



## Reclamación de reembolso de padres de crianza Foster Parent Reimbursement Claim

SOLO PARA USO INTERNO

<input type="checkbox"/> Presentado por el padre/madre de crianza con licencia <input type="checkbox"/> Presentado por un proveedor de relevo	VALOR DE LA RECLAMACIÓN (MONTO TOTAL SOLICITADO)
--	--

Los padres de crianza deben llenar este formulario para solicitar el reembolso por daños o pérdidas materiales y gastos iniciales de tratamiento médico de emergencia incurridos debido a un acto de su hijo de crianza/niño en cuidado de relevo. Las reclamaciones deben entregarse al trabajador social del niño en un plazo de 30 días de que ocurra la lesión, el daño o la pérdida. Las reclamaciones que el DCYF no haya recibido antes de que transcurra un año del suceso pueden ser denegadas.

1. Información del padre/madre de crianza o proveedor de relevo (en letra de molde)		
NOMBRE	NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA (    )	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO (    )
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO    CÓDIGO POSTAL

2. Niño(s) en cuidado de crianza que provocaron daños, pérdidas o gastos médicos de emergencia			
APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ESTATUS (MARQUE UNO)
			<input type="checkbox"/> Cuidado de crianza <input type="checkbox"/> Cuidado de relevo
			<input type="checkbox"/> Cuidado de crianza <input type="checkbox"/> Cuidado de relevo
			<input type="checkbox"/> Cuidado de crianza <input type="checkbox"/> Cuidado de relevo

3. Información de sustento: Llene esta sección en un formulario separado para conceptos adicionales (use letra de molde legible)

PARA DAÑOS O PÉRDIDAS MATERIALES	CONCEPTO 1	CONCEPTO 2	CONCEPTO 3
a. Fecha del suceso			
b. Artículo dañado o perdido (por ejemplo, televisor)			
c. Costo original de compra y fecha de compra original			
d. Costo de la reparación o limpieza (para artículos dañados)			
e. Costo de un reemplazo comparable (para artículos dañados que no puedan ser reparados. Adjunte una copia del recibo del reemplazo u obtenga dos cotizaciones).	RECIBO <input type="radio"/>		
	COTIZACIÓN 1 Y		
	COTIZACIÓN 2		
f. Monto pagado por el seguro <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Se adjunta copia del estado de cuenta			

PARA RECLAMACIONES DE GASTOS POR TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA, DENTALES Y DE LA VISTA	CONCEPTO 1	CONCEPTO 2	CONCEPTO 3
g. Monto de la factura (adjunte una copia de la factura o el estado de cuenta)			
h. Monto pagado por el seguro <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Se adjunta copia del estado de cuenta			

i. Circunstancias: Describa **CÓMO** y **QUÉ** lesión, daño o pérdida específica ocurrió. Si es necesario, adjunte una hoja de papel aparte para continuar su descripción.

j. Describa la supervisión que se brindaba en el momento en que ocurrió la lesión, daño o pérdida, y qué medidas se han tomado para reducir el riesgo del suceso. Indique qué medidas se tomarán para proteger contra sucesos similares en el futuro.

EL PADRE/MADRE DE CRIANZA CON LICENCIA O EL PROVEEDOR DE RELEVO DEBEN ENTREGAR EL PAQUETE AL TRABAJADOR SOCIAL DEL DCYF ASIGNADO AL NIÑO.



## Lista de comprobación del reembolso para padres de crianza Foster Parent Reimbursement Claim Checklist

### Debe llenarla el padre o la madre de crianza

- Llenar un formulario vigente de reclamación de reembolso de padres de crianza, DCYF 18--400.

**Nota:** En el caso de reclamaciones que impliquen a personas que no son padres de crianza con licencia, llene la reclamación de responsabilidad de padres de crianza, formulario DCYF 18-400A.

- Para cada concepto reclamado, proporcione la fecha del suceso; describa la lesión, el daño o la pérdida específica; describa las circunstancias de la lesión, el daño o la pérdida; indique la supervisión que se brindaba al momento del incidente; las medidas para reducir el riesgo del suceso; y las medidas a tomar para proteger contra sucesos similares en el futuro.
- Para los artículos que sufrieron daños o pérdidas materiales, indique el costo de compra original y la fecha en que ocurrió el suceso.
- Proporcione el nombre completo, el domicilio y los números de teléfono de contacto de todos los testigos disponibles del suceso que provocó la lesión, daño o pérdida.
- Firme y feche el formulario; envíe el formulario contestado y sus anexos al trabajador social del niño.

### Daños o pérdidas materiales:

- Daños materiales: Envíe una cotización detallada o una factura definitiva de reparación o limpieza, con la firma del minorista, para sustentar su reclamación.

**Nota:** Los costos de mano de obra no se reembolsan cuando el padre o la madre de crianza hace el trabajo. Pagaremos el costo de los materiales necesarios para hacer las reparaciones.

- Pérdidas materiales y daños materiales que no pueden repararse ni limpiarse: Envíe dos cotizaciones de reemplazo de diferentes minoristas o el recibo de compra del reemplazo con un artículo comparable, de tipo y calidad similares (mismo modelo, marca, características, etc.) y una copia del recibo de compra original, si lo tiene. Cotizaciones en una tienda o minorista en línea
- Daños o pérdidas materiales que se relacionen con robo, vandalismo e incendios: Envíe una copia del informe del departamento de policía o bomberos junto con las conclusiones de la investigación correspondiente si la reclamación es por más de \$250.00 (\$100.00 en el caso de dinero).
- Pueden requerirse fotografías que muestren los daños si el trabajador social del niño no observa los daños.

### Gastos por tratamiento médico de emergencia, dentales o de la vista:

- Médicos, dentales o de la vista: Envíe una copia de la factura del proveedor o el estado de cuenta del seguro, y en el caso de lesiones proporcione las notas de alta médica. El pago está limitado a los costos que no son cubiertos por el seguro.
- Dental: Reemplazo comparable de los aparatos dentales pagados (si no pueden repararse) hasta el máximo permitido.
- Vista: Envíe el recibo de compra del reemplazo o dos cotizaciones detalladas y firmadas por diferentes minoristas por un reemplazo comparable de anteojos o lentes de contacto (la factura de reparación, si pueden repararse) y una copia del recibo de compra original, si lo tiene.

#### 4. Documentación de sustento

Adjunte los documentos de sustento requeridos para todos los conceptos reclamados que se incluyan en la lista de comprobación. Podrían requerirse fotografías de los daños. Debe adjuntarse una copia del informe del departamento de policía o bomberos junto con las conclusiones de la investigación correspondiente si la reclamación es por más de \$250.00 (\$100.00 en el caso de dinero) relacionados con robo, vandalismo o incendio. **No se hará reembolso alguno sin todos los documentos y la información requeridos.**

#### 5. Testigos del suceso que causó la lesión, el daño o la pérdida (en letra de molde)

NOMBRE	NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA ( )	NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJO ( )
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA ( )	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO ( )
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL

#### 6. Validación de la reclamación

FIRMA	FECHA
-------	-------

#### DEBE SER CONTESTADO POR EL TRABAJADOR SOCIAL DEL NIÑO

Se revisó que la reclamación fuera precisa, completa y oportuna, y que incluyera documentos de sustento y la firma.

Recuerde:

- Si no proporciona toda la información requerida se demorará el reembolso al padre o la madre de crianza.
- En el caso de las reclamaciones entregadas más de 90 días después de un suceso, incluya una declaración con el motivo del retraso en la presentación de la reclamación. Las reclamaciones que el DCYF no haya recibido antes de que transcurra un año del suceso pueden ser denegadas.

1. NOMBRES Y NÚMEROS DE CASO DE LOS NIÑOS	2. INFORMACIÓN SOBRE LA COLOCACIÓN
	al <input type="checkbox"/> Sigue en el hogar
	al <input type="checkbox"/> Sigue en el hogar
	al <input type="checkbox"/> Sigue en el hogar

3. Exponga las razones por las que está o no está de acuerdo. Proporcione toda la información pertinente (adjunte hojas adicionales si fuesen necesarias).

ENVÍE TODAS LAS SOLICITUDES a FOSTER PARENT REIMBURSEMENT, DCYF PO BOX 40981 o MAIL STOP 40981, OLYMPIA, WA 98504-0981

NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL (EN LETRA DE MOLDE)	OFICINA DE CAMPO	REGIÓN	CÓDIGO INTERNO
TRABAJADOR SOCIAL (FIRMA)	FECHA	NÚMERO TELEFÓNICO ( )	