**Acuerdo de Reembolso Voluntario**

voluntary repayment agreement

**Uso del formulario:** el uso de este formulario es voluntario. La información personal que provea puede ser utilizada para propósitos secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección A: información del proveedor** | | | | | | | | |
| N.º de proveedor | | | | Ubicación | | | Identificación del proveedor de FIS | |
| **Sección B: montos de reembolso** | | | | | | | | |
| Identifique claramente a cada niño, el mes y año de los fondos de cuidado infantil entregados y la cantidad que está devolviendo. Cada pago recibido corresponde a un mes específico y debe estar identificado con claridad en la tabla que se encuentra abajo. No combine las cantidades de varios niños o meses en una misma línea. | | | | | | | | |
| Número de caso | | | Nombre del niño | | | Fondos regresados por Mes/Año | | Cantidad devuelta |
| Número de caso | | | Nombre del niño | | | Fondos regresados por Mes/Año | | Cantidad devuelta |
| Número de caso | | | Nombre del niño | | | Fondos regresados por Mes/Año | | Cantidad devuelta |
| Número de caso | | | Nombre del niño | | | Fondos regresados por Mes/Año | | Cantidad devuelta |
| Número de caso | | | Nombre del niño | | | Fondos regresados por Mes/Año | | Cantidad devuelta |
| Número de caso | | | Nombre del niño | | | Fondos regresados por Mes/Año | | Cantidad devuelta |
| **Sección C: motivo del reembolso voluntario** | | | | | | | | |
| Pago realizado al proveedor o ubicación incorrectos. | | | | | El niño no asistirá por 30 días calendario o más. | | | |
| Error en recibo de fondos. | | | | | El proveedor se rehúsa a cuidar al niño o cancela la inscripción. | | | |
| Padres no elegibles para fondos pagados. | | | | | Cierre del proveedor. | | | |
| Emisión duplicada. | | | | | Prevenir una sanción potencial por sobrepago. | | | |
| Decisión comercial del proveedor. | | | | | Los padres pagaron un monto mayor al costo del cuidado infantil. | | | |
| Tarifa de inscripción. | | | | | Otro. | | | |
| **Sección D: certificaciones** | | | | | | | | |
| Lea detenidamente todas las declaraciones y marque “Sí” o “No” para dar su consentimiento para lo siguiente: | | | | | | | | |
|  | **Sí** | **No** |  | | | | | |
| 1. |  |  | Por la presente autorizo e instruyo a los Fidelity National Information Services (Servicios de Información Nacional de Fidelidad) (FIS) y al Department of Children and Families (Departamento de Niños y Familias) (DCF) para que retiren el monto indicado arriba de la cuenta bancaria registrada en FIS, por el motivo identificado arriba. | | | | | |
| 2. |  |  | Entiendo que el monto arriba indicado será retirado de mi cuenta bancaria una vez que el Departamento recepcione este formulario; además, reconozco que el monto indicado está disponible para ser retirado a partir de la fecha de firma de este formulario. | | | | | |
| 3. |  |  | Entiendo que si los fondos no están disponibles al momento del retiro, seré responsable de los fondos no devueltos y de un cobro adicional de $.50 que deberá ser reembolsado al DCF. | | | | | |
| 4. |  |  | Entiendo y renuncio de manera voluntaria a cualquier derecho potencial de apelar esta recuperación de fondos tanto ahora como en el futuro. | | | | | |
| El Departamento se reserva el derecho de rescindir este acuerdo de reembolso voluntario en cualquier momento. | | | | | | | | |
| Nombre de contacto del proveedor (en letra de imprenta) | | | | | | | | |
| Firma de contacto del proveedor | | | | | | | Fecha de la firma | |
| Envíe este formulario por correo electrónico, fax o correo postal a su agencia de autorización de Wisconsin Shares, local o tribal, a [childcare@wisconsin.gov](mailto:childcare@wisconsin.gov) o a 201 W. Washington Ave Madison, WI 53703. | | | | | | | | |