

# INFORME DE FACTURACIÓN DE PROVEEDORES PARIENTES NO CERTIFICADOS

Nombre y Dirección del Proveedor(a):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# de ID del Proveedor: \_\_\_\_\_

Mes de facturación: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

Devuelva el original a:

DCC PAYMENT UNIT  
PO BOX 6123, MD 85J1  
PHOENIX, AZ 85005

**VERIFICACION DE PADRE/MADRE/TUTOR:** Certifico que los servicios listados aquí fueron prestados en nombre del niño(s) nombrado(s) y que los datos provistos son ciertos y correctos..

Fecha calendaria	FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR	NOMBRE, APELLIDO			Fecha calendaria
		ID	ID	ID	
1		D	D	D	1
2		D	D	D	2
3		D	D	D	3
4		D	D	D	4
5		D	D	D	5
6		D	D	D	6
7		D	D	D	7
8		D	D	D	8
9		D	D	D	9
10		D	D	D	10
11		D	D	D	11
12		D	D	D	12
13		D	D	D	13
14		D	D	D	14
15		D	D	D	15
16		D	D	D	16
17		D	D	D	17
18		D	D	D	18
19		D	D	D	19
20		D	D	D	20
21		D	D	D	21
22		D	D	D	22
23		D	D	D	23
24		D	D	D	24
25		D	D	D	25
26		D	D	D	26
27		D	D	D	27
28		D	D	D	28
29		D	D	D	29
30		D	D	D	30
31		D	D	D	31
<b>TOTALES</b>		D =	D =	D =	

**CERTIFICACION DEL PROVEEDOR:** Certifico que los servicios listados en este reclamo fueron provistos en nombre de la persona nombrada arriba; que este reclamo es la factura completa y total por dichos servicios descritos arriba; que no presentaré otro reclamo de pago por estos servicios; que estos servicios fueron provistos sin discriminar por edad, raza, color, credo, sexo u origen nacional; que esta factura es susceptible de verificación contable o revisión federal o estatal.

Firma del Proveedor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORME DE FACTURACIÓN DE PROVEEDORES PARIENTES NO CERTIFICADOS**

- Columna #1 y 6 La fecha calendaria: Estos columnas son referentes a la verdadera fecha calendaria.
- Columna #2 El padre/madre/tutor del niño(s) tiene que firmar este formulario cada día que uno o más niños esté bajo cuidado.
- Columna #3 El primer niño nombrado en el "Certificado de Autorización"; si el nombre no está preimpreso, copie aquí el nombre y ID AZCCATS del niño.
- Columna #4 El segundo niño nombrado en el "Certificado de Autorización"; si el nombre no está preimpreso, copie aquí el nombre y ID AZCCATS del niño.
- Columna #5 El tercer niño nombrado en el "Certificado de Autorización"; si el nombre no está preimpreso, copie aquí el nombre y ID AZCCATS del niño.

**Nota:** Si usted cuida de niños de más de una familia, use un formulario diferente para cada familia.

Bajo el nombre de cada niño verá una casilla "D". Al final del día, si el niño(a) está a su cargo durante 15 minutos o más, el padre o tutor debe marcar la casilla "D". Luego el padre/madre/tutor firmará en esa línea. A continuación hay un ejemplo de un formulario con dos niños, José y Sara Sánchez.

- José está en la escuela de 8:00 a.m. a 2:15 p.m. El proveedor lo cuida de 7:15 a.m. a 8:00 a.m., que son 45 minutos. El padre o tutor debe marcar la casilla "D".
- Sara está bajo cuidado de 7:15 a.m. a 5:15 p.m., un total de 10 horas. El padre o tutor marcará la casilla "D".
- El padre/madre/tutor firma en la línea correspondiente a ese día.

Ejemplo: José y Sara estuvieron bajo cuidado los días 15, 16, 18, 19 y 20. Así es como el padre/madre/tutor llenaría el formulario.

Fecha calendaria	FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR	NOMBRE, APELLIDO José Sánchez ID 000 0000 00000	NOMBRE, APELLIDO Sara Sánchez ID 000 0000 00000	NOMBRE, APELLIDO ID	Fecha calendaria
15	<i>Maria Sánchez</i>	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> D		15
16	<i>Maria Sánchez</i>	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> D		16
17		<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D		17
18	<i>Maria Sánchez</i>	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> D		18
19	<i>Maria Sánchez</i>	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> D		19
20	<i>Maria Sánchez</i>	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> D		20

Al final del mes, cuente el número de casillas "D" marcadas en cada columna y escriba los totales en la línea indicada, como en el ejemplo que sigue.

<b>TOTALES</b>	D = 5	D = 5	D =	
----------------	-------	-------	-----	--

**RECUERDE**

CUENTE DE NUEVO LOS TOTALES DE "Ds"

D= La tarifa diaria y se pagará cuando el niño reciba 15 minutos o más de cuidado infantil al día.

**ASEGURESE DE QUE EL PADRE/MADRE/TUTOR HAYA FIRMADO TODAS LAS LINEAS DE LAS FECHAS QUE EL NIÑO ESTUVO BAJO SU CUIDADO.**

El proveedor firma y fecha el formulario y envía la **copia amarilla** a:

DCC Payment Unit  
P.O. Box 6123, MD 85J1  
Phoenix, Arizona 85005

El proveedor guarda la **copia rosa**. La Unidad de Pagos de la DCC proporcionará las etiquetas de correo si se solicitan.