

**INFORME DE COPAGOS ATRASADOS**

**A:**

Nombre del especialista en cuidado de niños: \_\_\_\_\_  
 Núm. de Fax (Incluya el código del área): \_\_\_\_\_  
 Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, Código postal): \_\_\_\_\_

**DE:**

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Núm. "P" del proveedor: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la persona de contacto del proveedor: \_\_\_\_\_  
 Núm. de teléfono (Incluya el código del área): \_\_\_\_\_  
 Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_  
 Núm. de ID.: \_\_\_\_\_ Nombre del niño(s): \_\_\_\_\_

He intentado cobrar los copagos y no he recibido la cantidad total debida por el periodo de tiempo desde (fecha) \_\_\_\_\_ hasta (fecha) \_\_\_\_\_. Por este periodo de tiempo, estimo que la cantidad total de cargos adicionales debida es (cantidad) \$ \_\_\_\_\_ y que la cantidad de copago que es pendiente de pago es \$ \_\_\_\_\_.

He tratado de cobrar la cantidad debida en copagos mediante un intento:

Oral Escrito Tribunal para casos menores Otro: \_\_\_\_\_

**Entiendo que cualquier pago hecho por el madre/padre/tutor se aplicará primero al saldo pendiente de pago.**

Firma de la persona de contacto del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**COPAGO:** Una cuota diaria establecida que el DES asigna a las familias a base del tamaño y los ingresos de la familia elegible. El copago no se refiere a la diferencia (cantidad de dólares) entre la cantidad que el DES reembolsa al proveedor y los cargos reales del proveedor.

**CARGOS ADICIONALES:** Toda cuota cobrada por el proveedor que excede a la tarifa de reembolso del DES, menos cualquier copago establecido por el DES, es un cargo adicional. Esta es la cantidad diaria de la tarifa del proveedor que el DES no subvenciona, y es responsabilidad del padre/madre/guardián reembolsarla al proveedor. Los cargos adicionales no son copagos.

**FOR DES USE ONLY BELOW THIS LINE  
 DE AQUI EN ADELANTE SOLO PARA USO DEL DES**

Parent or Guardian's Name (Last, First): \_\_\_\_\_

1. 1<sup>st</sup> Child's Name: \_\_\_\_\_ ID No.: \_\_\_\_\_

1A. Total Amount of Copayment Owed for Child 1: \$ \_\_\_\_\_

2. 2<sup>nd</sup> Child's Name: \_\_\_\_\_ ID No.: \_\_\_\_\_

2A. Total Amount of Copayment Owed for Child 2: \$ \_\_\_\_\_

3. 3<sup>rd</sup> Child's Name: \_\_\_\_\_ ID No.: \_\_\_\_\_

3A. Total Amount of Copayment Owed for Child 3: \$ \_\_\_\_\_

**For families receiving Transitional Child Care (TCC) there is no copayment assigned beyond the 3<sup>rd</sup> child in the family.**

4. 4<sup>th</sup> Child's Name: \_\_\_\_\_ ID No.: \_\_\_\_\_

- 4A. Total Amount of Copayment Owed for Child 4: \$ \_\_\_\_\_
- 5. 5<sup>th</sup> Child's Name: \_\_\_\_\_ ID No.: \_\_\_\_\_
- 5A. Total Amount of Copayment Owed for Child 5: \$ \_\_\_\_\_
- 6. 6<sup>th</sup> Child's Name: \_\_\_\_\_ ID No.: \_\_\_\_\_
- 6A. Total Amount of Copayment Owed for Child 6: \$ \_\_\_\_\_
- 7. Total Copayment Amount Owed (Add 1A, 2A and 3A): \$ \_\_\_\_\_
- 8. Total Amount Paid by Parent or Guardian During the Above-Stated Period: \$ \_\_\_\_\_
- 9. Copayment Amount Owed by Parent or Guardian (if the amount entered on line 7 is greater than the amount on line 8, subtract line 8 from line 7 and enter the remainder here.): \$ \_\_\_\_\_
- 10. No Copayment Owed by Parent or Guardian (If the amount entered on line 7 is equal to or greater than the amount on line 8, enter 0 here): \$ \_\_\_\_\_

- 1. Provider Contact Person's Name: \_\_\_\_\_ Date Provider Contacted: \_\_\_\_\_
- 2. Copayment Status:    Resolved        Unresolved (If unresolved complete #3 below)
- 3. Date 30-Day Notice of Action (CC-502) Sent To Client (Complete #4 and #5 by 30th day): \_\_\_\_\_
- 4. Provider Contact Person's Name: \_\_\_\_\_ Date Provider Contacted: \_\_\_\_\_
- 5. Copayment Status:    Paid in full        Satisfactory arrangements made        Case closed        Date: \_\_\_\_\_
- Verified By: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_