

# Forma para Reembolso del Programa de Descanso para Padres de Crianza Temporal/Adoptivos

Nombre del padre de crianza/adoptivo		
Dirección		
Número de Teléfonos	Casa:	Celular:

## **INFORMACIÓN del PROVEEDOR de CUIDADO**

Nombre		
Dirección		
Número de Teléfonos	Casa:	Celular:
Es el proveedor una	Casa de Crianza Temporal/Adoptiva <input type="checkbox"/>	Guardería Infantil <input type="checkbox"/>
	Casa de Agencia (FFA) <input type="checkbox"/>	Proveedor/a de cuidado de descanso <input type="checkbox"/>
Esta utilizando la Ley Prudente de Padre?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Usted tiene 200 horas admisibles para el Cuidado de Descanso cada año fiscal. Por favor de regresar sus formas antes de 30 días, después que se hizo el descanso. También tiene 21 horas adicionales de Cuidado de Descanso para que usted complete la educación requerida para mantener su licencia.

Nombre(s) del niño(s)	Edad	Fecha del cuidado	Hora que comenzó	Hora que terminó	Total de horas	Marque si fue descanso	Nombre del entrenamiento
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	

### **Gráfico de Reembolso**

1 niño	2 niños	3 niños	4 niños	5 niños	6 niños
\$6.00/hr	\$9.00/hr	\$12.00/hr	\$15.00/hr	\$18.00/hr	\$21.00/hr

Total de horas para el descanso		Total de horas para entrenamiento	
Cantidad por hora \$ <b>X</b> horas = \$			
<b>DECLARO BAJO PENA DEL PERJURIO QUE HE DEJADO MI/S NIÑO/S EN EL CUIDADO DE DESCANSO POR LOS DÍAS Y HORAS YA MENCIONADAS.</b>			
Firma del padre de crianza/adoptivo		Fecha	
<b>DECLARO BAJO PENA DEL PERJURIO QUE HE PROPORCIONADO EL CUIDADO DE DESCANSO POR LOS DÍAS Y HORAS YA MENCIONADAS.</b>			
Firma del proveedor/a de descanso		Fecha	

**FOR INTERNAL USE ONLY**

Was the respite care provider verified through Licensing Worker? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

Was Respite care provided under Prudent Parent Law? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

Total of respite hours remaining as of this request: \_\_\_\_\_

Approved _____ Denied _____ Amount \$ _____		Date	
Reason: _____ _____			
Respice Care Coordinator's Signature		Date	