



Child Care Choices of Boston

Solicitud de Entrenamiento

Favor de llenar una solicitud por participante.

Nombre: _____
(Use Letra de Molde) Nombre Apellido

Dirección: _____
(Use Letra de Molde)

Ciudad/Código Postal: _____ Correo Electrónico: _____
(Use Letra de Molde) (Use Letra de Molde)

(Confirmación de Talleres solo serán enviadas por este medio; si usted no cuenta con un correo electrónico, usted no recibirá su Confirmación)

Teléfono: (casa) _____ (trabajo) _____

Nombre del Programa: _____ # del Programa: _____

Aviso: Todo(a) Educador(a) debe registrarse en el Registro de EEC en Credenciales Profesionales (PQ). Si usted esta Registrado(a):

¿Cuál es su PQ #? _____. Si usted no está registrado(a) favor de ir a este enlace para registrarse:

<https://www.mass.gov/eec> **Presione en "Professional Qualification Registry"**

Posición: Educador(a) Asistente de Educador(a) Lugar de Empleo: _____
SOLO PARA ASISTENTES

Programa y Edades con las que trabaja usted.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Educador FCC Independiente/Sistema | <input type="checkbox"/> Centro Infantil/Guardería |
| <input type="checkbox"/> Infantes (0 - 15 meses) | <input type="checkbox"/> Preescolares |
| <input type="checkbox"/> Párvulos (15 - 2.9) | <input type="checkbox"/> Edad Escolar |

1) Entrenamiento: _____ Fecha: _____

Lugar: _____ Cuota: _____

2) Entrenamiento: _____ Fecha: _____

Lugar: _____ Cuota: _____

Forma de Pago:

Suma Total: \$ _____ Efectivo/Recibo # _____
(Favor de no Enviar Efectivo)

Cheque # _____

Giro Postal # _____

No se aceptan solicitudes por teléfono

Las cuotas no son reembolsables, solo si CCCB cancela un entrenamiento

Favor de ser respetuoso con los demás participantes y llegar a tiempo. Sus horas de entrenamiento se verán reducidas si usted llega tarde

*** NO SE PERMITEN NIÑOS, FAMILIARES NI PERSONAS NO REGISTRADAS EN LOS ENTRENAMIENTOS***

** Se Requiere una Forma de Identificación: Licencia Pasaporte

* Se Requiere Firma del Participante: _____ *

Favor de hacer cheque o giro postal
a nombre de CCCB y enviar a:
Training Department
Child Care Choices of Boston
105 Chauncy Street
Boston, MA. 02111