|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **MISSOURI DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES**  **SOLICITUD DE PAGO DE RESOLUCION DE PROVEEDOR INFANTIL** | | | | | | | | |
| **El proceso de resolución de pagos es un proceso formal para que los proveedores de cuidado infantil revisen sus pagos de cuidado infantil cuando ocurran discrepancias. Para iniciar la revisión, este formulario debe ser completado por el proveedor de cuidado infantil y debe ser presentado dentro de los 60 días de la finalización del mes de servicio en cuestión. Este formulario también debe utilizarse cuando un proveedor de cuidado infantil está enviando cualquier factura regular 60 días después del mes de servicio o 60 días después de la fecha de "Devolución por" que se encuentra en la factura en papel, lo que ocurra más tarde. Una declaración debe incluirse en la sección "Explicación" a continuación explicando por qué las facturas se envían tarde. Los registros de asistencia para cada niño y mes de servicio que se enumeran a continuación deben enviarse con este formulario.** | | | | | | | | | |
| PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL/FACILIDAD | | | | | | | | | |
| NOMBRE DE CONTACTO | | | DVN | | | | NUMERO DE TELEFONO | | |
| DIRECCION POSTAL | | | CIUDAD | | | | ESTADO | CODIGO POSTAL | |
| La información proporcionada a continuación, junto con los registros completos de asistencia, se utilizará para revisar los pagos por los servicios de cuidado infantil proporcionados. Su solicitud será revisada y se le notificará del resultado. La presentación de este formulario no garantiza el pago. | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL NINO** | | **FECHA DE NACIMIENTO** | | | **DCN** | **SERVICIO MES/ANO** | | | **RAZON DE LA REVISION\*** |
| 1. | |  | | |  |  | | |  |
| 2. | |  | | |  |  | | |  |
| 3. | |  | | |  |  | | |  |
| 4. | |  | | |  |  | | |  |
| 5. | |  | | |  |  | | |  |
| 6. | |  | | |  |  | | |  |
| 7. | |  | | |  |  | | |  |
| 8. | |  | | |  |  | | |  |
| 9. | |  | | |  |  | | |  |
| 10. | |  | | |  |  | | |  |
| \* En la columna Razón para revisión, escriba la letra que mejor describa la situación:  A. Este niño no estaba en mi factura.  B. Las tarifas de mi factura eran incorrectas.  C. Proporcioné más unidades de cuidado de las que el niño fue autorizado.  D. No me pagaron por las unidades que envié en mi factura.  E. Otro – Explicar en el espacio a continuación. | | | | | | | | | |
| EXPLICACIONES (adjunte páginas adicionales si es necesario) | | | | | | | | | |
| Devuelva este formulario, junto con los registros de asistencia para los niños/mes en cuestión a la dirección, correo electrónico o fax a continuación:  DSS – CHILD CARE PAYMENT UNIT  PO BOX 88, JEFFERSON CITY MO 65103  [CD.AskCCOIS@dss.mo.gov](mailto:CD.AskCCOIS@dss.mo.gov)  FAX: 573-526-2926  Para preguntas o información adicional, llame al 573-522-1385. | | | | | | | | | |
| FIRMA DEL PROVEEDOR | | | | FECHA | | | | | |

**SOLICITUD DE RESOLUCIÓN DE PAGOS DE PROVEEDORES DE CUIDADO INFANTIL**

**FINALIDAD**:

La Solicitud de Resolución de Pago del Proveedor de Cuidado Infantil es el formulario que los proveedores deben presenter cuando los pagos deben ser revisados para las discrepancias. Al enviar la Solicitud de Resolución de Pago del Proveedor de Cuidado Infantil, se iniciará el proceso para que los pagos sean revisados en busca de discrepancias.

**INSTRUCCIONES**:

Este formulario puede ser escrito o legiblemente escrito a mano por el proveedor de cuidado infantil o un representante del proveedor de cuidado infantil.

Para ser elegible para la revisión, todos los formularios de Solicitud de Resolución de Pago del Proveedor de Cuidado Infantil deben enviarse con registros de asistencia completos para cada niño y mes de servicio en cuestión.

PROVEEDOR/FACILIDAD DE CUIDADO INFANTIL - Ingrese el nombre del centro de cuidado infantil o el nombre del proveedor de cuidado infantil.

NOMBRE DE CONTACTO - Introduzca el nombre de la persona a la que se puede contactar para cualquier pregunta relacionada con la solicitud de resolución.

DVN - Ingrese el número de proveedor departamental (DVN) para la instalación o el proveedor.

NÚMERO DE TELEFONO - Introduzca el número de teléfono del nombre del contacto.

DIRECCION DE CORREO - Ingrese la dirección postal de la instalación o proveedor de cuidado infantil individual.

CIUDAD - Ingrese la ciudad para la dirección postal de la instalación o proveedor de cuidado infantil individual.

ESTADO - Ingrese el estado para la dirección postal de la instalación o proveedor de cuidado infantil individual.

CODIGO POSTAL - Introduzca el código postal de la dirección postal de la instalación o del proveedor de cuidado infantil individual.

NOMBRE DEL HIJO - Ingrese el nombre del niño para el cual se solicita la revisión de pago. Cada formulario permite que hasta diez niños aparezcan en la lista para la revisión de pagos.

FECHA DE NACIMIENTO - Ingrese la fecha de nacimiento del niño para la cual se solicita la revisión de pago.

DCN: escriba el DCN del niño para el que se solicita la revisión de pago. Se deberá introducir un DCN para cada niño individual que aparezca en la lista.

MES/Año de SERVICIO - Introduzca el mes y el año de servicio para los que se solicita la revisión de pago.

RAZON PARA LA REVISTA - Introduzca la letra (A – E) correspondiente al motivo de la solicitud de revisión. (Las diferentes razones se enumeran debajo de la lista de nombres del niño 1 – 10.)

EXPLICACIONES - Introduzca cualquier información que pueda apoyar la solicitud de revisión.

DEVOLVER LA SOLICITUD DE PAGO DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE HIJOs - Devuelva el formulario junto con los registros de asistencia a:

* Child Care Payment Unit

PO Box 88, Jefferson City, MO, 65103

* [CD.AskCCOIS@dss.mo.gov](mailto:CD.AskCCOIS@dss.mo.gov)
* FAX: 573-526-2926

FIRMA DEL PROVEEDOR - Debe firmar la solicitud y conservar una copia para sus registros.

FECHA: introduzca la fecha de la solicitud.

ENVIAR - Una vez que la Solicitud de Resolución de Pago del Proveedor de Cuidado Infantil se haya completado en su totalidad, envíe la solicitud a la DSS – Unidad de Pago de Cuidado Infantil por correo, correo electrónico o fax junto con los registros de asistencia para cada niño en cuestión. El proveedor debe conservar una copia de las solicitudes y registros de asistencia para sus registros. Los registros de asistencia no se devolverán al proveedor.