

# Frontier Behavioral Health

## Child and Adult Care Food Program

### Verificación de Festivos

Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_ # ID del Proveedor: \_\_\_\_\_

Este formulario solo es necesario cuando se cuidan niños en uno de los siguientes festivos. Por favor, compruebe los festivos que usted brinda cuidado y haga que los padres de cada niño firmen el formulario que indica que cuidó a su hijo ese día.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Día de Año Nuevo | <input type="checkbox"/> Día Memorial             | <input type="checkbox"/> 4 de Julio     |
| <input type="checkbox"/> Día Laboral      | <input type="checkbox"/> Día de Acción de Gracias | <input type="checkbox"/> Día de Navidad |

Nombre del Niño	Horas en Cuidado	Firma de los Padres

Yo certifico que la información anterior es exacta en todos los aspectos y que estos niños estaban a mi cuidado en los festivos indicadas. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la institución pueden verificar la información. Además, entiendo que la tergiversación deliberada puede dar lugar a una persecución estatal o federal.

\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor

\_\_\_\_\_  
Fecha