A COMUNIDADE DO MASSACHUSETTS

Department of Early Education and Care (EEC, ministério da educação e cuidados infantis)

CUIDADOS INFANTIS FAMILIARES

IMPRESSO DE PEDIDO DE ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO

Data da chamada: _____ **Atendida por:** _____

Nome do prestador de cuidados: _____

Centro n.º: _____ **Data de validade da licença:** _____

Data de mudança: _____ **Data em que os cuidados serão retomados:** _____

Idioma primário do prestador de cuidados: _____

Endereço licenciado do prestador de cuidados (actual): _____

(Endereço completo)

_____

(Cidade/localidade) **(Código postal)**

_____

(Número de telefone actual)

Endereço para onde o prestador de cuidados se vai mudar: _____

(Endereço completo)

_____

(Cidade/localidade) **(Código postal)**

_____

(Novo número de telefone)

Novos elementos/pessoas do agregado familiar regularmente nas instalações? ( ) Sim ( ) Não
(Qualquer pessoa entre os 15, ou que tenha completado 15 anos desde a emissão da última licença)

Em caso de resposta afirmativa, indique o nome, a data de nascimento e a ocupação de cada pessoa:

_____

_____

_____

FOR LICENSOR USE (PARA USO DA AUTORIDADE DE LICENCIAMENTO):

Fee Required: ( ) Yes ( ) No **If YES: Date Fee Paid:** _____

Scheduled visit date: _____ **Compliance Status:** _____

Background Record Checks Sent ( ) Yes ( ) No **Date Self-Assessment Mailed:** _____

Move within the Region: ( ) Yes ( ) No If NO, moving to Region#_____ **Date File Transferred:** _____

Date License Amended: _____