



David Geffen
School of Medicine

Solicitud de Asistencia Para Cuidado Infantil 2020
COVID-19

Nombre Completo: _____
 Dirección De La Casa: _____
 Departamento: _____
 Teléfono: _____
 Director: _____

Fecha: _____
 Ciudad y Código Postal: _____
 Título: _____
 ID de la universidad #: _____
 Ext. de Director: _____

(Por favor marque la semana en la que está solicitando)
La solicitud para la semana anterior debe presentarse el jueves siguiente a las 5 p.m.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semana 1 20 - 25 de abril La solicitud vence el 4/30	Semana 2 26 de abril - 2 de mayo La solicitud vence el 5/6	Semana 3 3 al 9 de mayo Solicitud con vencimiento el 14/05	Semana 4 Del 10 al 16 de mayo La solicitud vence el 5/21	Semana 5 17 al 23 de mayo La solicitud vence el 28/05	Semana 6 24 - 30 de mayo La solicitud vence el 6/4

(Por favor verifique los días que trabajó y usó cuidado de niños)

Domingo	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado

¿Cómo recibe actualmente su sueldo de la universidad?: Deposito Directo Cheque en papel

En solicitar estos fondos, certifico que los estoy usando para el cuidado infantil y que mi servicio de cuidado infantil está siguiendo las guías del Departamento de Salud del Condado.

Firma de Empleado/a: _____ Fecha: _____

PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Date Application Received: _____

Amount of Assistance Approved: \$ _____

Work Schedule Verified By: _____

Human Resources Signature: _____

Comments/Notes: _____

Date: _____