



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES

Nombre de la Escuelas

FORMULARIO DE REEMBOLSO POR EL CUIDADO DE NIÑOS

Nombre de la Conferencia: _____

Ubicación de la Conferencia: _____

Fecha/s de la Conferencia: _____

Horas de Asistencia + 2 (una hora antes y una hora después de la conferencia): _____

Total de Cuidado de Niños: \$5.99 x (número de horas calculada anteriormente) =
Total del Reembolso: \$ _____

Nombre del Padre: _____

Nombre del Niño/a, 0-5 años: _____

Edad del Niño/a, 0-5 años: _____

Nombre del Niño/a, 6-13 años: _____

Nombre del Proveedor de Cuidado de Niños: _____
(No puede ser un cónyuge)

ADJUNTOS REQUERIDOS: Partida de Nacimiento Registro de Nacimiento
(Please check and attach one) Orden Tribunal Comprobante de Tutela Legal

Nombre del Director Escolar o Administrador del Distrito: _____

Firma del Director Escolar o Administrador del Distrito: _____

Fecha: _____

Favor de anexar este document a su Formulario de Petición para Viáticos y Asistencia 10.12.1 antes de asistir a la conferencia.