

**PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ADOPCIÓN
INSTRUCCIONES DE PAGO**

ANEXO
Departamento de Servicios Sociales
Etiqueta de la dirección

Condado																				
Número SIS																				
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>																				
Número de Caso del Condado																				

Nombre adoptivo del niño(a)	Nombre del Padre/Madre adoptivo(a)
-----------------------------	------------------------------------

Este niño(a) es elegible para pago al Proveedor de Asistencia para Adopción por cualquier combinación de servicios médicos, preventivos, terapéuticos y psicológicos. La Asistencia para Adopción proveerá pago, sin exceder \$2,400.00 por año, por servicios relacionados con el tratamiento de las siguientes condiciones: Describa las necesidades especiales del niño(a). _____

De conformidad con el Estatuto General NC 108A-50, el reclamo debe representar únicamente la cantidad vencida después de que todos los reclamos del seguro médico se hayan procesado.

Adjunte dos (2) copias de su factura.

SECCIÓN I – INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre		
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico	
Firma del Proveedor	Fecha	

SECCIÓN II – INFORMACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

Firma del Representante o Director de la Agencia	Posición
Número de teléfono	Número de fax

Uso del formulario: Este formulario se utiliza para solicitar el pago para servicios médicos, preventivos, terapéuticos y psicológicos del proveedor. El DSS???? se debe proveer al padre/madre adoptivo(a) para que lo dé a cada proveedor servicios médicos, preventivos, terapéuticos o psicológicos.
Instrucciones a los Proveedores: Complete la Sección PROVEEDORES y envíela al Departamento de Servicios Sociales para el reembolso.