

***Circles of Care***  
**Formulario de pago por cuidados de relevo**

Hay un reembolso máximo permitido dependiendo del número de niños a los que presta servicios. Para que pueda pagarse el máximo, el pago al proveedor de cuidados de relevo no puede superar los niveles diarios de reembolso con respecto a los niños puestos en custodia por la cantidad de días en que se llevaron a cabo los cuidados de relevo o si no hay gastos adicionales de hotel/viajes. **Al firmar este formulario, usted verifica que las proporciones de personal/niño se mantuvieron, así como la licencia, mientras los niños se encontraban bajo cuidados de relevo.**

**Padre de crianza temporal:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Niños puestos en custodia de cuidados de relevo y nivel de servicios:** \_\_\_\_\_

**# de niños/jóvenes:**  1-2  3-4  5-6  7-8  9-10  11-12

**Fechas de la custodia para los cuidados de relevo:** desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

**Nombre del proveedor de cuidados de relevo:** \_\_\_\_\_  
(Indique todos los nombres; si se trata de una pareja, escriba los dos nombres)

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**¿Es el proveedor de cuidados de relevo un hogar de crianza temporal o sólo un hogar de cuidados de relevo?**  
 Hogar de crianza temporal  Hogar de cuidados de relevo solamente

**¿En qué lugar se realizó el cuidado de relevo?**  
 En el hogar de crianza temporal de mi familia  En el hogar del proveedor de cuidados de relevo

**¿A cuántos niños en total se cuidaba?** \_\_\_\_\_  
(Se debe incluir a todos los niños, inclusive a los hijos de los proveedores de cuidados de relevo, ya sean hijos biológicos, de crianza temporal, adoptivos o hijos de familiares)

**Pago de \$ \_\_\_\_\_ necesita entregarse o reembolsarse a la familia de crianza temporal por concepto de los cuidados de relevo prestados por los padres de crianza temporal.**

**Pago de \$ \_\_\_\_\_ a favor del padre de crianza temporal por gastos de hotel/viaje relacionado con los cuidados de relevo.**  
**Se deben adjuntar los recibos del hotel y un formulario de comprobantes de gastos por millas totales.**

**Pagos totales por hacerse:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del proveedor de cuidados de relevo** \_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre de crianza temporal** \_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Aprobación/firma del personal de Circles of Care** \_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Fecha de entrega al Departamento de Contabilidad:** \_\_\_\_\_

***Para el Departamento de Finanzas***

Fecha de pago: \_\_\_\_\_ Importe: \_\_\_\_\_

Cuidados combinados máximos: **1-2:** 55.00/120.00    **3-4:** 80.00/160.00    **5-6:** 100.00/200.00  
**7-8:** 130.00/260.00    **9-10:** 140.00/280.00    **11-12:** 150.00/300.00

Cuidados básicos máximos solamente: **1-2:** 25.00/48.00    **3-4:** 42.00/75.00    **5-6:** 60.00/120.00  
**7-8:** [cut off]    **9-10:** [cut off]    **11-12:** 100.00/220.00