

ADMINISTRACIÓN DE NIÑOS
(CHILDREN'S ADMINISTRATION - CA)
DIVISIÓN DE DEFICIENCIAS EN EL DESARROLLO
(DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES - DDD)
RECLAMO DE REEMBOLSO DE LOS PADRES SUBSTITUTOS
LISTA DE CONTROL

PARA QUE LLENEN LOS PADRES SUBSTITUTOS

- Llene un formulario actual de Reclamo de Reembolso de los Padres Substitutos, DSHS 18-400. Para los reclamos concernientes a personas que no son padres substitutos autorizados, llene el formulario de Reclamo de Responsabilidad de los Padres Substitutos, 18-400A.
- Por cada artículo que se reclame, proporcione la fecha del incidente; indique la/el lesión/daño/artículo perdido específico(a); describa las circunstancias de la/el lesión/daño/pérdida; indique qué supervisión se estaba proporcionando en el momento del incidente; las medidas que se tomaron para reducir el riesgo del incidente y las medidas que se tomaron para proteger contra futuros incidentes similares.
- Por cada artículo que se reclame, proporcione la fecha del incidente; indique la/el lesión/daño/artículo perdido específico(a); describa las circunstancias de la/el lesión/daño/pérdida; indique qué supervisión se estaba proporcionando en el momento del incidente; las medidas que se tomaron para reducir el riesgo del incidente y las medidas que se tomaron para proteger contra futuros incidentes similares
- Proporcione el nombre completo, la dirección del domicilio y números telefónicos de contacto de todos los testigos disponibles del incidente de lesión/daño/pérdida.
- Firme y ponga la fecha en el formulario; envíe el formulario llenado y los documentos adjuntos al trabajador social de CA del niño o el administrador de casos de DDD.

DAÑO A LA PROPIEDAD/ARTÍCULOS PERDIDOS:

- Daño a la propiedad: Envíe una cotización detallada o la factura final de reparación/limpieza firmados por el establecimiento para confirmar el reclamo. NOTA: No se paga los costos de mano de obra cuando un padre sustituto hace su propio trabajo; sin embargo, pagaremos el costo de los materiales necesarios para hacer las reparaciones.
- Pérdida de material y daño a la propiedad que no se puede reparar ni limpiar: Envíe dos cotizaciones para la reposición, detalladas y firmadas por diferentes establecimientos o el recibo de compra de la reposición por un artículo comparable o de un tipo y calidad similares (el mismo modelo, marca, características, etc.) y una copia del recibo de compra original, si se encuentra disponible. Dos imágenes de los medios de comunicación de la mercadería identificada (con la descripción e indicación del precio) serán suficientes como cotizaciones comparables.
- Daños a la propiedad/pérdidas relacionadas con robo, vandalismo e incendio: Envíe una copia del informe de la policía o el departamento de bomberos junto con cualquier resultado de la investigación de seguimiento para los reclamos por encima de \$250.00 (\$100.00 para dinero).
- Es posible que se requiera fotografías que demuestren el daño si el daño a la propiedad no es constatado por el trabajador social de CA o el administrador de casos de DDD.

TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA Y GASTOS DENTALES/DE LA VISTA:

- Médico/dental/de la vista: Envíe una copia de la factura del proveedor/declaración del seguro y, para las lesiones, notas de la alta médica.
El pago está limitado a los costos que no se paguen de alguna otra manera.
- Dental: Reemplazo comparable de los dispositivos dentales pagados (si no son reparables) hasta un máximo bajo el plan.
- Vista: Envíe el recibo de compra de la reposición o dos cotizaciones detalladas y firmadas por diferentes establecimientos para una reposición comparable de anteojos/lentes de contacto (la factura de la reparación si es reparable) y una copia del recibo de compra original, si se encuentra disponible.

PARA QUE LLENE EL TRABAJADOR SOCIAL DE CA O EL ADMINISTRADOR DE CASOS DE DDD

- Verifique la exactitud del reclamo, que esté completo, la prontitud de su entrega, los documentos de respaldo y la firma.
- Llene la sección del trabajador social en la Página 2 del formulario de reclamo, proporcione el número de caso e información de la colocación del/de los niño(s) involucrados; indique su respuesta a las Preguntas 3 a 7; indique las razones por las cuales está o no está de acuerdo y proporcione cualquier otra información pertinente.
- Para los reclamos que se presenten más de noventa (90) días después del incidente, incluya una declaración indicando la razón para el retraso en presentar el reclamo.
Los reclamos que la Administración de Niños de DSHS no reciba en el transcurso de un año de un incidente, serán rechazados.
- Escriba su nombre completo en letra de imprenta; indique su oficina, región, mail stop y número telefónico; firme y ponga la fecha en el formulario de reclamo y envíe el original a la Administración de Niños de DSHS. (Vea la distribución al pie de la Página 2).

RECLAMO DE REEMBOLSO DE LOS PADRES SUBSTITUTOS

CA Children's Administration

<input type="checkbox"/> Presentado por un Proveedor Autorizado	<input type="checkbox"/> Presentado por un Proveedor VPP/Alivio de DDD	VALOR DEL RECLAMO (MONTO TOTAL SOLICITADO)
---	--	--

Los padres sustitutos tienen que llenar este formulario para solicitar el reembolso por daños a la propiedad/pérdidas y gastos iniciales del tratamiento médico en el que se incurra debido a un acto del niño bajo cuidado sustituto/alivio. Los reclamos se tienen que presentar al trabajador social de CA o al administrador de casos de DDD asignado al niño en el transcurso de treinta (30) días de un incidente de lesión/daño/pérdida. Los reclamos que no se presenten de manera oportuna podrían ser rechazados. Los reclamos que la Administración de Niños de DSHS no reciba en el transcurso de un año del incidente serán rechazados.

1. INFORMACIÓN DEL PADRE SUBSTITUTO/DE ALIVIO DE DDD/PROVEEDOR DE VPP (EN LETRA DE IMPRENTA)

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

2. INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL/DE LOS NIÑOS(S) SUBSTITUTOS/DE ALIVIO DE DDD/DE VPP (NOMBRE LEGAL EN LETRA DE IMPRENTA)

APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	SITUACIÓN (MARQUE UNA)
			<input type="checkbox"/> Niño bajo cuidado de alivio <input type="checkbox"/> Niño bajo cuidado sustituto
			<input type="checkbox"/> Niño bajo cuidado de alivio <input type="checkbox"/> Niño bajo cuidado sustituto
			<input type="checkbox"/> Niño bajo cuidado de alivio <input type="checkbox"/> Niño bajo cuidado sustituto

3. INFORMACIÓN DE RESPALDO: LLENE ESTA SECCIÓN EN UN FORMULARIO POR SEPARADO PARA LOS ARTÍCULOS ADICIONALES (LEGIBLEMENTE EN LETRA DE IMPRENTA)

PARA DAÑOS A LA PROPIEDAD/ARTÍCULOS PERDIDOS	ARTÍCULO 1	ARTÍCULO 2	ARTÍCULO 3
a. Fecha del incidente			
b. Artículo dañado/perdido (por ejemplo, televisor)			
c. Costo de la compra original/fecha en que se compró originalmente	/	/	/
d. Costo de reparación/limpieza (para los artículos dañados)			
e. Costo de reposición comparable (Para artículos perdidos y artículos que no se pueden reparar. Adjunte una copia del recibo de la reposición o dos cotizaciones de establecimientos).			
<input type="checkbox"/> Recibo <input type="checkbox"/> Cotización 1 <input type="checkbox"/> Cotización 2			
RECLAMOS POR GASTOS DE TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA/ DENTAL/DE LA VISTA	ARTÍCULO 1	ARTÍCULO 2	ARTÍCULO 3
f. Monto de la factura (adjunte una copia de la factura o constancia)			
g. Monto pagado por el seguro (indique N/A si no se dispone de uno). Adjunte una copia de la factura o constancia.			

h. Circunstancias: Describa **CÓMO** y **QUÉ** lesión, daño o pérdida ocurrió específicamente. Si es necesario, adjunte una hoja aparte para continuar la declaración de su descripción.

i. Describa qué supervisión se estaba proporcionando en el momento en que ocurrió el/la lesión/daño/pérdida y qué medidas se habían tomado para reducir el riesgo del incidente. Indique qué medidas se tomarán para proteger contra futuros incidentes similares.

Foster Parent Reimbursement Claim

4. DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO

Adjunte los documentos de respaldo requeridos para todos los artículos reclamados, como se indica en la lista de control del reclamo. Se podría exigir fotografías del daño. Se tiene que adjuntar una copia del informe de la policía o el departamento de bomberos junto con los resultados de cualquier investigación de seguimiento para los reclamos por encima de \$250.00 relacionados con robo, vandalismo e incendio (\$100.00 para dinero). **No se hará el reembolso sin todos los documentos/información requeridos.**

5. TESTIGO(S) DEL INCIDENTE DE LESIÓN/DAÑO/PÉRDIDA (EN LETRA DE IMPRENTA)

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

6. VALIDACIÓN DEL RECLAMO

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

SOLAMENTE PARA USO DEL DEPARTAMENTO

Para ser llenado por el trabajador social de CA o el administrador de casos de DDD: **El no proporcionar toda la información requerida ocasionará un retraso en el reembolso al padre sustituto.**

1. NOMBRE DE LOS NIÑOS O NÚMERO(S) DE CASO	2. INFORMACIÓN SOBRE LA COLOCACIÓN
	A <input type="checkbox"/> Todavía en el hogar
	A <input type="checkbox"/> Todavía en el hogar
	A <input type="checkbox"/> Todavía en el hogar

- Por favor responda lo siguiente:**
- 3. Presenció personalmente el daño/la lesión. Sí No
 - 4. El padre (la madre) sustituto(a) firmó/puso la fecha en el reclamo. Sí No
 - 5. Se proporcionó toda la información y la documentación requeridas. Sí No
 - 6. Verifiqué que el reclamo ocurrió durante un servicio de Cuidado Substituto/de Alivio de DDD/VPP. Sí No
 - 7. Estoy de acuerdo con el pago de este reclamo. Sí No

8. INDIQUE LAS RAZONES POR LAS CUALES ESTÁ O NO ESTÁ DE ACUERDO. PROPORCIONE CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN DEL PACIENTE (ADJUNTE UNA PÁGINA ADICIONAL, SI ES NECESARIO).

NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL/ADMINISTRADOR DE CASOS (EN LETRA DE IMPRENTA)	OFICINA LOCAL	REGIÓN	MAIL STOP
FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL/ADMINISTRADOR DE CASOS	FECHA	NÚMERO TELEFÓNICO ()	