

Programa de Subsidios del Condado de San Francisco

Verificación de Programa Académico o Entrenamiento

(02/15/2017)

AGENCIA: _____

Por favor escriba la información en letra de molde o a máquina. Asegúrese de que todas las secciones estén completas.

INFORMACIÓN DEL PADRE DE FAMILIA/ENCARGADO

NOMBRE DEL PADRE DE FAMILIA/ENCARGADO	NÚMERO DE TELÉFONO:
---------------------------------------	---------------------

DIRECCIÓN	CIUDAD/CÓDIGO POSTAL
-----------	----------------------

METAS PROFESIONALES O VOCACIONALES (ejemplos: Ser Enfermera Registrada, Ser Asistente Administrativa).

<input type="checkbox"/> Estoy solicitando tiempo para estudiar. <input type="checkbox"/> Estoy solicitando tiempo de viaje.	Fecha de Finalización Anticipada: _____
---	---

EDUCATION/TRAINING INFORMATION

NAME OF SCHOOL OR ORGANIZATION WHERE EDUCATION/TRAINING IS RECEIVED	TELEPHONE NO.
ADDRESS	CITY / ZIP CODE

Attached is the parent/guardian's course printout form from the school/training institute. *Printout must include parent/guardian's name, class schedule, units, semester dates.* No signature and stamp required from the Registrar's Office.

OR

Below is the parent/guardian's class schedule **WITH signature and stamp from the Registrar's Office.**

Class Schedule

	DAY	TIME	ROOM NO.	COURSE NAME	UNITS
1.					
2.					
3.					
4.					

SIGNATURE AND STAMP OF REGISTRAR OF SCHOOL/TRAINING INSTITUTE

DATE

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA/ENCARGADO

La agencia tiene permiso de comunicarse con mi escuela/instituto de entrenamiento para verificar la información en este formulario. Adicionalmente, yo certifico que la información arriba es verdadera y correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

STAFF USE ONLY(see Title 5, §18087(a-b(1-5)))