

APLICACION DE INICIO DE CUIDADO INFANTIL EN MADELIA / SUBVENCIÓN DE EXPANSIÓN

Gestionado por el Ayuntamiento de Madelia

Nota: Lea atentamente la política del programa antes de completar la solicitud.

Nombre del Cuidado Infantil: _____

Empresario(s): _____

Dirección de la Propiedad: _____

Dirección Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Cuántos espacios nuevos o espacios adicionales se crearán con el apoyo de estos fondos de subvención:

Bebé - Niño pequeño: _____

Preescolar de 3 a 5 años: _____

Edad escolar: _____

Cantidad de fondos solicitados: _____

*Cuando se complete, regrese al Licenciante de Cuidado Infantil del Condado para su aprobación y ellos lo entregarán para la distribución de fondos. Los fondos se dispersarán cuando lo proporcionado tenga licencia completa. Los recibos deben acompañar esta solicitud para todos los gastos solicitados.

DESCRIPCIÓN DEL GASTO(S)

Por favor, proporcione una lista precisa y completa de sus gastos.

| Proveedor del recibo o dónde se compró el artículo | Descripción del artículo o artículos | Costo por artículo | Cantidad pedida | Costo total | Requerido para obtener la licencia | Recibo adjunto |
|--|--------------------------------------|--------------------|-----------------|-------------|------------------------------------|----------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Aprobado por el Licenciante del Condado: _____ Fecha: _____

☐ Todos los formularios se adjuntan, completan y están listos para el pago