

نموذج تصديق المكافآت لمقدمي وموظفي رعاية الأطفال

أسم المنظمة:

أسم الشخص الذي أكمل هذا المستند:

تاريخ الانتهاء:

بالتوقيع على هذه الوثيقة، أقر بأنني ملتزم بالبقاء موظفًا لدى مقدم رعاية الأطفال المذكور أعلاه لمدة لا تقل عن ستة (6) أشهر تلي الأقل بعد تاريخ التوقيع لكي أظل مؤهلاً للحصول على مكافأة الاحتفاظ بالموظفين تبلغ 1,000 دولار المقدمة من وزارة التعليم في ماريلاند.

التصديق والاعتماد

من خلال إدخال اسمي أدناه وتقديم هذا النموذج الإلكتروني، أقر بما يلي:

ضع علامة في الصندوق لإكمال التصديق والاعتماد

1. المعلومات والبيانات المذكورة في هذا النموذج، على حد علمي واعتقادي، صحيحة وكاملة وصحيحة

2. سيتم تنفيذ أي برنامج ونشاط لاحق وفقًا لجميع القوانين واللوائح الفيدرالية والولائية المعمول بها والامتثال لها

اسم ولقب صاحب العمل في مجال رعاية الأطفال

توقيع صاحب العمل في مجال رعاية الأطفال

اسم موظف مقدم رعاية الأطفال

توقيع موظف مقدم رعاية الأطفال