Estado de Montana
Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos
División de Apoyo a la Primera Infancia y la Familia
Oficina de Servicios para la Primera Infancia
http://www.bestbeginnings.mt.gov

SUBSIDIO DE CUIDADO INFANTIL BEST BEGINNINGS
ANEXO E:
VERIFICACIÓN DE ESTUDIOS/CAPACITACIÓN

INDICACIONES para el solicitante/estudiante

1. **Complete la Sección 1**
   - Solicitante/Estudiante - Permiso para revelar información
2. **Un funcionario de la institución educativa a la que asiste debe completar las secciones 2 y 3**
   - Información de la institución educativa y certificación del funcionario de la institución
3. **Envíe el formulario completado por fax a su oficina de la Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil**

Región 1	The Nurturing Center	Fax: (406) 756-1410
Región 2	Child Care Resources	Fax: (406) 549-1189
Región 3	Butte 4 C's	Fax: (406) 723-6982
Región 4	Child Care Connections	Fax: (406) 587-1682
Región 5	Family Connections MT Great Falls	Fax: (406) 453-8976
Región 6	Family Connections MT Havre	Fax: (406) 265-1312
Región 7	HRDC District 7	Fax: (406) 869-2585

1. SOLICITANTE/ESTUDIANTE - PERMISO PARA REVELAR INFORMACIÓN

Yo, _____, doy mi permiso a _____
para que revele la información solicitada en este formulario a la Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil (CCR&R) antes mencionada para que determine la elegibilidad de mi familia con el fin de recibir el subsidio de cuidado infantil Best Beginnings.

Firma del solicitante: _____Fecha: _____

INDICACIONES para el funcionario de la institución educativa

La persona antes mencionada ha solicitado un subsidio de cuidado infantil Best Beninnings. Dicho subsidio ayuda a las familias de Montana que califican a pagar los costos de cuidados infantiles mientras participan en actividades que cumplen con los requisitos, por ejemplo, trabajar o cursar estudios. Con la firma anterior el estudiante solicitante autoriza la revelación de la información solicitada en el anverso de este formulario. Al completar este formulario usted brinda información sobre la persona identificada, dicha información se utilizará para determinar su elegibilidad para recibir asistencia en cuidados infantiles. Gracias por su colaboración

SOLO PARA USO DE LA OFICINA DE CCR&R	CS _____ CE_____		HoH Nombre		Fecha de recepción
	Fecha de inicio	**Fecha de terminación**	**Razón**	**Fecha de la determinación**	**Determinación a cargo de:**

2. *HORARIO DEL SOLICITANTE/ESTUDIANTE*

HORARIO MENSUAL DE LOS CURSOS

- Indique el horario en que comienza la primera clase del estudiante y el de la última clase durante cualquier día.
- Entregue una copia oficial del horario de clases del estudiante

Este horario es válido para el semestre siguiente: (*indicar el año*) ☐ otoño_____ ☐ primavera_____ ☐ verano_____

El semestre que cubre este horario es desde: _____ hasta: _____

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.
Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día
DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.	a. m./p. m. hasta a. m./p. m.
Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día	Horas por día

☐ Este horario es el mismo durante todo el mes ☐ Este horario varía cada semana

Si el horario de los cursos varía, explique:

3. *INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL ESTUDIANTE/SOLICITANTE*

Nombre del estudiante:

Nombre de la institución educativa:

Dirección de la institución educativa:

Curso de estudios/Programa de capacitación

¿Es un estudiante de jornada parcial o completa?
☐ Jornada parcial (_____ horas por semana)
☐ jornada completa (_____ horas por semana)

¿Cuántos créditos obtiene este estudiante por semestre?
_____ créditos por semestre

¿Este individuo actualmente tiene un título de «Bachelor»? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es su especialización?
_____

¿Cuándo lo obtuvo? _____

4. *CERTIFICACIÓN DEL FUNCIONARIO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA* *(debe firmarla el funcionario de dicha institución)*

LEA Y FIRME:

Certifico que esta información es verdadera y correcta según mi leal saber y entender, y tengo la facultad para hacer tal verificación en nombre de la compañía.

_____ _____ _____

Nombre del funcionario de la institución educativa (imprimir) *Cargo* *Número de teléfono*

_____ _____

Firma del funcionario de la institución educativa *Fecha*