

Presente este documento a más tardar el día 15 del mes actual a:

Adult Care Food Program

Florida Department of Elder Affairs

4040 Esplanade Way, Bldg B

Tallahassee, Florida 32399-7000

(850) 414-2048 Facsímil (850) 414-2348

DEPARTAMENTO DEL ADULTO MAYOR
PROGRAMA ALIMENTARIO PARA EL CUIDADO DE ADULTOS
GESTIÓN DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN



Solicitud de reembolso mensual

Si esta es una solicitud modificada, Marque "x" es esta casilla

Instrucciones: Envíe la solicitud de reembolso perteneciente al mes anterior a la dirección indicada a más tardar el día 15 del mes actual. Si un patrocinador autorizado administra más de un centro, éste deberá reunir todos los datos de sus centros en una sola solicitud de reembolso. Consulte las instrucciones detalladas. Todas las cifras monetarias deberán redondearse a la cantidad entera del dólar más cercano. No coloque centavos.

Ejemplo: Indique \$150.75 así:

		1	5	1
--	--	---	---	---

1. Nombre y dirección del patrocinador:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. Postal _____

#EIN: _____

Apellidos: _____ Nombre: _____

Teléfono: _____

2. Número de contrato: _____

3. Mes: _____ Año: _____

4. Número de días de funcionamiento: _____

5. Promedio de asistencia diaria: _____

6. Número total de centros administrados: _____

Número de beneficiarios del título XIX: _____

Otros: _____

7. Número de adultos inscritos por categoría: Gratuita _____ Precio reducido: _____ Pagado _____

8. Numero de comidas servidas:

	Título XIX	Centro de adultos
Desayuno		
Merienda A.M.		
Almuerzo		
Merienda P.M.		
Cena		

9. Gastos e ingresos económicos del programa:

Gastos de funcionamiento: _____ Gastos administrativos: _____ Ingresos económicos: _____

10. Certifico que, a mi leal saber y entender, esta solicitud es verídica y correcta en todos sus aspectos; que la documentación está disponible para justificar este reembolso; que esta solicitud se encuentra en conformidad con las disposiciones existentes; que el pago no ha sido recibido y que las comidas mencionadas en esta solicitud no han sido ni serán solicitadas para ser reembolsadas de conformidad con la parte C del título III de la Ley de Americanos de la Tercera Edad de 1965.

Cargo: _____

Firma: _____ Escriba su nombre: _____

Fecha: _____