

**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 matricula, 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