|  |  |
| --- | --- |
|  | **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