



Formulario de pago a proveedores adicionales de Cuidado Diurno Relacionado con el Empleo

A partir del 1 de enero de 2024, ERDC pagará un 9% adicional por un pago ERDC que se procese con retraso. Envíe este formulario si cree que su pago cumple los criterios indicados a continuación:

- Para proveedores a domicilio: Se considera que un pago llega tarde cuando un formulario de facturación legible y completado se procesa más de cuatro días laborables después de haber sido recibido por la Unidad de Pago Directo (DPU).
- Para proveedores en centros: Un pago se considera tardío cuando un formulario de facturación legible y cumplimentado se procesa más de siete días laborables después de haber sido recibido por la DPU.

La DPU revisará su presentación y emitirá un pago adicional al proveedor si se determina que el pago se ha procesado con retraso.

Nota: Los proveedores deberán solicitar la tasa de pago adicional en los 30 días siguientes a la recepción del pago.

Puede encontrar más información sobre el proceso de pago adicional en el Suplemento de la Guía del Proveedor en el sitio web de DELC.

INSTRUCCIONES DE PRESENTACIÓN:

Por favor, envíe un formulario por cada vale. Si tiene que presentar varios vales o comprobantes o si necesita ayuda, llame a la Unidad de Pago Directo al 1-800-699-9074.

Este formulario puede enviarse a la DPU por correo electrónico, fax o correo postal.

Correo electrónico: customerservice.DPU@DELC.oregon.gov

Fax: 503-373-1580

Correo:

Departamento de Aprendizaje y Cuidado
Temprano
Unidad de Pago Directo
P.O. Box 14850
Salem, 97309



Formulario de pago a proveedores adicionales de Cuidado Diurno Relacionado con el Empleo

Número de proveedor ERDC *

Serán tres letras seguidas de cinco números

Ejemplo: ABC00011

Nombre y apellidos del proveedor*

Nombre y luego apellido

Tipo de Proveedor*

Por favor, seleccione su tipo de licencia de proveedor.

Correo electrónico del proveedor*

Número de teléfono del proveedor*

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Formulario de facturación/números de vale

Por favor, envíe un formulario por cada vale.

Formulario de Facturación/Vale Mensual de Beneficios*

Ejemplo: January 2024

Método de contacto preferido

Fecha*

La fecha en que envía este formulario.