

NOTIFICACIÓN DE REMESA



MUESTRA

1344 Silas Deane Hwy, Rocky Hill CT 06067-1342
1-888-214-KIDS (5437)

Por servicios provistos durante:
Número de factura: Número de
cheque Cantidad del cheque
Fecha del cheque

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

Nombre
Dirección
Ciudad, Estado, Código Postal

Menor				Cálculo de pago							
Nombre del menor	Número de certificado	Número de ID de la familia	Menor con necesidades especiales?	Cuota básica Care 4 Kids	Pagos de otras fuentes	Complemento de horas adicionales	Pago complementario por necesidades especiales 2(+)	Cuota familiar	Ajustes	Pago estatal neto por menor	Pago de incentivo para el proveedor
										\$	
										\$	
										\$	
										\$	
Subtotales										\$	S

A. Pagos totales por menor al cuidado; \$

Bonificación de calidad para proveedores (suma global, no por menor) (+) \$

Descuentos (por ej., derechos de retención, reembolso por errores de proveedores, etc.) (-) \$

B. Total de otros ajustes de pagos al proveedor (si fuera aplicable): \$

C. PAGO NETO: \$

¹ Si fuera aplicable, los pagos de otras fuentes se consideran fondos externos pagados al proveedor por el cuidado del niño (por ej., pagos de manutención de menores).

² Si fuera aplicable, estos son pagos complementarios por necesidades especiales que se efectúan para que se proporcionen servicios al niño. Pueden ser continuos o sólo por este mes.

Si fuera aplicable, se incluyen ajustes relacionados con pagos de más/o pagos de menos. Estos ajustes se aplican por niño y corresponden al servicio de cuidado del mes anterior.

Si fuera aplicable, incluye pagos de incentivo por niño para aquellos proveedores acreditados ante NAEYC, NSACCA, NAFCC, CASFC.

CHEQUE