

CAMBIO DE INFORMACIÓN

Aviso: Cualquier cambio de información en la documentación de la solicitud de proveedor ACFP actual que **no** se indique a continuación se presentará mediante:

Enviando una copia de la solicitud de proveedor ACFP actual y/o el Anexo A a la oficina del ACFP por correo con los cambios señalados en rojo.

Instrucciones: Complete la sección #1, todas o cualquiera de las secciones en donde se hayan realizado cambios en el contrato actual, luego obtenga la firma de autorización y envíela por correo.

1. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR Fecha de vigencia del cambio: _____ # de Contrato ACFP _____

2. INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE CONTACTO:

Nombre de la persona de contacto con el ACFP: _____

Nombre de la nueva persona de contacto autorizada: _____

Dirección de la nueva persona de contacto: _____ Cód. postal _____

Fecha de nacimiento de nueva persona de contacto: _____

Dirección de la nueva persona de contacto: _____

Teléfono de la nueva persona de contacto: () _____

Facsímil de la nueva persona de contacto: () _____

Correo electrónico de la nueva persona de contacto: _____

3. INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre actual de la institución con el ACFP: _____

Nuevo nombre oficial de la institución: _____

Nueva dirección postal de la institución: _____ Cód. postal _____

Nuevo domicilio de la institución: _____

Nuevo número de teléfono de la institución: _____

Nuevo facsímil de la institución: _____

Nuevo número EIN de la institución: _____

Por favor, presente una copia del documento oficial del cambio de nombre y/o del nuevo número EIN

Situación de exoneración de impuestos. Describa: _____

4. INFORMACIÓN DEL PRESIDENTE DE LA JUNTA O DEL DELEGADO AUTORIZADO

Nombre del nuevo presidente de la junta o del delegado autorizado: _____

Dirección de nuevo presidente de la junta o del delegado autorizado: _____

Cód. postal _____

Teléfono: () _____ Facsímil: () _____ Fecha de nacimiento: _____

5. INFORMACIÓN DEL CENTRO:

Aviso: Para incorporar a un nuevo centro, llame a la oficina del ACFP al (850) 414-2059 o al (850) 414-2122, si se va a eliminar a un centro, complete lo siguiente:

Nombre del centro tal como aparece en el Anexo A: _____

Nuevo nombre de este centro: _____

Nueva dirección postal de este centro: _____

_____ Cód. postal _____

Nuevo domicilio de este centro: _____

La nueva/renovada capacidad autorizada del centro de adultos: _____

Fecha de caducidad de la nueva/renovada capacidad autorizada: _____

Por favor, presente una copia de la nueva/renovada capacidad autorizada del centro de adultos o la "carta de aprobación de AHCA" hasta que se haya recibido el certificado oficial.

6. MÉTODO DE ENVÍO DE LA SOLICITUD DE REEMBOLSO

Cambiar a: Facsímil o Correo postal

7. INFORMACIÓN ACERCA DE LA AUTORIZACIÓN PARA FIRMAR

La siguiente persona(s) **ya no** tiene la autorización para firmar: (Escriba o tipee)

Se asigna a la siguiente persona(s) la autorización para firmar: (Escriba o tipee)

Nombre/Cargo

_____ comprobantes de solicitudes de reembolso mensual _____ contratos de abastecedor
_____ otros (Anote) _____

Nombre/Cargo

_____ comprobantes de solicitudes de reembolso mensual _____ contratos de abastecedor
_____ otros (Anote) _____

Firma del presidente de la junta actual o del delegado autorizado

Cargo