



CUIDADO DE NIÑOS EN LA COMMUNIDAD PATROCINADO POR EL PROGRAMA DE SUBSIDIO MILITAR DE NACCRRRA

SOLICITUD DE CAMBIO DE PROVEEDOR/PROGRAMA

EL CAMBIO DE PROVEEDOR/ PROGRAM SOLO ES AUTHORIZADO EN LOS SIQUIENTES CASOS

(LA SIGUENTE DOCUMENTACION DEBE DE SER PROVEIDA CON ESTA SOLICITUD)

- Documento de PCS (por sus siglas en ingles)
- Documento de cargos de abuso
- Documento de cargos de seguridad o violación de Sanidad

EL PROGRAMA DE SUBSIDIO MILITAR DE NACCRRRA REQUIERE NOTIFICACIÓN DE POR LO MENOS 15 DIAS ANTES DE LA TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO, independientemente de quien inicie la terminación de servicios. Cuando el cuidado tiene que ser terminado antes, por favor contacte al programa de subsidio militar NACCRRRA inmediatamente. Para asistencia llenado esta solicitud, por favor llame al 1-800-424-2246.

SERVICIOS RECIBIDOS ANTES DE LA APPROVACIÓN DE LA SOLICITUD DE CAMBIO DE PROVEEDOR/PROGRAMA, NO SERAN REEMBOLSADOS.

El reembolso comienza cuando el programa de subsidios militares de NACCRRRA reciba y apruebe todos los formularios y documentación adicional requeridos. Esto incluye verificación de la calificación y tarifas para el programa del nuevo proveedor/programa, y finalización de reembolsos al proveedor/programa anterior.

SI EL PROVEEDOR/PROGRAMA NO ESTA CALIFICADO EN CORDINACCION A LAS POLISAS DE CUIDADO DE NIÑOS DE SU ESTADO, USTED (EL PATROCINADOR) SERA RESPONSABLE POR LOS PAGOS DE CUIDADO ACUMULADOS HASTA QUE OBTENGA UN PROVEEDOR/PROGRAMA CALIFICADO.

UNA SOLISITUD DE INFORMACIÓN Y REGISTRACIÓN DEL PROVEEDER/ PROGRAMA debe de ser enviada para el nuevo proveedor/ programa.

FECHA: _____

INFORMACIÓN DEL PATROCINADOR/ MIEMBRO DEL SERVICIO:

Nombre: _____

Nro. de teléfono del Patrocinador/ Esposo o esposa: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Marque Si es una Dirección Nueva/ Numero de Teléfono



EL CAMBIO DE PROVEEDOR/ PROGRAM APPLICA A LOS SIGUIENTES NINOS:

Nombre del Nino (s):

Fecha de Nacimiento:

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR/PROGRAMA ANTERIOR:

NUEVO PROVEEDOR/PROGRAMA

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

ULTIMO DIA DE CUIDADO: _____

PRIMER DIA DE CUIDADO: _____