



# YMCA Childcare Resource Service

## Certificación de la Hoja de Asistencia

Los padres de familia y proveedores que participan en el Programa de Pagos Alternativos de YMCA CRS deben seguir los lineamientos de las Hoja de asistencia, llenar debidamente las Hojas de asistencia completa y detalladamente, y asegúrese de lo siguiente:

1. La hora **exacta** en el espacio correspondiente indica la **entrada** por cada día de cuidado  
La sección de en medio se usa únicamente para reportar horas adicionales de entrada y salida de cuidado dentro del mismo día, cuando el niño asiste a la escuela. El proveedor pone la hora en que el niño en edad escolar sale o regresa de la escuela durante el día.
2. La hora **exacta** en el espacio correspondiente indica la **salida** por cada día de cuidado
3. Cualquier cuota familiar adeudada y cobrada al padre/madre se registra en la parte inferior de la Hoja de asistencia
4. En la columna de comentarios se explica cualquier ausencia del niño o variación con el programa aprobado.
5. El proveedor indicó la cantidad facturada / pago esperado por el cuidado infantil proporcionado.
6. El proveedor facturó una cantidad consistente con sus cuotas incluidas en el expediente o las cuotas cobradas a familias no subsidiadas.
7. En la parte inferior de la Hoja de asistencia es donde el cliente y el proveedor ponen la firma complete y fecha.
8. El padre/madre y proveedor usan la Hoja de Asistencia aprobada de YMCA CRS; ningún otro historial de asistencia puede ser usado.

**SUZIE SMITH**

Date/day	Time In (AM/PM)	Time Out (AM/PM)	Time In (AM/PM)	Time Out (AM/PM)	Comment	Date/day	Time In (AM/PM)	Time Out (AM/PM)	Time In (AM/PM)	Time Out (AM/PM)	Comment
Jul 3						Jul 17					
Jul 3					Un niño recibiendo cuidados antes y después de la escuela.	Jul 18	8:01am	8:43am			
Jul 4	8:02am	8:45am	2:15pm	4:59pm		Jul 19					
Ejemplo de un niño recibiendo cuidados durante un día complete.						Ejemplo de un niño recibiendo cuidados únicamente después de la escuela					
Jul 7	7:59am			5:02pm		Jul 21					
Jul 8						Jul 22	2:13pm	5:04pm			
Jul 9					Sick/Flu	Jul 23					
Jul 10						Jul 24					Last day of care
Jul 10						Jul 25					

Use la columna de Comentarios para indicar el motivo de la ausencia, O último día de cuidado, si fuera aplicable.

Registro de la cuota familiar

Part Time Monthly: \$ 100.00    Full Time Monthly: \$    ATTENTION: Enter amount of family fees paid for the current month only. \$ 100.00

El proveedor indicó la cantidad facturada / pago esperado

<b>BILLING/INVOICING</b>	
PROVIDER'S CHILD CARE SERVICES. Total amount owed by provider for this period (do not deduct family fees):	\$ 350.00

<b>Parent Self-Certification</b>		<b>Provider Self-Certification</b>	
I declare under penalty of perjury that the information herein is true and correct and that I am not receiving any other child care subsidy. I understand these child care hours are to be used only during pre-approved activities that entitle me to receive subsidized child care services. I understand any Family Fees that I am required to pay, as stated above, have been paid in full.		I declare under penalty of perjury that the information herein is true and correct and this child care was provided for the sole purpose for which this child was certified. I am not receiving child care payment for the child care services provided from any other source. I understand family fees may not be waived under any circumstances. I understand that I may be required to repay any overpayment.	
Parent/Guardian Signature	Date: 7/12/14	Provider Signature	Date: 7/13/14

Firmas completas del padre/madre y el proveedor al final del mes.

Declaro bajo protesta de decir la verdad que entiendo los requisitos y la importancia de imprimir las Hojas de Asistencia (en <https://careportal.mcttechnology.com>) a más tardar para el primer día de cada mes para tenerlas disponibles para registrar diariamente las horas de cuidado infantil. Entiendo que el no cumplir en repetidas ocasiones con los requisitos de las Hojas de Asistencia resultará en la demora o la discontinuación de los pagos por cuidado infantil.

Proveedor \_\_\_\_\_ Firma del Proveedor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_