

Forma Para Pago del Programa de Descanso

Nombre del Padre de Recursos			
Dirección			
Información	Celular:	Email:	

INFORMACION DEL PROVEEDOR DE DESCANSO (La forma 1099 se emitirá por pagos superiores a \$600)

Nombre		Relación al padre de recurso	
Dirección			
Información	Celular:	Email:	
El proveedor es	<input type="checkbox"/> Familia RFA del condado <input type="checkbox"/> Proveedor Aprobado por RFA <input type="checkbox"/> Guardería Infantil <input type="checkbox"/> Familia de Recurso Aprobada - FFA (la agencia tiene que pre-aprobar el descanso)		

Tiene 300 horas admisibles para el programa de Cuidado de Descanso por el año fiscal

La forma tiene que ser sometida 15 días después de que se haya tomado el descanso

Las horas de 10pm – 6am no son horas pagadas

Nombre del niño	Edad	Foster	Adop-tivo	Tutela	Naci-miento	Día que empezó	Hora	Día que termino	Hora	Total de horas
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Razón para el descanso	
------------------------	--

Grafico del Reembolso

1 niño	2 niños	3 niños	4 niños	5 niños	6 niños
\$24.56/hr.	\$31.56/hr.	\$38.56/hr.	\$45.56/hr.	\$52.56/hr.	\$59.56/hr.

Total de horas del descanso		Cantidad por hora \$	X	horas = \$
-----------------------------	--	----------------------	----------	------------

YO CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA, INCLUYENDO QUE HE DEJADO LOS NINOS EN EL CUIDADO DE DESCANSO DURANTE LOS DÍAS Y HORAS MENCIONADOS.

Firma del Padre de Recursos		Fecha	
-----------------------------	--	-------	--

YO CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA, INCLUYENDO QUE HE CUIDADO LOS NINOS DURANTE LOS DÍAS Y HORAS MENCIONADOS.

Firma del Padre de Descanso		Fecha	
-----------------------------	--	-------	--

FOR INTERNAL USE ONLY

If respite care is over 24 hours, was the provider verified through the Respite Care Coordinator?

___ Yes ___ No

Total of respite hours remaining as of this request: _____

Approved _____ Amount \$ _____ Denied _____		Date	
Reason: _____ _____			
Respite Care Coordinator's Signature		Date	