



Formulario Para Documentación de Resumen de Gastos (EDF)

Nombre de la Persona que Completa el Informe en Letra de molde: _____

Número de Teléfono: _____ Extensión: _____ Fecha Presentado: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Nombre de la Agencia: _____

Número de Identificación Federal: _____ Número del Contrato: _____

Nombre Programa: _____ Número CFC: _____

CANTIDAD	FECHA DE VENCIMIENTO INFORME MENSUAL/DATA Todos los informes se deben completar MENSUALMENTE según se indica en las siguientes fechas de vencimiento	CANTIDAD	FECHA DE VENCIMIENTO INFORME MENSUAL/DATA Todos los informes se deben completar MENSUALMENTE según se indica en las siguientes fechas de vencimiento
	julio - PARA EL 1 DE SEPTIEMBRE		enero - PARA EL 1 DE MARZO
	agosto - PARA EL 1 DE OCTUBRE		febrero - PARA EL 1 DE ABRIL
	septiembre - PARA EL 1 DE NOVIEMBRE		marzo - PARA EL 1 DE MAYO
	octubre - PARA EL 1 DE DICIEMBRE		abril - PARA EL 1 DE JUNIO
	noviembre - PARA EL 1 DE ENERO		mayo - PARA EL 1 DE JULIO
	diciembre - PARA EL 1 DE FEBRERO		junio - PARA EL 1 DE AGOSTO

CANTIDAD TOTAL ANUAL HASTA LA FECHA: \$ _____ **Revisión** Fecha de la Revisión: _____

TÍTULO O PROPÓSITO	COMPONENTES					
	CANTIDAD TOTAL RECLAMADA	CONSULTA PEDIÁTRICA DEL DESARROLLO	CONSEJO LOCAL DE INTERAGENCIA	COORDINADOR DE PADRES	COORDINACIÓN DE SERVICIOS	CONSULTOR SOCIO-EMOCIONAL
SERVICIOS & BENEFICIOS PERSONALES	\$	\$	\$	\$	\$	\$
SERVICIOS CONTRATADOS	\$	\$	\$	\$	\$	\$
VIAJES	\$	\$	\$	\$	\$	\$
SUMINISTROS		\$	\$	\$	\$	\$
EQUIPO	\$	\$	\$	\$	\$	\$
COSTOS ADMINISTRATIVOS:	\$	\$	\$	\$	\$	\$
TOTAL:	\$	\$	\$	\$	\$	\$

CERTIFICACIÓN: El proveedor certifica que las cantidades indicadas en este formulario (1) son verdaderas y correctas, (2) no han sido falsificadas o no han sido representadas indebidamente, (3) se han utilizado sólo para propósitos establecidos en el acuerdo entre el Proveedor y el DHS, (4) son admisibles de acuerdo con las leyes y reglamentos estatales y federales, y (5) no se han presentado para el pago a otra agencia del estado o entidad.

Firma del Oficial Autorizado de la Agencia: _____ Fecha: _____

Envíe una copia a: DHS - Bureau of Early Intervention
823 East Monroe
Springfield, IL 62701
Fax: 217/524-6248

* Las copias pueden ser enviadas por correo, fax o por medios electrónicos.