

Solicitud de pago de incentivos por horas de cuidado infantil alternativo o de fin de semana



Nombre del/de la proveedor(a):		Número de proveedor:	
---------------------------------------	--	-----------------------------	--

Tipo de atención proporcionada: <i>(Marque todas las opciones que correspondan)</i>	<input type="checkbox"/> Alternativas: <i>horas después de las 7 p. m. y antes de las 6 a. m.</i> <input type="checkbox"/> Fin de semana: <i>sábado o domingo</i>
--	--

Mes de atención, solo 2019 *(entregue un formulario por mes)*

<input type="checkbox"/> Enero	<input type="checkbox"/> Febrero	<input type="checkbox"/> Marzo	<input type="checkbox"/> Abril	<input type="checkbox"/> Mayo
<input type="checkbox"/> Junio	<input type="checkbox"/> Julio	<input type="checkbox"/> Agosto	<input type="checkbox"/> Septiembre	

Menor que califica: el/la menor debe recibir Facturas de Cuidado Infantil (CCB, por sus siglas en inglés) del DHS de parte del programa de Cuidado Infantil Relacionado con el Empleo (ERDC, por sus siglas en inglés) y estar bajo cuidado alternativo o de fin de semana durante al menos 20 horas al mes.

Pago de incentivos: \$250 por un(a) menor bajo cuidado alternativo o de fin de semana durante al menos 20 horas al mes y aumenta a \$500 si el/la menor estuvo bajo cuidado al menos 40 horas al mes.

Registros de asistencia: los proveedores deben mantener registros de asistencia con las horas de entrada y salida durante al menos 12 meses.

Revisiones de pagos: se completan revisiones de pagos al azar cada mes. Si se revisa su pago, usted recibirá una solicitud de una copia de sus registros de asistencia. Los registros de asistencia deben coincidir con las horas y las fechas en las que usted ha presentado sus facturas.

Información y facturación del/de la menor que califica				
Número de caso del DHS	Nombre del/de la menor (apellido, primer nombre)	Fecha de nacimiento del/de la menor (mm/dd/aaaa)	Número de horas alternativas o de fin de semana	
			20 horas	40 horas
<i>Ejemplo: AA1234</i>	<i>Apellido, nombre</i>	<i>12/01/2010</i>	<input type="checkbox"/> \$250	<input checked="" type="checkbox"/> \$500
			<input type="checkbox"/> \$250	<input type="checkbox"/> \$500
			<input type="checkbox"/> \$250	<input type="checkbox"/> \$500
			<input type="checkbox"/> \$250	<input type="checkbox"/> \$500
			<input type="checkbox"/> \$250	<input type="checkbox"/> \$500
			<input type="checkbox"/> \$250	<input type="checkbox"/> \$500

Adjunte una hoja por separado para los menores adicionales que califican.

Los pagos de incentivos por horas alternativas o de fin de semana tienen fondos limitados. Una vez que los fondos se acaben, no se generarán pagos adicionales. Los incentivos son para el cuidado proporcionado entre enero de 2019 y septiembre de 2019. La DPU debe recibir las solicitudes de pagos de incentivos a más tardar el 15 de octubre de 2019. Si tiene preguntas, llame al 1-800-699-9074. Envíe las solicitudes a: Direct Pay Unit, P.O. Box 14850, Salem, OR. 97309-0850, por correo electrónico a: DPU.ProviderIncentive@dhsosha.state.or.us o por fax al (503) 378-5957.

**Firma del/la
proveedor(a):** _____

Fecha: _____

Solo para uso de la DPU:	Fecha de recepción:	Cantidad del pago: \$	Fecha de procesamiento:	N.º de identificación del/de la trabajador(a):
---	------------------------	-----------------------------	----------------------------	---