

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE ASISTENCIA DE COVID-19  
SOLICITADO para el mes de \_\_\_\_\_, 2020

Nombre del Programa: \_\_\_\_\_

Persona Haciendo la Solicitud: \_\_\_\_\_

Posición de la Persona Haciendo la Solicitud: \_\_\_\_\_

Razon por la exención (seleccione todas las que apliquen):

\_\_\_\_\_ Baja asistencia estudiantil por epidemia

Fechas de baja asistencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cierre forzado por parte del departamento de salud local o unidad de gobierno local

Fechas de cierre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cierre forzado debido a la presencia de exposición a COVID-19

Fechas de cierre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cierre voluntario basado en la decisión de \_\_\_\_\_ Dueño \_\_\_\_\_ Mesa Directiva (seleccione uno)

Fechas de cierre: \_\_\_\_\_

Certifico que este es un recuento verdadero y real de la asistencia mensual a mi programa y entiendo que al solicitar el pago completo por los días elegibles de atención, acepto pagarle a mi personal por todas las horas de trabajo programadas, independientemente del cierre o la reducción de los servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Autorizado/a