

Office
St. address, city, state, zip
999.999.9999 phone * 999.999.9999 fax
www.wrksolutions.com

Fecha



Cargo, nombre y apellido
Dirección
Ciudad, estado, código postal

Estimado **cargo, apellido:**

Nosotros entendemos que le gustaría elegir un familiar para cuidar a su niño o seleccionar un familiar diferente para cuidar a su niño.

Para ello, debe hacer que ese familiar complete los siguientes formularios y los envíe por correo a Workforce Solutions Financial Aid Office en el sobre adjunto autodirigido.

- Programa de aranceles del familiar proveedor: con firma
- Formulario W-9: con firma
- Copia de la tarjeta de seguro social del familiar cuidador e identificación con foto
- Certificado del Listado de DFPS

Nosotros no podremos pagarle a su familiar hasta que hayamos recibido todos los documentos mencionados anteriormente.

Nos pondremos en contacto con su familiar para iniciar los acuerdos de facturación y pagos. Esto se describe en el Manual del familiar proveedor de Workforce Solutions, que hemos incluido en esta carta.

Recuerde que nosotros no podemos pagarle al familiar que usted ha elegido para cuidar al niño hasta que hayamos recibido todos los documentos anteriormente mencionados y hayamos hablado con el familiar.

Si usted o su familiar tienen alguna pregunta, llámenos al _____ o llame sin cargo al 1-888-469-5627, favor de escuchar y seleccionar la opción para encontrar ayuda económica, incluyendo cuidado.

Atentamente,

Workforce Solutions