



Nombre de Proveedor de Cuidado Infantil:

(por favor imprimir)

Fecha de cambio de horas de operación:

### **HORAS DE OPERACION**

<b>Día</b>	<b>Hora de Inicio</b>	<b>Hora de Finalización</b>	<b>Información General de Horario</b>
<input type="checkbox"/> Lunes	_____	_____	Por favor elige todo lo que aplique a esta locación registrada de cuidado infantil:
<input type="checkbox"/> Martes	_____	_____	<input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Día  Cuidado antes y después de la escuela
<input type="checkbox"/> Miércoles	_____	_____	<input type="checkbox"/> Fin de Semana <input type="checkbox"/> Rotativo <input type="checkbox"/> Temporal
<input type="checkbox"/> Jueves	_____	_____	<input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> 24-Horas*
<input type="checkbox"/> Viernes	_____	_____	<input type="checkbox"/> Festivos <input type="checkbox"/> Cuidado Enfermo
<input type="checkbox"/> Sábado	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Domingo	_____	_____	

\*Cuidado de 24-horas debe ser documentado con el Departamento de Cuidado Infantil. Un alternante debe ser aprobado antes de poder ofrecer servicios de cuidado de 24-horas.

