de que complete el entrenamiento vocacional)		

PROGRAMA DE CLASES (si corresponde)

	DÍA	HORA	N.º DE SALÓN	NOMBRE DEL CURSO	UNIDADES
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR/A	FECHA
FIRMA Y SELLO DEL SECRETARIO/A DE LA ESCUELA U ORGANIZACIÓN o adjunte una copia impresa del horario de clases	FECHA