



OKLAHOMA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES



Reclamo del Cuidado Infantil

Parte I. Información del proveedor

Nombre del proveedor(a)		Número del contrato	Teléfono
Domicilio		Seguro Social o Número de Identificación del Empleador	
Ciudad	Estado	Código Postal	Mes/año del cuidado proporcionado

Reenviar a : Oklahoma Department of Human Services
 Attention: Finance Division - EBD Claims
 P.O. Box 53323
 Oklahoma City, OK 73152-3323

Parte II. Razón por la sumisión de un reclamo manual del cuidado infantil

Usted **debe** marcar una de las siguientes opciones:

- El cuidado proporcionado en el propio hogar del niño/a
- Proveedor(a) en una base militar
- La máquina (POS) del Punto de Servicio no se entregó dentro de 10 días después de la autorización del cuidado
- El cliente no registró la asistencia. Usted debe de explicar con detalle la razón por la cual los registros no se pudieron hacer electrónicamente

Yo certifico que este reclamo se somete de acuerdo a las especificaciones del contrato y la política y bajo la pena del perjurio del Departamento de Servicios Humanos de Oklahoma (OKDHS), que todo es verídico y correcto según mi mejor conocimiento y creencia y entiendo que cualquier declaración falsa por mi parte puede resultar en la persecución por fraude. Además certifico que la parte de atrás de este reclamo ha sido revisada, firmada, y fechada por el cliente, padre/madre, tutor/a, o encargado/a del cuidado o por mí, como el/la proveedor(a) durante la terminación. Entiendo que la falta de completar este reclamo apropiadamente resultará en el sobrepago al vendedor.

Firma del proveedor(a)		Fecha	
Part III. Audit/approval - Reserved for approving office only			
Amount adjusted	\$ _____	Amount approved	\$ _____
Reviewer signature		Date	

Parte IV. Archivo de asistencia

Nombre del niño/a	Fecha de nacimiento	Número del caso/de la persona	Número de la autorización
-------------------	---------------------	-------------------------------	---------------------------

Indique "A" o "P" para am or pm.

Fecha	Hora de entrada	Hora de salida	Hora de entrada	Hora de salida	Fecha	Hora de entrada	Hora de salida	Hora de entrada	Hora de salida
1					17				
2					18				
3					19				
4					20				
5					21				
6					22				
7					23				
8					24				
9					25				
10					26				
11					27				
12					28				
13					29				
14					30				
15					31				
16									

Yo certifico que la información indicada arriba documenta los días y las horas en los cuales los servicios fueron recibidos. Certifico que he firmado y puesto fecha en la forma **después** de que se recibieron los servicios por el mes indicado en la sección del Archivo de la Asistencia en esta forma. Certifico que he pagado o he hecho un arreglo para pagar la parte que me corresponde, si viene al caso.

Yo afirmo bajo la pena de perjurio que la información contenida en esta forma es correcta en lo mejor de mi conocimiento y creencia. Entiendo que cualquier declaración falsa de mi parte, inclusive someter reclamos erróneos, puede resultar en una acción judicial por fraude.

Firma del cliente, padre/madre, tutor/a, o encargado del cuidado

Fecha

Yo, el/la proveedor(a) del cuidado infantil, certifico que la información indicada documenta las horas y los tiempos que los servicios fueron proporcionados, y que yo he hecho todo el esfuerzo razonable para asegurar la firma del cliente, padre/madre, tutor(a) o de la persona encargada del cuidado y no he tenido éxito con mi esfuerzo. Más entiendo que puedo firmar abajo solamente cuando la terminación a tomado lugar y que ningún otro pago será pagado por parte de este cliente.

Firma del proveedor(a), llenar por completo solamente si no se puede obtener una firma

Fecha

Part V. For office use only			Total full	\$	_____
			Total part	\$	_____
FPW #:	_____	X \$ _____ = \$ _____	Total week	\$	_____
FPW #:	_____	X \$ _____ = \$ _____	Less co-pay	\$	_____
			Claimed	\$	_____