***El Cuidado Infantil Importa: Pagos de Estabilización****Child Care Counts: Stabilization Payment Program*

**Formulario para pedir una revision**

REQUEST FOR REVIEW

Si cree que se le negó incorrectamente un pago del Cuidado Infantil Importa, puede solicitar la revisión de esa denegación completando este formulario y siguiendo las instrucciones a continuación:

* Su solicitud debe enviarse por correo electrónico, fax o matasellos **a más tardar 10 días calendario de la fecha en la carta de denegación**. Se recomienda el correo electrónico para evitar retrasos.
* Indique claramente y específicamente lo que usted cree que fue incorrecto en esta decisión.
* Adjunte cualquier documentación relevante para respaldar su reclamo.
* Envíe su solicitud por correo electrónico, correo postale o fax:
	+ **Correo Electrónico:** DCFDECECOVID19CCPayments@wisconsin.gov
	+ **Correo Postale**: Wisconsin Department of Children and Families

BCCSA/OPA

PO Box 8916

Madison, WI 53708-8916

* + **Fax**: 608-266-5473
* La revisión se limitará a la declaración y la documentación de respaldo que presente, a menos que la autoridad de revisión tenga preguntas o solicite aclaraciones de usted.
* **Tenga en cuenta que esta solicitud de revisión no debe usarse para disputar el monto de su pago del Cuidado Infantil Importa.**

Un representante de DCF se comunicará con usted dentro de un día hábil para confirmar la recepción de su solicitud.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo del solicitante |  |
| Nombre de la ubicación |  |
| Número de proveedor/ubicación |  |
| Número de teléfono/correo electrónico |  |
| Fecha de la carta de denegación |  |
| Razón de la denegación |  |
| *Utilice este espacio a continuación para indicar claramente y específicamente lo que usted cree que fue incorrecto en la decisión de denegación. Asegúrese de adjuntar la documentación pertinente para respaldar su reclamación.* |