

APROBACIÓN DE LA SOLICITUD DE HORAS DE CUIDADO DE DESNANSO

*Todas las solicitudes de cuidado de descanso de más de 72 horas y horas adicionales serán aprobadas por el Gerente de la División del Programa de Aprobación. La solicitud debe enviarse 30 días antes de su viaje o evento. Antes de enviar esta solicitud, obtenga la aprobación del/a trabajador/a social del niño/a que usted está dejando a los/las niños/as bajo el programa de descanso. Envíe su solicitud a la Coordinadora por correo electrónico a: rass@senecacenter.org. **Tenga en cuenta que las horas de 10pm – 6am no son horas reembolsables.***

Nombre del Padre de Recurso			
Información de Contacto	Celular:	Correo Electrónico:	

Utilizar más de 72 horas

 Solicitar horas adicionales

Nombre del Niño/a	Edad	Foster	Adoptado	Tutela	Nacimiento
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fechas del descanso::	hora:	hasta	hora:	
El destino y la razón por la se necesita cuidado de descanso es::				

Horas que se solicitan	Horas Disponibles	Total de horas restante	
------------------------	-------------------	-------------------------	--

La razón por qué el niño/los niños no los están acompañando a su destino?

Nombre del Proveedor de descanso	# celular
Describe the responsibilities of the respite care provider (visits, therapy, activities, etc.)	

Describa las responsabilidades del proveedor de descanso (visitas, terapia, actividades, etc.)

Firma de Padre de Recurso	Fecha
---------------------------	-------

Approval Staff:

Respite Care Coordinator Signature	Date	
RASS Supervisor Signature	Date	
RFA Division Manager Signature	Date	
		<input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied