



**DESARROLLO Y CUIDADO INFANTIL  
COMPROBANTE DE  
COBRAR / REPORTAR**  
Michigan Department of Human Services

Número de ID del Proveedor

Número de Período de Pago (Uno por Forma)						Número de Página	

Lea las instrucciones en la página 2 antes de reportar.

Fechas de Período para Cobrar / Reportar  
**A**

Use esta forma cuando llame para reportar al fin del período de pago.

**NÚMERO DE TELÉFONO 1-888-779-2775 (Teléfono de Tono)  
PARA REPORTAR AL DHS: 1-888-826-1772 (Activado por Voz)**

Guarde esta forma por cuatro años como comprobante de reportar.

Anote su número de confirmación aquí: \_\_\_\_\_

														D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	TOTAL
Nombre del Niño																												Horas Cuid. Niño
# ID Niño																										Niño En./Días Fes.		
# de Caso																										Cobro por Cuidado		
Nombre del Niño																												Horas Cuid. Niño
# ID Niño																										Niño En./Días Fes.		
# de Caso																										Cobro por Cuidado		
Nombre del Niño																												Horas Cuid. Niño
# ID Niño																										Niño En./Días Fes.		
# de Caso																										Cobro por Cuidado		
Nombre del Niño																												Horas Cuid. Niño
# ID Niño																										Niño En./Días Fes.		
# de Caso																										Cobro por Cuidado		
Nombre del Niño																												Horas Cuid. Niño
# ID Niño																										Niño En./Días Fes.		
# de Caso																										Cobro por Cuidado		
Nombre del Niño																												Horas Cuid. Niño
# ID Niño																										Niño En./Días Fes.		
# de Caso																										Cobro por Cuidado		

Certifico que: • la información arriba de cobro es verdadera y exacta a mi mejor entender basado en la información disponible • No estoy cobrando a DHS más de lo que cobro al público general. • Yo guardo documentos permanentes y exactos por cuatro años, indicando la hora de llegada y salida para cada niño todos los días. • Los padres de los niños en cuidado tienen acceso ilimitado a sus niños mientras están en mi cuidado. • Entiendo que si los beneficios son sobrepagados por cualquier razón, los beneficios extras recibidos tendrán que ser reembolsados. Si una falsa interpretación intencional causó el sobrepago, la parte responsable, incluyendo cualquier adulto en el grupo del programa o el representante autorizado del grupo o el proveedor de mercancías o servicios, puede ser enjuiciado por fraude.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma Autorizada del Cuidador: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES: Complete toda la información pedida si no está impresa.**

**NOMBRE Y DIRECCION DEL CUIDADOR:** Anote el nombre y la dirección en la esquina izquierda de arriba.

**FECHAS DE PERIODO PARA COBRAR / REPORTAR:** Anote la primera y última fecha del período de pago que el cobro cubre. Vea el Provider Handbook and Reporting Instructions for Child Care Providers, DHS Publicación 230, para las fechas de período de pago.

**NUMERO DEL PERIODO DE PAGO:** Anote el número del período de pago correspondiente a las fechas para reportar. (Vea DHS Publicación 230.) Use un DHS-805 separado o un DHS-805A, Desarrollo y Cuidado Infantil, Comprobante de Cobrar / Reportar, por cada período de pago.

**NUMERO DE PAGINA:** Anote el número de la página.

**Número de Identificación del Cuidador:** Anote los 7 números dígitos (no el número de licencia) asignado al cuidador de niños cuando se usa para reportar al Departamento, si no ha sido impresa. (Vea DHS-198, Desarrollo y Cuidado Infantil, Certificado / Aviso de Autorización.)

**Número de Confirmación:** Entre el número de confirmación que usted obtiene al final de su llamada de teléfono que usted hace al reportar su información de cobro.

**Nombre del Niño:** Anote el nombre completo de cada niño para quien el cuidado ha sido autorizado por el período de pago.

**Número de Identificación del Niño:** Anote el número de identificación (ID) de 8 dígitos del niño. (Vea DHS-198.)

**Número del Caso:** Anote el número del caso asignado a la familia del niño. (Vea DHS-198.)

**Horas del Cuidado de Niño:** Anote el número de horas de cuidado que fueron realmente provistos en el cuadro debajo de cada día que el cuidado fue provisto. Incluye décimas de horas. (Ejemplo: 3.5.) **Esto puede ser más o menos que el número de horas autorizadas en el DHS-198. Deje sin marcar cualquier día que el niño no asistió.**

**Niño Enfermo / Días Festivos:** Los días festivos del Estado de Michigan y las ausencias que se deben a la enfermedad del niño se pueden reportar si usted cobra al público general (todos los clientes) por el día festivo o las ausencias debido a enfermedad. Vea el Provider Handbook and Reporting Instructions for Child Care Providers, DHS Publicación 230. Anote el número de horas que han sido reportados en el cuadro debajo la fecha en que el día festivo o de ausencia ocurrió. Incluye décimas de horas. (Ejemplo: 3.5.) No entre más horas que el niño normalmente hubiera estado en cuidado por ese día.

**TOTALES:**

**Horas del Cuidado de Niño:** En los cuadros marcados “Horas del Cuidado de Niño,” anote el total de las horas de cuidado de esta hilera por el período de pago de las dos semanas. Redondee al próximo número entero si hay parte de una hora reflejada en el total. (Ejemplo: 45.3 se redondea a 46.) **Usted puede reportar solamente el cuidado que fue proporcionado realmente. Esto puede ser más o menos que el número de horas autorizadas.**

**Niño Enfermo / Días Festivos:** En los cuadros marcados “Niño Enfermo / Días Festivos,” anote el total de las horas de cuidado de esta hilera por el período de pago de las dos semanas. Redondee al próximo número entero si hay parte de una hora reflejado en el total. (Ejemplo: 8.5 se redondea a 9.)

**Cobro por Cuidado:** En los cuadros marcados “Cobro por Cuidado,” anote la cantidad total de su cobro de cuidado por este niño por las **dos semanas del período de pago. Redondee al próximo dólar. No debe anotar centavos o ceros.** (Ejemplo: Su cobro por cuidado de tiempo completo es \$80.20 por semana, y este niño estaba en cuidado por ambas semanas. Entre 160 en estos cuadros.)

**FIRMA Y FECHA DEL CUIDADOR AUTORIZADO:** La persona autorizada a completar la DHS-805/805A firma y fecha la forma.

**EJEMPLO:**

		D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	TOTAL		
Nombre del Niño			1.5	4	6	9	5			7	8	3		1.8		Horas Cuid. Niño 4   6		
# ID Niño													8.5			Niño En./Días Fes.     9		
# de Caso																Cobro por Cuidado \$   1   6   0		

Al final del período de pago, usted debe reportar las horas de cuidado del niño y su cobro por el cuidado usando el Sistema Automático de Cobro para el Cuidado Infantil (ABCs). Dos opciones están disponibles para usted: reportando por teléfono o reportando por el Internet. Para cualquier opción usted necesitará saber el número del período de pago, su número ID de proveedor, y su número personal de identificación (PIN) o contraseña del Internet. Para instrucciones de reportar por el Internet, vea al [www.michigan.gov/dhs](http://www.michigan.gov/dhs), y haga clic en Day Care, I-Billing. Para reportar por teléfono, llame al 1-888-779-2775 sistema electrónica (teléfono de tono) o 1-888-826-1772 (activado por voz – si usted no tiene el servicio de teléfono de tono).

Para preguntas acerca de reportar por teléfono, llame al 1-888-281-3172. Para preguntas acerca de reportar por Internet o preguntas acerca de los pagos, llame al 1-800-444-5364.

**REPORTANDO SOBREPAGOS / PAGOS INSUFICIENTES:** Para reportar correcciones para pagos insuficientes o sobrepagos por período de pagos reportado previamente, someta un reporte corregido anotando el cobro quincenal correcto y el número correcto de las horas **que deben haber sido reportadas originalmente**. DHS calculará la diferencia entre el reporte corregido y el reporte original.

Para correcciones que resultan en un pago insuficiente, un pago suplemental será enviado por la cantidad del pago insuficiente. Para correcciones que resulten en un sobrepago, DHS enviará un aviso que demuestra el balance del sobrepago.

**NOTA:** Un error común cuando corrigiendo un informe para un **pago insuficiente** debe entrar solamente las horas o los dólares adicionales. Este error resultará en un cálculo del **sobrepago**.

**LAS FAMILIAS SON RESPONSABLES POR CUALQUIER PAGO DE CUALQUIER CANTIDAD NO PAGADA POR DHS.**

Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, sexo, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, orientación sexual, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.	AUTORIDAD: P.A. 280 de 1939. RESPUESTA: Obligatorio. PENALIDAD: Cuidador de niño no será pagado.
--	--