**Informe de gastos de fondos para necesidades complejas de cuidado de niños**

**Child Care Complex Needs Fund Spending Report**

Nombre de la institución/centro:

Número de identificación de proveedor autorizado:

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 | **Tabletas** | **Materiales de apoyo/adaptativos** | $700 |
| John Doe | **Nómina** | **Personal** | $5,000 |
| John Doe | **Impuestos de nómina** | **Personal** | $800 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Gasto total: $

**Por favor 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

Si necesita ayuda para rellenar su informe de gastos de fondos para necesidades complejas de cuidado de niños, envíe un mensaje a dcyf.childcaregrants@dcyf.wa.gov.