

Child Care Reimbursement Program

DAYCARE PROVIDER FORM

Name _____ Student ID # _____

Por favor haga que su administrador de la guarderia complete esta hoja. Esta hoja necesita ser llenada solamente una vez, a menos que usted cambie proveedor, tenga un aumento en ninos o cierto otro cambio significativo en la cantidad mensual que usted pagara por mes por el cuidado de ninos.

Nombre Del Proveedor (Guarderia): _____

Firma Del Proveedor: _____

Dirección (localización) de la guarderia: _____

Numero de teléfono de la guarderia: _____

NUMERO DE LICENCIA DEL ESTADO: _____ Fecha De Vencimiento: _____

El estudiante recibe ayuda para pagar costos de la guarderia? Sí No

Si es verdad de cuales de las fuentes siguientes: _____ El otro padre del nino o ninos

DSHS (Incluye Conexiones De Trabajo)

Otro \$ _____

(Sí otro satisface la lista, en el espacio a la izquierda escriba que ayuda recibe el padre)

Cuantos ninos tiene el estudiante en su guarderia? _____

Aproximadamente cuanto paga el estudiante al mes por cada nino?

(No necesitamos saber la cantidad que el estudiante recibe en ayuda, solamente lo que el estudiante realmente paga)

Cantidad del Primer Nino \$ _____

Cantidad del Segundo Nino \$ _____

Una vez que sea aceptado en el programa de reembolso del cuidado de nino de WSU TC, requerirán que el estudiante complete una forma de verificacion cada mes y que sea llenada por un representante de su guarderia y del estudiante. Por ejemplo, para el mes de enero el estudiante necesitaría regresar la forma de verificacion antes del 10 de febrero. También puede regresar la forma antes de la fecha. Después del 10, llamaremos para confirmar que la información de la hoja esta correcta. Por cualquier razón si no podemos confirmar las cantidades, el estudiante no será elegible para ser reembolsado.

Tiene Preguntas? Usted puede contactar a Shiloh Penland al teléfono 372-7300 o por email a spenland@tricity.wsu.edu.

Sustantivo: _____ Fecha: _____

**If you change provider's, to continue to be eligible, you need to have this form completed by your new provider and turned in within 10 business days of the change or you will lose your eligibility for that month.*