

FACTURA MENSUAL 
 1344 Silas Deane Hwy
 Rocky Hill, CT 06067-1342
 1-888-214-KIDS (5437) Facsímile para envío de facturas: 1-877-868-0871

MUESTRA

Por servicios provistos durante:
 Número de factura:
 Fecha de la factura:
 Para recibir el pago, envíe esta factura antes del:

ID del proveedor:
 NSS/FEIN del proveedor:
 Número de teléfono:
 Configuración:

Nombre
Dirección
Ciudad, Estado, Código Postal

Niños a mi cuidado	Información Care 4 Kids							Totales del proveedor correspondientes a este mes		Modificación de cuidados			
	Apellido, Primer nombre	Número de certificado	Fecha de inicio del certificado	Fecha final del certificado	Nivel de cuidado ¹	Total de horas aprobado por mes	Total de días aprobado por mes	Cargo del proveedor de PPA	Cantidad actual de días concuירים en este mes	Cargo actual de este mes	Horas extra de este mes	Cargo total por horas extra ⁵	Marque si el niño ya no está a su cuidado

Muchas gracias por proporcionar servicios de cuidado a las familias integrantes del programa **Care 4 Kids**. Debajo encontrará su factura mensual. Complete las secciones Totales del Proveedor y Modificación de Cuidados. Envíe su factura por correo o facsímile a la dirección (o número de facsímile) que consta en el párrafo introductorio..

Si tiene preguntas sobre esta factura, llame a un empleado de pagos de Care 4 Kids al teléfono 1-888-214-KIDS (5437) o bien, visite nuestro sitio Web en www.ctcare4kids.com.

Tenga presente que las facturas incompletas o facturas que se reciban antes del 1er. día del mes serán devueltas y, como consecuencia, el pago puede demorarse

Acuero de proveedor-Certifico que he provisto al niño los servicios de cuidado indicado en esta factura. Certifico que los cargos que he reportado están correctos.

Firmas del proveedor (obligatorio)

Fecha

Notas:

Nivel de cuidado: Cuarto de tiempo (QT) es desde 1-15 horas por semana; Mitad del tiempo (HT) es desde 16-34 horas por semana; Tiempo completo (FT) es desde 35-50 horas por semana; Tiempo completo extra (EX) es desde 51 -65 horas por semana.

Indique la cantidad actual de días durante los cuales el niño estuvo a su cuidado durante este mes.

Indique el cargo actual correspondiente a este niño durante este mes (multiplique el cargo semanal por 4.3 semanas para obtener el cargo mensual)

Si es necesario, indique todas las horas EXTRA durante las cuales el niño estuvo bajo su cuidado, que excede la cantidad aprobada por el programa. Tenga presente que los pagos por horas extra requieren contar con una solicitud aprobada.

Si es necesario, indique su cargo por estas horas adicionales de servicios de cuidado. Tenga presente que los pagos por horas adicionales no se efectuarán hasta que se apruebe la solicitud de los padres.