Stanislaus County
Office of
Education

Child/Family Services

Tom Changnon, Superintendent
1324 Celeste Drive • Modesto, CA 95355 • (209) 558-4030 • FAX (209) 558-4061

Resource & Referral Handout

NOTA DE COBRO

_____
(Nombre del Provedor/a)

Numero de Cuenta: _____ Fecha: _____

_____
(Nombre del Padre)

_____
(Domicilio del Padre)

SAMPLE

Cantidad que se Debe:

$ _____

Es urgente que se ponga en contacto con_____ imediatamente de haber
(Nombre de persona que se debe contactor)
recibido esta carta, para discutir las razones por las cuales no a pagado los servicios de cuidado de _____como estuvo de acuerdo en su contracto. Nosotros pensamos que es importante
(Nombre del Niño)
que los servicios de cuidado para su niño continuen sin interupciones innecesarias. Y para prevenir la suspension de servicios y resolver este asunto, porfavor llame a venga al centro/cuidado infantil antes de _____ a las _____. Si no obtenemos noticias de ud. pensaremos que ya no desea los
(Fecha) (Hora)
servicios para _____.
(Nombre del Niño)

El monto de $_____ require pago, y una deducion se aplicara al avance de la colegiatura del primer mes.

Sinceramente,

_____
(Nombre del Proveedor/a)