



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 facturaciones atrasadas pasados noventa (90) días desde la fecha del servicio.

Instrucciones:

- Solo un número de certificado por formulario.
- Seleccione el estado de asistencia apropiado:
 - 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) y la razón de la solicitud en la columna de *Notas*.
- Indique si la familia está aprobada para el programa CCAP para Educadores de Cuidado Infantil y Personal de Cuidado Infantil.
- Adjunte las hojas de entrada y salida correspondientes para las semanas solicitadas.
- Adjunte el acuerdo entre el proveedor y los padres.
- Envíelo a DHS.CCAPBilling@dhs.ri.gov.

Información del Proveedor

ID del Proveedor CCAP	Nombre del Proveedor/Programa
-----------------------	-------------------------------

Información Familiar

Número de Certificado (uno por formulario)		
Nombre del Niño	Fecha de Nacimiento	☐ CCAP para el Programa Piloto de Cuidado Infantil
Nombre del Niño	Fecha de Nacimiento	☐ CCAP para el Programa Piloto de Cuidado Infantil
Nombre del Niño	Fecha de Nacimiento	☐ CCAP para el Programa Piloto de Cuidado Infantil

Semana MM/DD/AA	Niño	Estado de Asistencia	Notas, Si Corresponde

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

Nombre del Proveedor en Letra Imprenta _____

Firma del Proveedor _____

Fecha: _____