

Weryfikacja szkolenia zawodowego/edukacyjnego

Data: _____

Do wszystkich zainteresowanych: _____
Niżej wymieniona osoba jest studentem Państwa instytucji i złożyła wniosek o dofinansowanie usług opieki nad dziećmi. Aby ustalić uprawnienie do tych usług, musimy udokumentować udział tego studenta w Państwa programie. Proszę wypełnić wszystkie poniższe informacje i zwrócić ten formularz studentowi. Podpis studenta jest niezbędny, by upoważnić Państwa do udostępnienia tych informacji.

Wypełnia student

Imię i nazwisko: _____
Ulica: _____ Nr lok.: _____ Miejscowość: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____
Adres e-mail: _____

Jeśli kontynuujesz naukę w szkole wyższej w celu uzyskania tytułu licencjata (Associate), określ swój cel zawodowy: _____
Niniejszym poświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnienie informacji wymaganych do wypełnienia niniejszego formularza.

Podpis studenta: _____ Data: _____

Wypełnia przedstawiciel instytucji

Nazwa instytucji: _____
Ulica: _____ Nr lok.: _____ Miejscowość: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Informacje o kursie/szkoleniu

Czy student kontynuuje studia? Tak Nie

Jeśli „Tak”, to na jakim stopniu? Associate Bachelor (Uprawnienie dotyczy tylko stopni Associate i Bachelor)
Data rozpoczęcia zapisów: _____ Planowana data ukończenia: _____

Czy student jest zapisany w pełnym wymiarze godzin? Tak Nie

Jeśli student nie kontynuuje studiów, proszę zaznaczyć jedno z poniższych pól, które opisują program:

- Program nauczania dla szkół średnich oferowany/zatwierdzony przez lokalny okręg LUB GED
- Edukacja wyrównawcza
- Szkolenie z zakresu umiejętności przygotowujących do podjęcia kursu zawodowego
- Projekt demonstracyjny zatwierdzony przez Wydział Pracy (Department of Labour, DoL)
Data rozpoczęcia zapisów na studia nieprowadzące do uzyskania stopnia naukowego: _____
Ostateczna data zakończenia studiów nieprowadzących do uzyskania stopnia naukowego: _____
- Program szkoleniowy prezentowany przez instytucję licencjonowaną/zatwierdzoną przez Wydział Edukacji stanu Nowy Jork (New York State Education Department, NYSED) (inną niż szkoła wyższa lub uniwersytet
Cel zawodowy (należy wskazać, jeśli zaznaczono pole powyżej dla programu szkolenia): _____
- Program języka angielskiego jako języka obcego (English as a Second Language, ESL)
- Kurs pisania i czytania

Harmonogram dziennej obecności studenta

Niedziela		Poniedziałek		Wtorek		Środa		Czwartek		Piątek		Sobota		Łączna liczba godzin
od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	

Student musi powiadomić Wydział ds. Dzieci (New York City Administration for Children's Services, ACS) o wszelkich zmianach w harmonogramie i o innych okolicznościach związanych z uzyskaniem usług dla dzieci.

Imię i nazwisko przygotowującego: _____ Tytuł: _____

Telefon: _____ Adres e-mail: _____

Podpis przygotowującego: _____ Data: _____

Imię i nazwisko wpisane powyżej pełni rolę podpisu.

Pieczęć urzędowa instytucji