**Comprobante de Pago**

**Reembolso voluntario del Birth to 3 Child Care Pilot   
(Programa Piloto Inclusivo de Cuidado Infantil Del Nacimiento a los 3)**

REMITTANCE SLIP - VOLUNTARY INCLUSIVE BIRTH TO 3 CHILD CARE PILOT REPAYMENT

**Uso del formulario:** el uso de este formulario es voluntario. Lo utilizan los proveedores para devolver fondos que recibieron del Birth to 3 Child Care Pilot (Programa piloto inclusivo de cuidado infantil del nacimiento a los 3). Puede que los fondos se hayan recibido por error o que haya fondos para un niño cuyo proveedor ha dejado de atenderlo antes de lo estipulado. No es necesario que los fondos que se devuelvan al DCF por error se reembolsen a los proveedores.

**Instrucciones:** incluya este formulario completado con su reembolso.

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LICENCIA/PROVEEDOR** | |
| Nombre | Número de teléfono |
| Dirección | |
| Correo electrónico | |
| **INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO/PROGRAMA** | |
| Número de ubicación/proveedor | | |
| Mes y año en que se recibió el subsidio | | |
| **INFORMACIÓN DEL NIÑO** | | |
| Nombre del niño | | |
| Fecha de nacimiento del niño | | |
| **INFORMACIÓN DEL PAGO** | |
| Motivo del reembolso:  Error en la autorización  Otro (especifique): | |
| Fecha en que se presentó el reembolso | |
| Monto total del reembolso  $ | |
| **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**  **Attention: Operations Program Associate**  **PO Box 8916**  **Madison, WI 53708-8916** | |