

## ACUERDO DE CUIDADO DE NIÑOS CHILD CARE AGREEMENT

NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			APELLIDO		
<b>Nombre del niño:</b>							
NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			APELLIDO		
<b>Nombre del padre/madre o tutor:</b>							
Días y horas en que el niño recibirá cuidado:							
Marque el/los día/a de cuidado	<input type="checkbox"/> Domingo	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes	<input type="checkbox"/> Sábado
Hora de llegada							
Hora de partida							
HONORARIOS: \$ _____ por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes				Fecha en que se debe efectuar el pago:			
				Fuente del pago: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otros (especifique):			
Tarifa de sobre tiempo: \$ _____ por:				Cargos por pagos atrasados \$ _____ por:			
<p><b>Estoy de acuerdo en notificar prontamente cualquier cambio de la información que antecede al proveedor de cuidado de niños. Entiendo que soy plenamente responsable de los términos de este acuerdo según lo estipulado.</b></p> <p><b>He leído, entiendo, y estoy de acuerdo en cumplir con la norma y procedimientos, información para padres que me fueron proporcionados por</b></p>							
_____ NOMBRE DEL PROVEEDOR							
FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR				FECHA		FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR	
						FECHA	
<p><b>Estoy de acuerdo en proporcionar servicios de cuidado de niños de acuerdo al plan descrito en lo que antecede. Estoy de acuerdo en notificar al/a los padre/madre, tutores sobre cualquier cambio en la información que antecede.</b></p>							
FIRMA DEL PROVEEDOR						FECHA	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO			CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
COMENTARIOS							