Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

Formulario de verificación de fondos de necesidades complejas de cuidado de niños

Child Care Complex Needs Fund Verification Form

Nombre de la institución/centro:	
Número de ID de proveedor certificado:	
Nombre de la persona de contacto:	
Correo electrónico de la persona de contacto:	
Número de teléfono:	

Nombre del proveedor *¿Cuál es el nombre de la empresa o persona a la que le entregó el pago?*	**Artículos incluidos** *¿Qué artículos compró?*	**Categoría de gasto*** *¿A qué categoría de gasto corresponde el artículo?*	**Costo** *Monto total del subsidio gastado en este recibo*
Ejemplos: Best Buy ******** Procesamiento automático de datos (ADP)	Tabletas ******** Nómina	Materiales de apoyo/adaptativos ******** Personal	$700 ******** $5,000

Gasto total: $ _____

Adjunte hojas adicionales si necesita más espacio.

*Categorías:
- Personal (añadir miembros al personal o aumentar las horas de trabajo)
- Servicios terapéuticos
- Mejoras a las instalaciones (para cumplir con las normas de accesibilidad de la ADA o con necesidades conductuales)
- Materiales o equipos de apoyo/adaptativos