CORREO CERTIFICADO

Nombre del Proveedor

Dirección del Proveedor

Dirección del Proveedor

DVN del Proveedor:

RE: **Solicitud de Registro de Asistencia**

Estimado (a)      :

Como proveedor de cuidado infantil con el Departamento de Servicios Sociales, usted estuvo de acuerdo en presentar los registros de asistencia a petición y el conservarlos por un periodo de cinco (5) años. En este momento, estamos solicitando que envíe los registros de asistencia de el (los) mes (es) en un plazo de 10 días hábiles. La no presentación de los registros de asistencia solicitados puede dar a lugar a una reclamación.

Por favor envíe los registros relacionados a con Nombre del Niño (s) o Todos los Niños en el cuidado de Subvenciones durante el siguiente periódo de tiempo:

Mes/Fecha/Año a Mes/Día/Año

Por favor envíe los registros de asistencia a:

Attn: Su Nombre

 Unidad de Relaciones con los Proveedores de Cuidado Infantil

 Dirección

 Dirección

Si usted tiene preguntas o requiere más información, por favor contácteme al Número Telefónico.

 Nombre

 Unidad de Relaciones con los Proveedores de Cuidado Infantil

CC: Archivo del Proveedor