



# Quality Care Services, Inc.

# Registro mensual de asistencia y conteo de comidas

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Mes: \_\_\_\_\_

Días de cierre escolar: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

Nombre completo del niño		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Tier 1	Tier 2			
	Asistir																																				
	DES																																		D	D	
Edad	R-AM																																	R	R		
	ALM																																	A	A		
Hora de Llegada	R-PM																																	R	R		
Hora de Partida	Cena																																	C	C		
Días de asistencia:	R-Noc																																	R	R		
L M M J V S D																																					
	Asistir																																				
	DES																																		D	D	
Edad	R-AM																																		R	R	
	ALM																																		A	A	
Hora de Llegada	R-PM																																		R	R	
Hora de Partida	Cena																																		C	C	
Días de asistencia:	R-Noc																																		R	R	
L M M J V S D																																					
	Asistir																																				
	DES																																		D	D	
Edad	R-AM																																			R	R
	ALM																																			A	A
Hora de Llegada	R-PM																																			R	R
Hora de Partida	Cena																																			C	C
Días de asistencia:	R-Noc																																			R	R
L M M J V S D																																					
	Asistir																																				
	DES																																		D	D	
Edad	R-AM																																			R	R
	ALM																																			A	A
Hora de Llegada	R-PM																																			R	R
Hora de Partida	Cena																																			C	C
Días de asistencia:	R-Noc																																			R	R
L M M J V S D																																					

Certifico que la información contenida en este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.  
Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que  
la tergiversación deliberada puede conllevar un proceso judicial en virtud de las leyes estatales y penales aplicables.

Hora de Llegada/Partida = horario regular de asistencia

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.