

## Cuidador suplente Reclamación de responsabilidad de terceros Foster Caregiver Third Party Liability Claim

NÚMERO DE RECLAMACIÓN

Importe total de la reclamación: \$ \_\_\_\_\_

Presentada por:  Padre o madre suplente con licencia  Familiar con licencia  Proveedor de relevo

Use este formulario para solicitar el reembolso de daños sufridos por bienes de un tercero (vecino, visitante en el hogar, otra persona distinta al cuidador suplente) o de tratamiento médico de emergencia de un tercero por el que el cuidador suplente sea responsable debido a un acto accidental del cuidador suplente o de un menor que se encuentra en cuidado de crianza y colocado en el hogar.

*Ejemplo: un menor en cuidado de crianza es colocado en un hogar suplente con licencia y mientras juega a la pelota con el cuidador suplente rompen accidentalmente la ventana de un vecino con una pelota de béisbol. El daño sería pagado por este programa porque el artículo era propiedad de un tercer, el daño fue causado por el cuidador suplente o por el menor en cuidado de crianza y el cuidador suplente es responsable de reemplazar la ventana.*

### I. Información del cuidador suplente

NOMBRE	NÚMERO DE PROVEEDOR	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO
		CÓDIGO POSTAL

### II. Menor(es) en cuidado de crianza que provocaron daños o gastos médicos de emergencia

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE CASO

### III. Información del tercero

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO	NOMBRE DEL MENOR <input type="checkbox"/> NA
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO
		CÓDIGO POSTAL

### IV. Testigo

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
FIRMA		FECHA

### V. Información del suceso

<i>**Incluya fotografías y recibos**</i>	ARTÍCULO 1	ARTÍCULO 2	ARTÍCULO 3	ARTÍCULO 4
<b>Fecha en que ocurrieron los daños:</b>				
Artículo o lesión (televisor, fractura de pierna)				
Costo de limpieza				
Costo de reparación				
Costo de un reemplazo comparable				
Costo médico				
Costo de defensa legal				

VI. Información del seguro			
¿Algunos de los artículos arriba mencionados será pagado por un seguro de propietario de vivienda, médico, dental, de incapacidad laboral u otro seguro privado? <input type="checkbox"/> Sí			
Desembolso personal: \$	Compañía de seguros	Número de póliza	<input type="checkbox"/> NA
VII. Información del caso judicial			
Nombre y ubicación del juzgado	Número de expediente	Fecha de trámite	<input type="checkbox"/> NA
VIII. Narración			
Describa específicamente lo que ocurrió y que provocó la pérdida, daño o lesión. Incluya la supervisión que se estaba brindando.			
<b>Certifico o declaro, bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes del estado de Washington, que lo anteriormente establecido es verdadero y correcto.</b>			
FIRMA DEL CUIDADOR SUPLENTE:		FECHA	
<b>DEBE SER CONTESTADO POR EL TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO POR EL DCYF</b>			
<input type="checkbox"/> Revisé que la reclamación fuera precisa, completa y oportuna, y que incluyera documentos de sustento y la firma.			
<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo con el pago de esta reclamación.			
Motivos por los que no está de acuerdo o información adicional referente a esta reclamación:			
NOMBRE DEL TRABAJADOR DEL CASO		OFICINA DE CAMPO	REGIÓN
FIRMA		FECHA	

ENVÍE TODAS LAS RECLAMACIONES CONTESTADAS A LA SECCIÓN DE RECLAMACIONES DE CUIDADORES DEL  
DCYF A [dcyf.caregiverclaims@dcyf.wa.gov](mailto:dcyf.caregiverclaims@dcyf.wa.gov).

# Instrucciones de la reclamación de responsabilidad de terceros para el cuidador suplente

## DEBE SER CONTESTADO POR EL CUIDADOR SUPLENTE

Escriba el importe total de los costos capturados en la sección IV. Información del suceso en el cuadro superior derecho titulado "Importe total de la reclamación".

Seleccione el tipo de hogar suplente que corresponda.

**En la sección I.** Escriba el nombre, el número de proveedor, el número de teléfono y la dirección postal del hogar suplente.

**En la sección II.** Escriba el nombre, la fecha de nacimiento y el número de caso de los menores en cuidado de crianza.

**En la sección III.** Escriba el nombre y la información de contacto del tercero que sufrió la pérdida. Si el tercero fue un menor de edad, escriba la información de contacto de un adulto que viva con el menor e incluya el nombre completo del menor, o marque NA si el tercero no era menor de edad.

**En la sección IV.** Escriba el nombre completo y la información de contacto de un testigo del suceso (si hay uno disponible) y pídale que firme y feche el formulario.

**En la sección V.** Escriba la información de hasta cuatro (4) artículos.

Para cada artículo incluya la fecha del suceso, describa la pérdida específica y escriba el costo en la sección correspondiente.

### Para costos de limpieza:

En el caso de artículos que puedan limpiarse, escriba el costo e incluya una cotización, factura o recibo de pago detallados de un proveedor.

### Para reparaciones:

En el caso de daños materiales que no puedan limpiarse, escriba el costo e incluya una cotización, factura o recibo de pago de un proveedor. Si el cuidador suplente decide realizar la reparación por sí mismo, entregue una cotización o recibo exclusivamente por los materiales.

*\*Los costos de mano de obra no se pagan cuando un cuidador suplente hace su propio trabajo, el programa solamente pagará el costo de los materiales.*

### Para reemplazos:

En el caso de daños materiales que no puedan limpiarse ni reemplazarse, escriba el costo e incluya una cotización o un recibo de un reemplazo comparable (modelo, marca, características y calidad comparables). Las cotizaciones pueden ser de un proveedor de servicios, una tienda o un proveedor en línea.

*\*Incluya el recibo de compra original si lo tiene.*

### Para costos médicos:

Para lesiones médicas, dentales y de la vista de emergencia (fractura de pierna, etc.) incluya la factura médica y el estado de cuenta del seguro. Para artículos médicos, dentales y de cuidado de la vista de emergencia (prótesis, órtesis, anteojos, etc.) incluya la factura médica, estado de cuenta del seguro y una cotización o un recibo de un reemplazo comparable.

*\*Solo se cubren la consulta y el artículo médico de la emergencia inicial. Las consultas de seguimiento no se cubren.*

### Para costos de defensa legal:

En el caso de costos de defensa legal, incluya un estado de cuenta detallado de una oficina de abogados.

### Otras situaciones:

Incluya copias de los informes de incidentes, cartas y correos electrónicos referentes al suceso. En el caso de daños materiales debidos a robo, vandalismo o incendio, incluya una copia del informe de la policía o los bomberos y las conclusiones de la investigación de seguimiento.

**\*\*\*Recuerde incluir una fotografía de los daños y documentación de los costos (cotización, recibo, factura) de cada artículo\*\*\***

**En la sección VI.** Marque "Si" si hay disponible otra póliza de seguro y escriba el costo del desembolso personal, la compañía y el número de póliza O marque "NA" si no hay disponible otro seguro para esta reclamación. El programa puede pagar los costos de deducible y el desembolso personal de los artículos cubiertos.

*\*El reembolso se limite a los costos no pagaderos por un seguro privado ni por la ley de beneficios por discapacidad.*

**En la sección VII.** Escriba la información pertinente del caso judicial e incluya una copia del citatorio, la demanda y las mociones presentadas.

**En la sección VIII.** Describa lo que sucedió con detalle, incluya la supervisión que se estaba brindando y una explicación si no hay fotografías disponibles.

Firme, feche y envíe la reclamación, las fotografías, las cotizaciones o recibos y los demás documentos de sustento al trabajador social asignado por el DCYF.

## DEBE SER CONTESTADO POR EL TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO POR EL DCYF

Asegúrese de usar el formulario vigente y correcto, que se encuentra en el [sitio de internet de formularios del DCYF](#).

Devuelva la reclamación al cuidador suplente si se recibió un formulario de reclamación obsoleto, si no se incluye toda la información solicitada, si no se adjuntaron todos los documentos solicitados a la reclamación o si el formulario de reclamación no fue firmado y fechado por el cuidador suplente.

Declare que ha revisado que la reclamación es correcta, está completa, es oportuna e incluye documentos de sustento y firma.

Seleccione si está o no está de acuerdo con el pago de esta reclamación.

Escriba una declaración en la que indique por qué no está de acuerdo con la reclamación (si corresponde), si es probable que el menor en cuidado de crianza haya causado el daño, si usted vio el artículo dañado personalmente y el resto de la información pertinente sobre esta reclamación.

Escriba su nombre, oficina de campo y región con letra de molde, y luego feche y firme.

Adjunte a un correo electrónico el formulario de reclamación, las fotografías, las cotizaciones y los recibos, así como otros documentos de sustento, y envíelo a la sección de reclamaciones de cuidadores del DCYF a [dcyf.caregiverclaims@dcyf.wa.gov](mailto:dcyf.caregiverclaims@dcyf.wa.gov).

Este programa se rige por [RCW 74.14B.080](#) y [WAC 110-50-0900 a 110-50-0970](#)

*\*\*\*Esta página de instrucciones puede ser entregada con la reclamación, pero no es necesario hacerlo; se proporciona solo con fines informativos.\*\*\**