

Departamento de Salud Pública del Condado de Cook, subsidio para la reducción del riesgo de plomo

Formulario de verificación del tiempo: niño visitante

Instrucciones para completar este formulario:

-Complete este formulario para un niño visitante menor de seis (6) años.

Nombre del adulto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Verifico que el niño (nombre) \_\_\_\_\_,

(parentesco con usted) \_\_\_\_\_ pasa una cantidad significativa de tiempo en mi unidad.

Utilice la tabla a continuación para indicar aproximadamente cuántas horas cada día el niño visita o pasa tiempo en la unidad:

Ejemplo:

	lunes
Tiempo de visitas del niño	2:30-5:00
Número de horas	2.5
Motivo	Guardería

	domingo	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado
Tiempo de visitas del niño							
Número de horas							
Motivo							

Verifico que la información que he proporcionado es exacta. Entiendo que esta información se utilizará, en parte, para determinar la elegibilidad para el programa. Entiendo que el suministro de información falsa o engañosa podría ocasionar la denegación de mi solicitud o mi eliminación del programa de subvenciones principales.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_