

**CARE 4 KIDS**

1344 SILAS DEANE HWY, ROCKY HILL

CT 06067-1342

Toll Free Number 1888-214-KIDS (5437)

*Nombre**Dirección**Ciudad, Estado, Código Postal*

Asunto:

Fecha:

Identificación de la familia:

Consejero:

Redetermination Due Date:

Número de teléfono del consejero:

Número del Certificado:

ID del proveedor:

Nombre del niño:

Fecha de Nacimiento del Niño:

Certificación para Cuidado de Niños

Este es su Certificado de Cuidado de Niños para _____. Este Certificado comienza el _____ y acaba el _____. _____ está aprobado para recibir cuidado _____ care from _____ de _____ en el grupo de edades. Lea el siguiente cálculo de pagos para ver la cantidad de los pagos y su Cuota Familiar.

Estamos emitiendo el presente Certificado por las siguientes razones:

•

Cuota Familiar:

La cantidad de la Cuota Familiar que usted le debe a su proveedor de cuidado de niños para este niño es \$ ____ por semana o \$ _____ por mes. Por favor hable con su proveedor acerca de sus opciones de pago.

Cantidad del Pago (vea el Manual para Padres para ver una descripción de estos artículos)

CÁLCULOS MENSUALES

Care 4 Kids Cuota Básica Mensual (+):	\$
Pagos de Otras Fuentes (-):	\$
Necesidades Especiales Suplementales Continuas (+):	\$
Cuota Familiar para este Niño (-):	\$
Cantidad del Pago Total:	\$

Por favor tome nota de lo siguiente:

- La cantidad del Pago Total es lo que pagaremos de manera regular durante el período de este Certificado. Si aprobamos cantidades adicionales para las horas extras o por otros pagos especiales, le mandaremos una notificación aparte.

Es posible que su proveedor cobre más que la Cuota Básica de **Care 4 Kids** que aparece arriba. En ese caso, su proveedor le podría cobrar la Cuota Familiar y la cantidad adicional. Usted es responsable por esos pagos.