

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/persona responsable: _____
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/persona responsable 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 Responsible Person's Name (Last, First): _____

1. 1st Child's Name: _____ ID No.: _____

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

2. 2nd Child's Name: _____ ID No.: _____

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

3. 3rd Child's Name: _____ ID No.: _____

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

For families receiving Transitional Child Care (TCC) there is no co-payment assigned beyond the 3rd child in the family.

4. 4th Child's Name: _____ ID No.: _____
 4A. Total Amount of Copayment Owed for Child 4: \$ _____
5. 5th Child's Name: _____ ID No.: _____
 5A. Total Amount of Copayment Owed for Child 5: \$ _____
6. 6th 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 Responsible Person During the Above-Stated Time Period: \$ _____
9. Copayment Amount Owed by Parent or Responsible Person (*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 Responsible Person (*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: _____