



Provider's Name:	RODRIGUEZ SARA (111) 555 Daisy Ave Hanford, CA 93222-1222 (559) 762-7098	Month/Year:	Mayo22016	Claim ID	11	
		Child Name:	Erin Sun			
		Parent Name:	SHERRY SUN (259)			
		Program Specialist:	STACY LEE			

Child care attendance to be completed daily with exact times. Write reasons for absence, variance in schedule, or any days of provider non-operation, in the "Notes" section. *El registro de asistencia se debe completar diariamente con horarios exactos. Escriba la razón de cualquier ausencia, variación en el horario, o días no operativos del proveedor, en la sección de "Notas."*

Date <i>Fecha</i>	Time In <i>Entrada</i>	School Drop-Off Time <i>Horario que se dejó el niño en la escuela</i>	School Pick-Up Time <i>Horario que se recogió el niño de la escuela</i>	Time Out <i>Salida</i>	Reason for Absence / Variance <i>Razón de Ausencia/ Variación</i>
May 1 Dom					
May 2 Lun					
May 3 Mar					
May 4 Mié					
May 5 Jue					
May 6 Vie					
May 7 Sáb					
May 8 Dom					
May 9 Lun					
May 10 Mar					
May 11 Mié					
May 12 Jue					
May 13 Vie					
May 14 Sáb					
May 15 Dom					
May 16 Lun					
May 17 Mar					
May 18 Mié					
May 19 Jue					
May 20 Vie					
May 21 Sáb					
May 22 Dom					
May 23 Lun					
May 24 Mar					
May 25 Mié					
May 26 Jue					
May 27 Vie					
May 28 Sáb					
May 29 Dom					
May 30 Lun					
May 31 Mar					

SPLIT SCHEDULES: These columns are to be used when the child has a split schedule. This means the child leaves care for school or other reason and then returns to care sometime later in the same day.

BEFORE/AFTER SCHOOL: Provider must enter the actual TIME OUT when child leaves for school and the actual TIME IN when child arrives afterschool.

Parent or Authorized Adult enters the **TIME IN** when child arrives for care with **AM & PM.**

Parent or Authorized Adult enters the **TIME OUT** when child leaves at the end of the day with **AM & PM.**

Attendance sheets **MUST be completed on a DAILY basis** with in & out times.

Parent and Provider MUST sign with full signatures and date. If NOT, attendance sheet will NOT be reimbursed.

As the parent, I declare under penalty of perjury that the information above is an accurate record of child care provided.
Como padre, yo declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es un registro exacto del cuidado de niños que fue proveído.

Parent's Full Signature / Firma completa del padre _____ **Date / Fecha** _____

As the provider, I declare under penalty of perjury that the information above is true and correct, and that the child care as stated above was provided. I understand that I may be required to repay any over payment.
Como proveedor, declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta, y que se proporcionó el cuidado de niños como se ha anotado. Entiendo que puedo ser requerido a pagar cualquier sobre pago.

Provider's Full Signature / Firma completa del proveedor _____ **Date / Fecha** _____

Mail this completed attendance sheet to Kings Community Actions Organization at the address below. *Envíe esta hoja de asistencia a Kings County Actions Organization en la dirección abajo.*

Hoja de Tiempo



Provider's Name:	RODRIGUEZ SARA (111) 555 Daisy Ave	Month/Year:	Mayo22016	Claim ID	11
Address:	Hanford, CA 93222-1222	Child Name:	Erin Sun		
Phone #:	(559) 762-7098	Parent Name:	SHERRY SUN (259)		
		Program Specialist:	STACY LEE		

Hojas de Asistencia **SE ENTREGAN EL PRIMER DIA** de negocio cada mes.

Child care attendance to be completed daily with exact times. Write reasons for absence, variance in schedule, or any days of provider non-operation, in the "Notes" section. *El registro de asistencia se debe completar diariamente con horarios exactos. Escriba la razón de cualquier ausencia, variación en el horario, o días no operativos del proveedor, en la sección de "Notas."*

Date <i>Fecha</i>	Time In <i>Entrada</i>	School Drop-Off Time <i>Horario que se dejó el niño en la escuela</i>	School Pick-Up Time <i>Horario que se recogió el niño de la escuela</i>	Time Out <i>Salida</i>	Reason for Absence / Variance <i>Razón de Ausencia/ Variación</i>
May 1 Dom					
May 2 Lun					
May 3 Mar					
May 4 Mié					
May 5 Jue					
May 6 Vie					
May 7 Sáb					
May 8 Dom	EL Padre o el adulto autorizado escriben el horario de entrada del cuidado cuando el Nino llega al cuidado con AM y PM.	HORARIOS Partidos: Estas columnas son para usarse cuando el niño tiene un horario partida. Esto significa que el niño se va del cuidar a la escuela o por otra razón y entonces vuelve al cuidado en algún momento más adelante en el mismo día. ANTES/DESPUES de escuela: Proveedor debe escribir el tiempo real cuando el niño se va para la escuela y el tiempo real cuando el niño llega después de la escuela.		EL Padre o el adulto autorizado escriben el horario de salida del cuidado cuando el Nino se va del cuidado con AM y PM	
May 9 Lun					
May 10 Mar					
May 11 Mié					
May 12 Jue					
May 13 Vie					
May 14 Sáb					
May 15 Dom					
May 16 Lun					
May 17 Mar					
May 18 Mié					
May 19 Jue					
May 20 Vie					
May 21 Sáb					
May 22 Dom					
May 23 Lun					
May 24 Mar					
May 25 Mié					
May 26 Jue					
May 27 Vie					
May 28 Sáb					
May 29 Dom					
May 30 Lun					
May 31 Mar					

Las Hojas de Asistencia deben ser completadas con horario de entrada y salida.

Padres y proveedores deben firmar con firma completa y fecha. SI No, La hoja de asistencia NO SERA reembolsada.

As the parent, I declare under penalty of perjury that the information above is an accurate record of child care provided.
Como padre, yo declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es un registro exacto del cuidado de niños que fue proveído.

Parent's Full Signature / *Firma completa del padre* _____
Date / *Fecha*

As the provider, I declare under penalty of perjury that the information above is true and correct, and that the child care as stated above was provided. I understand that I may be required to repay any over payment.

Como proveedor, declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta, y que se proporcionó el cuidado de niños como se ha anotado. Entiendo que puedo ser requerido a pagar cualquier sobre pago.

Provider's Full Signature / *Firma completa del proveedor* _____
Date / *Fecha*

Mail this completed attendance sheet to Kings Community Actions Organization at the address below. *Envíe esta hoja de asistencia a Kings County Actions Organization en la dirección abajo.*