

إدارة الصحة العامة في مقاطعة كوك - برنامج Lead Hazard Reduction Grant

نموذج إقرار Time Verification للأطفال الزائرين

تعليمات تعبئة هذا النموذج:

- قم بتعبئة هذا النموذج للطفل الزائر تحت سن السادسة (6).

اسم البالغ: _____

العنوان: _____

أقر أنا بأن الطفل (اسم الطفل) _____.

(علاقة الطفل بك) _____ يقضي أوقاتاً كثيرة في شقتي.

يرجى استخدام الجدول البياني أدناه لبيان عدد الساعات التقريبية التي يزور فيها الطفل الشقة أو يقضي فيها وقتاً كل يوم:

مثال:

الإثنين	
وقت زيارة الطفل	2:30 إلى 5:00
عدد الساعات	2,5
السبب	رعاية الطفل

الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	السبت	
							وقت زيارة الطفل
							عدد الساعات
							السبب

أقر بأن المعلومات التي قدمتها صحيحة ودقيقة. وأدرك أن هذه المعلومات ستستخدم جزئيًا لتحديد الاستحقاق من البرنامج. وأفهم أنني إذا قدمت معلومات مزيفة أو مضللة فقد يؤدي ذلك إلى رفض طلبي أو استبعادني من برنامج منحة الحد من مخاطر الرصاص.

توقيع مقدم الطلب: _____

التاريخ: _____