**Comprobante de pago**

**Reembolso voluntario de estabilización Child Care Counts (El Cuidado Infantil Importa)**

**(REMITTANCE SLIP VOLUNTARY CHILD CARE COUNTS STABILIZATION REPAYMENT)**

**Uso del formulario:** el uso de este formulario es voluntario. Es utilizado por proveedores para reembolsar   
los fondos recibidos de los pagos del programa *Child Care Counts (El Cuidado Infantil Importa)*. Los pagos pueden haber sido recibidos por error o son fondos que el proveedor no puede gastar.

**Instrucciones**: incluya este formulario completo junto con su reembolso. Si devuelve fondos correspondientes a varios meses, el monto devuelto por cada mes y programa debe ser indicado.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LICENCIA/PROVEEDOR** | | |
| Nombre | | Número de teléfono |
| Dirección | | |
| Correo electrónico | | |
| **INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO/PROGRAMA** | | |
| **Programa A** | Número de ubicación/proveedor | |
|  | Mes y año de la solicitud | |
|  | Razón / Descripción | |
|  | Monto del reembolso  $ 0.00 | |
| **Programa B** | Número de ubicación/proveedor | |
|  | Mes y año de la solicitud | |
|  | Razón / Descripción | |
|  | Monto del reembolso  $ 0.00 | |
| **INFORMACIÓN DEL PAGO** | | |
| Fecha en que se presentó el reembolso | | |
| Monto total del reembolso  $ 0.00 | | |
| **INFORMACIÓN DE LA PRESENTACIÓN** | | |
| Extienda el cheque a favor de WI DCF | | |
| Presente su pago junto con este comprobante de pago completado a:  **Bureau of Child Care Subsidy Administration (Oficina de Administración de Subsidios  para Cuidado Infantil)**  **Attention: Operations Program Associate**  **PO Box 8916**  **Madison, WI 53708-8916** | | |