

SOLICITUD DE REEMBOLSO POR LA ACREDITACIÓN
Conforme a la Sección 11462 y la Sección 11463 del Código de
Bienestar Público e Instituciones

SECCIÓN I – INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre de la corporación/ titular de la licencia: _____ Número del proveedor de tarifas: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Persona de contacto: _____ Correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____ Cantidad solicitada: _____

Firma del proveedor: _____

SECCIÓN II – INFORMACIÓN SOBRE LA ACREDITACIÓN

ORGANISMO DE ACREDITACIÓN: _____ Inicio de la acreditación: _____
 Fecha

Favor de marcar la casilla apropiada. Finalización de la acreditación: _____
 Fecha

- El Comité de Acreditación (The Council on Accreditation-COA)
 La Comisión de Acreditación de Centros de Rehabilitación (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities-CARF)
 La Comisión Conjunta (The Joint Commission-TJC)

SECTION III – FCARB USE ONLY (PARA USO DE FCARB SOLAMENTE)

Federal PCA Code 22358: _____ State PCA Code 12354: _____
 Amount to be applied Amount to be applied

Index Code: 2513

Invoice # _____

Rates Consultant Signature: _____ Date Approved: _____

Por favor adjunte a este formulario la factura de la agencia de acreditación mostrando la cantidad de cobro y el cheque cobrado o recibo de la tarjeta de crédito y envíelo por correo junto con el formulario STD 204 (Payee Data Record) a:

State of California
 Children and Family Services Division
 Foster Care Audits and Rates Branch
 Foster Care Rates Bureau
 744 P. Street
 Mail Station 8-11-74
 Sacramento, CA 95814