

Registro diario de asistencia – Programa certificado de cuidado infantil DAILY ATTENDANCE RECORD – CERTIFIED CHILD CARE

Uso del formulario: Use este formulario para asegurarse de que se cumplan DCF 202.08(5)(i) y 202.09(6)(f). El incumplimiento de estas disposiciones puede provocar la emisión de una declaración de incumplimiento y la negativa de la emisión de los pagos del subsidio de cuidado infantil. Completar este formulario también puede ayudar a garantizar el cumplimiento de la reglamentación de Child and Adult Care Food Program 7 CFS 226.18(e) y de las normas de subsidio para cuidado infantil según DCF 201. La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Ley de privacidad, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Instrucciones: El registro debe incluir a todos los niños a los que se cuida, incluidos los niños propios del operador/proveedor que tengan menos de 7 años de edad. Los registros de asistencia deben conservarse por un mínimo de 3 años.

SECCIÓN A

Nombre – Proveedor certificado	Número de Proveedor	Semana de (mm/dd/aaaa) a (mm/dd/aaaa)
--------------------------------	---------------------	---------------------------------------

SECCIÓN B – Registro diario de asistencia: Ingrese el nombre completo del niño y marque el casillero que designa la Edad del Niño para cada niño que se cuida durante la semana. En las hileras que corresponden al nombre del niño, registre la hora real a la que llega el niño y la hora real a la que se va (no registre esta información de antemano). **Las horas deben registrarse inmediatamente en el momento de la llegada y partida del niño, y el registro debe reflejar a todos los niños a los que se cuida en cualquier momento determinado.** Se recomienda que los proveedores pidan a los padres que revisen este formulario para verificar la precisión al final de la semana y lo firmen como confirmación de que está correcto. “Relacionado” significa lo que se define en DCF202.02(18): “Relacionado con el proveedor” significa los hijos naturales o adoptivos del proveedor, sus hijos sustitutos, hijastros, nietos, hermanos, hermanas, primos hermanos, sobrinos, sobrinas, tíos y tías.

Nombre – Niño (Nombre y apellido)	Relación	Edad del niño	Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Firma de los padres (firma)
			Ingreso	Salida	Ingreso	Salida	Ingreso	Salida	Ingreso	Salida	Ingreso	Salida	Ingreso	Salida	Ingreso	Salida	
	<input type="checkbox"/> Relacionado <input type="checkbox"/> No relacionado	<input type="checkbox"/> Menos de 2															
		<input type="checkbox"/> 2-6 años															
		<input type="checkbox"/> 7 y más															
	<input type="checkbox"/> Relacionado <input type="checkbox"/> No relacionado	<input type="checkbox"/> Menos de 2															
		<input type="checkbox"/> 2-6 años															
		<input type="checkbox"/> 7 y más															
	<input type="checkbox"/> Relacionado <input type="checkbox"/> No relacionado	<input type="checkbox"/> Menos de 2															
		<input type="checkbox"/> 2-6 años															
		<input type="checkbox"/> 7 y más															
	<input type="checkbox"/> Relacionado <input type="checkbox"/> No relacionado	<input type="checkbox"/> Menos de 2															
		<input type="checkbox"/> 2-6 años															
		<input type="checkbox"/> 7 y más															
	<input type="checkbox"/> Relacionado <input type="checkbox"/> No relacionado	<input type="checkbox"/> Menos de 2															
		<input type="checkbox"/> 2-6 años															
		<input type="checkbox"/> 7 y más															
	<input type="checkbox"/> Relacionado <input type="checkbox"/> No relacionado	<input type="checkbox"/> Menos de 2															
		<input type="checkbox"/> 2-6 años															
		<input type="checkbox"/> 7 y más															
	<input type="checkbox"/> Relacionado <input type="checkbox"/> No relacionado	<input type="checkbox"/> Menos de 2															
		<input type="checkbox"/> 2-6 años															
		<input type="checkbox"/> 7 y más															

Nombre – Niño (Nombre y apellido)	Relación	Edad del niño	Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Firma de los padres (firma)
			Ingreso	Salida	Ingreso	Salida	Ingreso	Salida	Ingreso	Salida	Ingreso	Salida	Ingreso	Salida	Ingreso	Salida	
	<input type="checkbox"/> Relacionado <input type="checkbox"/> No relacionado	<input type="checkbox"/> Menos de 2 <input type="checkbox"/> 2-6 años <input type="checkbox"/> 7 y más															
	<input type="checkbox"/> Relacionado <input type="checkbox"/> No relacionado	<input type="checkbox"/> Menos de 2 <input type="checkbox"/> 2-6 años <input type="checkbox"/> 7 y más															
	<input type="checkbox"/> Relacionado <input type="checkbox"/> No relacionado	<input type="checkbox"/> Menos de 2 <input type="checkbox"/> 2-6 años <input type="checkbox"/> 7 y más															
	<input type="checkbox"/> Relacionado <input type="checkbox"/> No relacionado	<input type="checkbox"/> Menos de 2 <input type="checkbox"/> 2-6 años <input type="checkbox"/> 7 y más															
	<input type="checkbox"/> Relacionado <input type="checkbox"/> No relacionado	<input type="checkbox"/> Menos de 2 <input type="checkbox"/> 2-6 años <input type="checkbox"/> 7 y más															
	<input type="checkbox"/> Relacionado <input type="checkbox"/> No relacionado	<input type="checkbox"/> Menos de 2 <input type="checkbox"/> 2-6 años <input type="checkbox"/> 7 y más															
	<input type="checkbox"/> Relacionado <input type="checkbox"/> No relacionado	<input type="checkbox"/> Menos de 2 <input type="checkbox"/> 2-6 años <input type="checkbox"/> 7 y más															
Asistencia diaria total																	

SECCIÓN C – Horario del proveedor: Ingrese el nombre completo y el cargo de cada proveedor, proveedor adicional, suplente o proveedor de respaldo para casos de emergencias que trabajó con los niños durante la semana. En las hileras correspondientes al nombre del proveedor, registre las horas reales en las que estuvo presente el proveedor, el proveedor adicional, el suplente o el proveedor de respaldo para casos de emergencias.

Nombre del proveedor y cargo	Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
	Ingreso	Salida	Ingreso	Salida	Ingreso	Salida	Ingreso	Salida	Ingreso	Salida	Ingreso	Salida	Ingreso	Salida
Proveedor A:														
Proveedor B:														
Proveedor C:														
Proveedor D:														