

فرم گواهینامه ارائه دهنده مراقبت از کودک و پاداش کارکنان

نام سازمان :

نام شخصی که این سند را تکمیل می کند:

تاریخ تکمیل:

با امضای سند زیر، گواهی می‌دهم که متعهد می‌شوم که حداقل به مدت شش (6) ماه پس از تاریخ امضا، در خدمت ارائه‌دهنده مراقبت از کودک ذکر شده در بالا بمانم تا واجد شرایط دریافت پاداش حفظ \$ 1,000 دلاری ارائه شده توسط MSDE باشم.

گواهینامه و تصدیق

با وارد کردن نام خود در زیر و ارسال این فرم الکترونیکی، بدینوسیله گواهی می‌دهم که:

برای تکمیل گواهی و تصدیق، کادر را علامت بزنید

1. (. اطلاعات و داده های موجود در این فرم، تا آنجا که من می دانم و اعتقاد دارم، درست، کامل و صحیح است

2) هر برنامه و فعالیت متعاقب آن مطابق با کلیه قوانین و مقررات فدرال و ایالتی قابل اجرا خواهد شد

نام و عنوان کارفرمای مراقبت از کودک

امضای کارفرمای مراقبت از کودک

نام کارمند ارائه دهنده مراقبت از کودک

امضای کارمند ارائه دهنده مراقبت از کودک