



PARENT ENGAGEMENT VOUCHER FOR CHILD CARE

TO BE COMPLETED BY PARENT

PLEASE LIST NAMES OF CHILDREN NEEDING CARE:

Head Start child: _____

Brother or Sister (s): _____

Name of Parent: _____ Address: _____

City: _____ Zip: _____ Phone # of Parent: _____

Type of Head Start Activity: _____

Time: From: _____ Until: _____ Date(s) of child care: _____

Total Hours: _____

I have chosen my own child care provider. I understand that payment by Region 7 ESC to my child care provider for services on my behalf shall not subject Region 7 ESC to any claim of liability for damages or injuries occurring during the child care.

Parent/Guardian Signature

Date

I do hereby affirm that I provided care for the above child/children in order for the parent/guardian to attend a Head Start activity. I acknowledge that Region 7 reimbursement will be at the rate of \$11.65 per hour using a minimum of 2 child care providers when appropriate

TO BE COMPLETED BY CHILD CARE PROVIDER

Child Care Provider's Signature

XXX-XX-_____
Social Security Number

Print Child Care Provider's Name _____

Address _____

City _____ State _____ Zip _____ Phone _____

Number _____ Today's Date _____

Amount Due \$ _____

RETURN TO: Program Compliance Coordinator, Region 7 ESC Head Start, 1909 N. Longview Street, Kilgore, Texas 75662, (903)988-7644.

FOR REGION 7 STAFF ONLY

Date(s) of Head Start Activity _____

Purpose of Head Start Activity _____

Site Location of Head Start Activity _____

Family Service Worker/Advocate _____ Date: _____

Coordinator/Consultant Signature _____ Date: _____

Head Start Director Signature _____ Date: _____

*****Childcare Vouchers Must Be Submitted Within 14 Calendar Days after the Event for Reimbursement*****

"Region 7 Education Service Center is committed to student success by providing quality programs and services that meet or exceed our customers' expectations."



**PARTICIPACION ACTIVA DEL PADRE
VALE PARA EL CUIDADO INFANTIL**

PARA SER COMPLETADA POR EL PADRE

POR FAVOR ESCRIBA LOS NOMBRES DE LOS NIÑOS QUE NECESITAN CUIDADO:

Niño en Head Start: _____

Hermanos o Hermanas: _____

Nombre del Padre: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Código: _____ Teléfono del Padre: _____

Tipo de Actividad de Head Start: _____

Hora: De: _____ A: _____ Fecha(s) de cuidado de niños: _____ Total de Horas: _____

Yo he elegido mi propio proveedor de cuidado infantil. Yo entiendo que el pago hecho por la Región 7 ESC a mi proveedor de cuidado infantil por los servicios en mi nombre no sujetará a la Región 7 ESC a ningún reclamo de responsabilidad por daños o lesiones que ocurran durante el cuidado de los niños.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Por la presente yo afirmo que proveí cuidado al(a los) niño(s) nombrado(s) arriba para que el padre/tutor asistiera a una actividad de Head Start. Yo entiendo que el pago de la Región 7 será una tarifa de \$11.65 por hora usando un mínimo de 2 proveedores de cuidado infantil cuando sea apropiado

PARA SER COMPLETADA POR EL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL

_____ XXX - XX - _____
 Firma del Proveedor de Cuidado Infantil Número de Seguro Social

Nombre en Letra de Imprenta del Proveedor de Cuidado Infantil _____

Dirección _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fecha de Hoy: _____

Cantidad a Deber \$ _____

*****Los Vales De Cuidado Infantil Deben Ser Entregados Dentro De Los Primeros 14 Días Después Del Evento Para Su Pago*****

REGRESELA A: Coordinador para el Cumplimiento del Programa, Región 7 ESC Head Start, 1909 N. Longview Street, Kilgore, Texas, 75662, (903)988-7644.

PARA EL PERSONAL DE REGION 7 SOLAMENTE

Date(s) of Head Start Activity _____

Purpose of Head Start Activity _____

Location of Head Start Activity _____

Family Service Worker/Advocate _____ Date: _____

Coordinator/Consultant _____ Date _____

Head Start Director _____ Date _____

“El Centro de Servicio para la Educación de la Región 7 está comprometido al éxito del estudiante proporcionando servicios de calidad que cumplen o superan las expectativas de nuestros clientes”