Nombre del Proveedor:_____
Identificación del proveedor: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico:
_____

FORMULARIO DE RECLAMO MANUAL POR EL CUIDADO INFANTIL

Debe esperar todos los resúmenes pago por un mes de servicio y conciliar antes de enviar un reclamo manual. Las reclamaciones manuales solo se aceptan bajo ciertas circunstancias raras "excepciones".

Este es un documento legal. Guarde una copia para sus registros.

Solamente para Uso del Condado

County Adj Id: _____

County Inv #: _____

Date: _____

Mes: _____, 20_____

P = medio tiempo **F** = tiempo completo **FT/PT** = tiempo completo/medio tiempo **FT/FT** = tiempo completo/tiempo completo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total días usados	**X** tiempo tasa por día	**=** **Igual** Sub total	**-** **menos** cuota Padre	**=** **igual** Total
Nombre del niño: # Caso Trabajador:																																			Pagado S/ N	
Indique la razón de porque factura un Reclamo Manual por el niño que aparece arriba →																																				
Nombre del niño: # Caso Trabajador																																			Pagado S/ N	
Indique la razón de porque factura un Reclamo Manual por el niño que aparece arriba →																																				
Nombre del niño: # Caso Trabajador																																			Pagado S/ N	
Indique la razón de porque factura un Reclamo Manual por el niño que aparece arriba →																																				

Marque "S" (sí) si muestra que el padre ha pagado la cuota o ha hecho algún arreglo para pagar la cuota por este reclamo.
Marque "N" (no) si muestra la falta de pago de la cuota del padre y esto indicara que los padres no son elegibles para el cuidado infantil hasta que se haya pagado la cuota.

TOTAL $:

Yo certifico que el Registro de Asistencia de Cuidado Infantil y el Formulario de facturación anteriores son correctos y están completos por la atención brindada y por la cual el pago no se ha recibido a través del sistema automático ATS. Yo entiendo y certifico que cumplo con la ley sobre discriminación bajo la Ley de Derechos Civiles de 1964 y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 que prohíbe el pago a cualquier persona que brinde atención y servicios bajo programas con asistencia federal a menos que dichos servicios se brinden sin discriminación en la base a la raza, color, sexo, edad, religión, creencias políticas, nacionalidad o discapacidad. Además, certifico que actualmente no estoy excluido, suspendido, propuesto para exclusión, declarado no elegible o excluido voluntariamente por ningún departamento federal.

_____ _____
Firma del proveedor Fecha

(Rev.11/2017)