

DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE (DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA INFANTIL)
SUBSIDIZED CHILD CARE (ASSISTÊNCIA INFANTIL SUBSIDIADA)
SCHOOL CLOSURE ONLY VOUCHER ATTENDANCE CONSENT FORM
(FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DE PRESENÇA DE VOUCHER APENAS PARA FECHAMENTO DA ESCOLA)

Data: _____ FID: _____

Nome: _____

Nome(s)
da(s) criança(s): _____

Endereço: _____
ENDEREÇO CIDADE ESTADO CÓDIGO POSTAL

Telefone: _____ E-mail: _____

Nome da Agência administradora do subsídio: _____

Membro da equipe do administrador do subsídio: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

O(s) seu(s) filho(s) está(ão) recebendo um subsídio de assistência infantil do EEC e espera-se que frequente(m) o programa de educação e assistência infantil, conforme acordado na sua autorização de assistência infantil. Seu provedor é responsável por garantir que seu(s) filho(s) compareça(m) com base na programação acordada. Não manter uma colocação ativa de cuidados infantis por mais de 60 dias consecutivos durante uma autorização de 12 meses é considerado Abandono do subsídio, a menos que os Pais tenham solicitado uma Interrupção aprovada da assistência infantil.

Você solicitou uma colocação de Somente para o fechamento da escola para seu(s) filho(s) usar(em) apenas nos dias em que a escola regular dele(s) estiver fechada. Os pais devem usar seu subsídio de assistência infantil Somente nos casos de fechamento da escola, pelo menos **quatro (4)** dias durante o Ano letivo da criança. **O não cumprimento desta recomendação será considerado Abandono do subsídio e resultará na rescisão ou recusa do subsídio de assistência infantil.**

Ao preencher este formulário, compreendo que devo usar meu subsídio de assistência infantil de acordo com a política do EEC informada acima.

ASSINATURA DO(A) PAI/MÃE/RESPONSÁVEL

DATA

Se você tiver alguma dúvida sobre esta medida, fale primeiro com o Administrador do subsídio listado acima.

Data de vigência: 2 de julho de 2020