**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** |