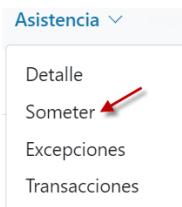


KinderConnect – Someter Asistencia

La asistencia se somete para cada niño. Para someter la **Asistencia** con fines de pago:

- A** Haga clic en **Someter** bajo Asistencia. Note que la Asistencia puede revisarse antes de someter haciendo clic en **Detalle** bajo Asistencia.



- B** Haga clic en **Someter** en la línea correspondiente a la semana de servicio para la cual le gustaría someter.

Someter	Revocar	Nota	Inicio del Ciclo	Final del Ciclo	Condado	No se ha sometido	Sometido	Excepciones
Someter 	Revocar	Nota	10/01/2021	10/31/2021	Ruth	4	0	Excepciones
Someter	Revocar	Nota	09/01/2021	09/30/2021	Ruth	4	0	Excepciones
Someter	Revocar	Nota	08/01/2021	08/31/2021	Ruth	4	0	Excepciones

Si la asistencia del niño aparece en rojo, sin casilla para **Someter** y con condición **Incomplete**, el Proveedor necesita corregir antes de someter (ver KinderConnect – Corregir Asistencia incompleta para más detalles).

- C** Haga clic en las casillas de **Someter** junto al nombre de los niños cuya asistencia le gustaría procesar. Puede hacer clic en la casilla **Someter** en la barra del título para seleccionar todos (vuelva a hacer clic para deseleccionar).

Someter	Corregir	Nombre del Niño	Horas	Ausencias	Nota al Pago	Facturas	Devuelto Por	Devuelto El	Asistencia
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Corbett, Becky	27:00	0	Agregar Nota 				Asistencia...
<input type="checkbox"/>		Corbett, Cassie	37:35	0	Agregar Nota 				Asistencia...

- D** Presione **Guardar**.

- E** Revise los términos y condiciones y, si está de acuerdo, haga clic en la casilla de verificación. Presione **Someter Asistencia**.

Someter Asistencia

1. Al someter esta asistencia, confirmo que es completa, verdadera y exacta.
2. Seré responsable por cualquier información falsa, incompleta, de falsas apariencias o errónea sometida.
3. Reconozco que seré responsable por el reembolso total de cualesquier sobrepagos que resulten de la presentación de información falsa, incompleta, de falsas apariencias o errónea.
4. Comprendo y reconozco que puedo ser enjuiciada(o) bajo cualquier y todas las leyes federales y estatales que se apliquen por presentar falsas demandas, declaraciones o documentos, o por encubrir hechos.

Acepto las condiciones y los términos anteriores 

Someter Asistencia 

Cancelar