

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
 Child Care Administration (*Administración de Cuidado de Niños*)
INFORME DE COPAGOS ATRASADOS

A:	NOMBRE DEL ESPECIALISTA EN CUIDADO DE NIÑOS	NÚM. DE FAX (<i>Incluye código del área</i>)
DIRECCIÓN (<i>Num., calle, ciudad, estado, código postal ZIP</i>)		
DE:	NOMBRE DEL PROVEEDOR	NÚM. "P" DE PROVIDER
NOMBRE DE LA PERSONA CON QUIEN COMUNICARSE DEL PROVEEDOR		NÚM. DE TELÉFONO (<i>Incluye código del área</i>)
NOMBRE DEL PADRE/MADRE/PERSONA RESPONSABLE		NÚM. ID
NOMBRE(S) DEL NIÑO(S)		

He intentado cobrar los copagos y no he recibido la cantidad total debida por el periodo de tiempo desde _____ hasta _____
Fecha *Fecha*

_____ . Por este periodo de tiempo, estimo que la cantidad total de cargos adicionales debida es \$ _____
Fecha *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 de Reclamos Pequeños Otro: _____

Entiendo que cualquier pago hecho por el madre/padre/persona responsable será aplicado primero al balance pendiente de pago.

FIRMA DE LA PERSONA CON QUIEN COMUNICARSE EL 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 (<i>Add 1A, 2A and 3A</i>)		\$
8. TOTAL AMOUNT PAID BY PARENT OR RESPONSIBLE PERSON DURING THE ABOVE-STATED TIME PERIOD		\$
9. COPAYMENT AMOUNT OWED BY PARENT OR RESPONSIBLE PERSON (<i>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.</i>)		\$
10. NO COPAYMENT OWED BY PARENT OR RESPONSIBLE PERSON (<i>If the amount entered on line 7 is equal to or greater than the amount on line 8, enter 0 here</i>)		\$

1. PROVIDER CONTACT PERSON'S NAME	DATE PROVIDER CONTACTED
2. COPAY MENT STATUS <input type="checkbox"/> Resolved <input type="checkbox"/> Unresolved (<i>If unresolved complete #3 below</i>)	
3. DATE 30-DAY NOTICE OF ACTION (CC-502) SENT TO CLIENT (<i>Complete #4 and #5 by 30th day</i>)	
4. PROVIDER CONTACT PERSON'S NAME	DATE PROVIDER CONTACTED
5. COPAY MENT STATUS <input type="checkbox"/> Paid in full <input type="checkbox"/> Satisfactory arrangements made <input type="checkbox"/> Case closed	
VERIFIED BY	TITLE
	DATE

CCA-1021AFORPFS
INFORME DE COPAGOS ATRASADOS

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al 602-542-4248; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios de DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.