Fields of Opportunities

STATE OF IOWA

TERRY E. BRANSTAD, GOVERNOR
KIM REYNOLDS, LT. GOVERNOR

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
CHARLES M. PALMER, DIRECTOR

Nombre del trabajador:

Teléfono del trabajador:

Estimado(a) :

Nuestra oficina ha recibido su formulario de Reclamación del proveedor de Child Care.

Al procesar su reclamación se hicieron o se requiere hacer correcciones para que pueda recibir el pago adecuado. Por favor vea a continuación.

No pudimos procesar su reclamación para los siguientes niños. El pago se ha hecho por .

Hemos procesado su reclamación. Sin embargo ésta tenía algunos errores. Para asegurar pagos oportunos en el futuro, por favor vea las secciones resaltadas de la copia de la reclamación para facturar bien en el futuro.

- ☐ Número de acuerdo de proveedor
- ☐ Copago
- ☐ Nombre del niño
- ☐ Número de caso del niño
- ☐ Unidades incorrectas
- ☐ Cód de servicio
- ☐ Sum as incorrectas
- ☐ Costo de unidad
- ☐ Otros:

No pudimos procesar su reclamación, así que se le está devolviendo. Por favor llene los elementos marcados a continuación y devuelva la reclamación para ser procesada.

- ☐ Proveedor debe firmar formulario en tinta
- ☐ Se requiere una Hoja de Asistencia para el Cuidado de Niños
- ☐ Proveedor y/o cliente deben firmar la hoja de asistencia
- ☐ Otros:

Su reclamación excede el número de unidades aprobadas para este niño en el Aviso de Decisión. Si la familia necesita unidades adicionales, debe discutir esto con el trabajador de su caso. El número de unidades aprobadas en el Aviso de Decisión ha sido pagado. Usted deberá enviar una nueva petición por estas unidades una vez se reciba la información de la familia para verificar la necesidad de unidades adicionales.

Enclosure: Claim attached

No pudimos procesar su reclamación por las siguientes razones. Su formulario de reclamación se encuentra anexo. Debe llenar un **Nuevo** formulario de reclamación para corregir estos problemas para que se pueda procesar su reclamación.

- ☐ Periodo de facturación para la atención suministrada
- ☐ Número de acuerdo de proveedor
- ☐ Falta costo de unidad
- ☐ Número de caso del niño
- ☐ Nombre del niño
- ☐ Otros:

No pudimos procesar su reclamación por las siguientes razones. Su formulario de reclamación se encuentra anexo.

- ☐ Usted no es un proveedor aprobado. Por favor facture al Departamento si/cuando está/é aprobado.
- ☐ Los menores, , para los que usted está facturando no son elegibles para child care assistance.

Otros: