



## Cuidador suplente Reembolso de reclamación Foster Caregiver Reimbursement Claim

**Importe total de la reclamación: \$ \_\_\_\_\_**

Presentada por:  Padre o madre suplente con licencia  Familiar con licencia  Proveedor de relevo  
 Colocación sin licencia

Use este formulario para solicitar el reembolso de daños sufridos por bienes de este cuidador suplente o de tratamiento médico de emergencia para miembros del hogar derivados de un acto de un menor que se encuentra en cuidado de crianza y colocado en el hogar.  
*Ejemplo: un menor que está en cuidado de crianza arroja un control remoto al televisor, rompiendo la pantalla. El daño sería pagado por este programa, porque el artículo era propiedad del cuidador suplente y el daño fue causado por el menor en cuidado de crianza mientras estaba colocado en el hogar.*

### I. Información del cuidador suplente

NOMBRE	NÚMERO DE PROVEEDOR	NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

### II. Menor(es) en cuidado de crianza que provocaron daños o gastos médicos de emergencia

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE CASO

### III. Testigo

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
FIRMA	FECHA	

### IV. Información del suceso

	ARTÍCULO 1	ARTÍCULO 2	ARTÍCULO 3	ARTÍCULO 4
***Incluya fotografías y recibos <b>Fecha en que ocurrieron los daños:</b>				
Artículo o lesión (televisor, fractura de pierna)				
Costo de limpieza				
Costo de reparación				
Costo de un reemplazo comparable				
Costo médico				

### V. Información del seguro

¿Algunos de los artículos arriba mencionados será pagado por un seguro de propietario de vivienda, médico, dental, de incapacidad laboral u otro seguro privado?  Sí

Desembolso personal: \$	Compañía de seguros	Número de póliza	<input type="checkbox"/> NA
----------------------------	---------------------	------------------	-----------------------------

## VI. Narración

Describa específicamente lo que ocurrió y que provocó su pérdida, daño o lesión. Incluya la supervisión que se estaba brindando.

**Certifico o declaro, bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes del estado de Washington, que lo anteriormente establecido es verdadero y correcto.**

FIRMA DEL CUIDADOR SUPLENTE

FECHA

### DEBE SER CONTESTADO POR EL TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO POR EL DCYF

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

Estoy de acuerdo  No estoy de acuerdo con el pago de esta reclamación.

Motivos por los que no está de acuerdo o información adicional referente a esta reclamación:

NOMBRE DEL TRABAJADOR DEL CASO

OFICINA DE CAMPO

REGIÓN

FIRMA

FECHA

ENVÍE TODAS LAS RECLAMACIONES CONTESTADAS A LA SECCIÓN DE RECLAMACIONES DE CUIDADORES DEL  
DCYF A [dcyf.caregiverclaims@dcyf.wa.gov](mailto:dcyf.caregiverclaims@dcyf.wa.gov)

# Instrucciones para la reclamación de reembolso del cuidador suplente

## DEBE SER CONTESTADO POR EL CUIDADOR SUPLENTE

Escriba el importe total de los costos capturados en la sección IV. Información del suceso en el cuadro superior derecho titulado "Importe total de la reclamación".

Seleccione el tipo de hogar suplente que corresponda.

**En la sección I.** Escriba el nombre, el número de proveedor, el número de teléfono y la dirección postal del hogar suplente.

**En la sección II.** Escriba el nombre, la fecha de nacimiento y el número de caso de los menores en cuidado de crianza.

**En la sección III.** Escriba el nombre completo y la información de contacto de un testigo del suceso (si hay uno disponible) y pídale que firme y feche el formulario.

**En la sección IV.** Escriba la información de hasta cuatro (4) artículos.

Para cada artículo incluya la fecha del suceso, describa la pérdida específica y escriba el costo en la sección correspondiente.

### Para costos de limpieza:

En el caso de artículos que puedan limpiarse, escriba el costo e incluya una cotización, factura o recibo de pago detallados de un proveedor.

### Para reparaciones:

En el caso de daños materiales que no puedan limpiarse, escriba el costo e incluya una cotización, factura o recibo de pago de un proveedor. Si el cuidador suplente decide realizar la reparación por sí mismo, entregue una cotización o recibo exclusivamente por los materiales.

*\*Los costos de mano de obra no se pagan cuando un cuidador suplente hace su propio trabajo, el programa solamente pagará el costo de los materiales.*

### Para reemplazos:

En el caso de daños materiales que no puedan limpiarse ni reemplazarse, escriba el costo e incluya una cotización o un recibo de un reemplazo comparable (modelo, marca, características y calidad comparables). Las cotizaciones pueden ser de un proveedor de servicios, una tienda o un proveedor en línea.

*\*Incluya el recibo de compra original si lo tiene.*

### Para costos médicos:

Para lesiones médicas, dentales y de la vista de emergencia (fractura de pierna, etc.) incluya la factura médica y el estado de cuenta del seguro. Para artículos médicos, dentales y de cuidado de la vista de emergencia (prótesis, órtesis, anteojos, etc.) incluya la factura médica, estado de cuenta del seguro y una cotización o un recibo de un reemplazo comparable.

*\*Solo se cubren la consulta y el artículo médico de la emergencia inicial. Las consultas de seguimiento no se cubren.*

### Otras situaciones:

Incluya copias de los informes de incidentes, cartas y correos electrónicos referentes al suceso. En el caso de daños materiales debidos a robo, vandalismo o incendio, incluya una copia del informe de la policía o los bomberos y las conclusiones de la investigación de seguimiento.

**\*\*\*Recuerde incluir una fotografía de los daños y documentación de los costos (cotización, recibo, factura) de cada artículo\*\*\***

**En la sección V.** Marque "SI" si hay disponible otra póliza de seguro y escriba el deducible, la compañía y el número de póliza O marque "NA" si no hay disponible otro seguro para esta reclamación. El programa puede pagar los costos de deducible y el desembolso personal de los artículos cubiertos.

*\*El reembolso se limite a los costos no pagaderos por un seguro privado ni por la ley de beneficios por discapacidad.*

**En la sección VI.** Describa lo que sucedió con detalle, incluya la supervisión que se estaba brindando. Escriba una explicación si no hay fotografías disponibles. En el caso de reclamaciones presentadas más de treinta (30) días después de un suceso, incluya una declaración en la que indique el motivo del retraso para la presentación de la reclamación. *\*Las reclamaciones no son pagaderas si se presentan después de que transcurra un (1) año de la fecha del suceso.*

Firme y feche la reclamación. Se aceptan firmas digitales, firmas escritas a máquina o que el trabajador social asignado por el DCYF firme en su nombre cuando se confirmen con un correo electrónico de usted en el que autorice estos tipos de firmas.

Envíe la reclamación, las fotografías, las cotizaciones o recibos y los demás documentos de sustento al trabajador social asignado por el DCYF.

## DEBE SER CONTESTADO POR EL TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO POR EL DCYF

Asegúrese de usar el formulario vigente y correcto, que se encuentra en el [sitio de internet de formularios del DCYF](#).

Devuelva la reclamación al cuidador suplente si se recibió un formulario de reclamación obsoleto, si no se incluye toda la información solicitada, si no se adjuntaron todos los documentos solicitados a la reclamación o si el formulario de reclamación no fue firmado y fechado por el cuidador suplente.

Declare que ha revisado que la reclamación es correcta, está completa, es oportuna e incluye documentos de sustento y firma.

Seleccione si está o no está de acuerdo con el pago de esta reclamación.

Escriba una declaración en la que indique por qué no está de acuerdo con la reclamación (si corresponde), si es probable que el menor en cuidado de crianza haya causado el daño, si usted vio el artículo dañado personalmente y el resto de la información pertinente sobre esta reclamación.

Escriba su nombre, oficina de campo y región con letra de molde, y luego feche y firme.

Adjunte a un correo electrónico el formulario de reclamación, las fotografías, las cotizaciones y los recibos, así como otros documentos de sustento, y envíelo a la sección de reclamaciones de cuidadores del DCYF a [dcyf.caregiverclaims@dcyf.wa.gov](mailto:dcyf.caregiverclaims@dcyf.wa.gov).

Este programa se rige por [RCW 74.13.335](#) y [WAC 110-50-1000 a WAC 110-50-1090](#)

*\*\*\*Esta página de instrucciones puede ser entregada con la reclamación, pero no es necesario hacerlo; se proporciona solo con fines informativos.\*\*\**