



SOLICITUD PARA REEMBOLSO

Número de Caso para Cuidado de Niños : _____ Fecha: _____

Nombre y Dirección del Cliente _____

Número de Teléfono donde ubicarle durante el día _____

Hogar: _____

Trabajo: _____

Envíelo a: _____

Para reembolsarle por pagos de CUIDADO DE NIÑOS o GUARDERÍA, el cliente y proveedor deben completar y firmar este formulario. Devuélvalo a la dirección indicada a la derecha arriba.

Número de Seguro Social del Cliente: _____

Mes de Servicio: (Use un formulario separado para cada mes) _____

				SÓLO PARA USO DEL CCR&C		
Nombre del Niño	Número de Días de Asistencia Durante el Mes		Cantidad Pagada por Cliente al Proveedor por Mes	Tarifa		Cantidad que Pagará el IDHS
	Completo	Parcial		Completa	Parcial	
Cuota de los Padres						Total

Certificación del Cliente:

Certifico que los servicios de cuidado de niños indicados arriba han sido recibidos y que le he pagado al proveedor y el dinero no han sido reembolsado. Entiendo que proporcionar información falsa o no proporcionar la información correcta puede resultar en referencia para su procesamiento por fraude.

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____

Certificación del Proveedor

Nombre del Proveedor: _____

Número de Seguro Social o FEIN del Proveedor: _____

Centro con Licencia (760)

Hogar Exento de Licencia (764)

Centro Exento de Licencia (761)

Pariente en el Hogar del Pariente (765)

Hogar con Licencia (762)

No-Pariente en el Hogar del Niño (766)

Hogar con Licencia para Grupo (763)

Pariente en el Hogar del Niño (767)

Certifico que los servicios de cuidado de niños indicados arriba han sido proporcionados y que el pago ha sido recibido. Entiendo que proporcionar información falsa o no proporcionar la información correcta puede resultar en referencia para su procesamiento por fraude.

Firma del Proveedor: _____

Fecha: _____