

Número de contrato: _____

Mes: _____

**CERTIFICACIÓN MENSUAL DE ADMISIBILIDAD
PARA CENTROS CON BENEFICIARIOS DEL TÍTULO XIX**

Por este medio certifico que cada centro privado de cuidado para adultos con fines de lucro que se indica a continuación recibió compensación de fondos otorgados al Estado conforme al título XIX de la ley de Seguridad Social para al menos un 25% de los adultos inscritos o de la capacidad autorizada de cada centro.

Certifico, además, que el comprobante de reembolso mensual adjunto no incluye comidas de ningún centro con fines de lucro que haya recibido dicha compensación para un número menor a 25% de sus adultos inscritos o de la capacidad autorizada durante el presente informe mensual. *

*El centro(s) autorizado(s) para trabajar con horarios partidos deberán tener un 25% de adultos inscritos calificados para obtener los beneficios del título XIX.

NOMBRES DE LOS CENTROS ACFP CALIFICADOS Y APROBADOS <u>EN ESTE MES</u>	NÚMERO TOTAL DE BENEFICIARIOS DEL TÍTULO XIX INSCRITOS	NÚMERO TOTAL DE ADULTOS INSCRITOS	CAPACIDAD AUTORIZADA DEL CENTRO

Nombre y dirección del proveedor ACFP:

Firma del representante autorizado del proveedor

Cargo

Fecha