

**SERVICIOS FAMILIARES Y DE TRABAJO DEL CONDADO DE
LORAIN
CONFIRMACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN EL CUIDADO INFANTIL**

Esto confirma que _____ / _____
(Nombre del padre / cuidador) (Número de caso o número SS)

ha inscrito a los siguientes niños en _____ En _____
(Proveedor de cuidado infantil / Centro) (Fecha de inicio)

Nombre del
Niño: _____

Nombre del
Niño: _____

Nombre del
Niño: _____

Nombre del
Niño: _____

**Por favor, vuelva
a:**

**LORAIN COUNTY DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y
SERVICIOS DE FAMILIA
ATTN: Unidad de Cuidado Infantil / (Nombre del Trabajador)
42485 North Ridge Rd
Elyria, OH 44035
Teléfono: 440-323-5726 Fax: 440-323-3422**

Número de licencia del proveedor/centro

Firma del Representante del Proveedor/Centro

Fecha

Dirección del proveedor/centro

Firma de Padre/Cuidador

Fecha

Número de teléfono del proveedor/centro

Nombre del trabajador de cuidado infantil
LCDJFS

Número de fax del proveedor/centro

