Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island

Oficina de Cuidado Infantil – Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil (CCAP)

25 Howard Avenue, Edificio Louis Pasteur n.º 57, 1.er piso, Cranston, Rhode Island 02920

Formulario de Solicitud de Facturación Retroactiva de CCAP

Nota: No se aceptarán solicitudes de pago retroactivo una vez transcurridos 90 días desde la fecha del servicio.

Fecha	**Número de Certificado (uno por formulario)**
ID de Proveedor de CCAP	**Nombre del Proveedor/Programa**

Instrucciones:

1. Complete este formulario en su totalidad. Solo se permite un número de certificado por formulario.
   - Introduzca una **"**P" si el niño asistió a la guardería durante alguna parte de las semanas indicadas.
   - Ingrese **"**A" para indicar que el niño estuvo ausente. Las ausencias de hasta cuatro (4) semanas consecutivas no afectarán el pago. Para ausencias mayores, se requerirá el *Formulario de notificación de ausencia por circunstancias especiales* que se adjunta a esta solicitud, donde se documenta la circunstancia especial (por ejemplo, enfermedad prolongada u hospitalización).
   - Ingrese **"**U" o **"**D" para indicar un aumento o una reducción, respectivamente, e incluya la categoría de horas que se solicita: tiempo completo, tres cuartos de tiempo, medio tiempo, un cuarto de tiempo. Por favor, incluya la razón para la mejora o el empeoramiento.
2. Adjunte las hojas de entrada y salida correspondientes para las semanas solicitadas.
3. Adjunte el acuerdo entre el proveedor y los padres.
4. Envíelo a **DHS.CCAPBilling@dhs.ri.gov.**

Semana MM/DD/AA	**Nombre y Apellido del Niño**	**Fecha de Nacimiento**	**Estado de Asistencia**

Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y exacta.

Nombre del Proveedor en Letra Imprenta _____

Firma del Proveedor _____ **Fecha:** _____