



INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE PAGO DEL PROVEEDOR

Un Formulario de Solicitud de Pago del Proveedor debe acompañar todas las solicitudes de pago a proveedores. Asegúrese de que su solicitud de pago del proveedor esté completada de forma correcta. Escriba todas las entradas claramente. Cada recibo o factura listada debe incluir Fecha, Código de Servicio, Descripción, Cantidad, Tasa y Total. Formularios incorrectos, incompletos o ilegibles pueden resultar en retrasos de pago.

1. Nombre del individuo recibiendo los servicios. Nombre del individuo en letra de molde.

2. ID de Participante/Empleado CDCN. Número de ID de siete dígitos.

3. Haga el cheque pagable a. Indica a quién se debe hacer pagable el cheque. Incluya el nombre y la dirección completa. Por favor, liste a un proveedor por cada formulario de solicitud.

4. Nueva dirección. Si este proveedor se ha mudado desde la última vez que entregó una solicitud de pago, marque la casilla y coloque la nueva dirección. Adicionalmente, entregue un formulario W-9 para este proveedor.

5. Fecha de la factura. La fecha de la factura o recibo. En formato MM/DD/YY. Por favor, liste cada factura en una línea separada, una fecha por línea. Adjunte una copia de cada recibo, factura o licitación/estimado firmada.

6. Código de Servicio. Ingrese el Código de Servicio correspondiente al servicio provisto en esta factura. Asegúrese de que el código de servicio esté aprobado en el presupuesto/plan.

7. Descripción del servicio. Escriba qué servicio o bien ofreció el proveedor en cada factura/recibo.

8. Cantidad. El número de objetos, unidades, horas o períodos en que el bien o servicio fue provisto.

9. Tasa por unidad. El costo de un objeto, unidad, hora o períodos de este bien o servicio.

10. Monto total en dólares. El monto total de esta línea.

11. Monto total de facturación. El total de todas las facturas a ser pagadas a este proveedor.

12. Firma del Participante/Representante.

13. Nombre en letra de molde. Escriba el nombre del Participante o del Representante del Participante que firma el formulario.

14. Fecha. Fecha de la firma del Participante/Representante. En formato MM/DD/YY. Esto debe ser **en la fecha o después de la fecha** de la última factura. Las fechas futuras de firmas no son aceptadas y serán devueltas para su corrección.

VENDOR PAYMENT REQUEST FORM

Mail/Drop Off: 2611 South Clark Street, Ste 700
Arlington, VA 22202

Email: InfoCDDC@ConsumerDirectCare.com

Fax: (855) 436-9066

Have Questions? Phone: (844) 381-4432

Requests for Vendor Payments received by Consumer Direct Care Network (CDCN) before 5:00 pm Monday are normally processed for payment by the end of the same week.

For Internal Use Only

<input type="checkbox"/> Participant Name & ID	<input type="checkbox"/> W-9*
<input type="checkbox"/> Vendor Name & Address	<input type="checkbox"/> Agreement*
<input type="checkbox"/> Serv. Code Matches Auth	<input type="checkbox"/> Amount approved
<input type="checkbox"/> Item/Service Authorized	<input type="checkbox"/> Funds available

*if needed

- CDCN must have authorization from the payer (State, MCO, or County) to process payment for all goods and services.
- The goods or services must be listed on the Participant's approved budget.
- All receipts and/or invoices must be included with this Vendor Payment Request Form to ensure proper processing.
- The Employer is responsible for allowing adequate processing time for payments to be made by due dates.
- Incorrect or incomplete Vendor Payment Request Forms may be returned for correction, which will result in delay of payment.

1	2
Name of Individual Receiving Services	CDCN Participant/Employer ID #

Make check payable to	NEW Address – <u>Must</u> check here <input type="checkbox"/>
Name	Indicate NEW address below
Address 3	4
City/State/Zip	

A vendor providing service(s) **must** submit a new W-9 if changing address.

Date of Invoice (mm/dd/yy)	Service Code	Description of Service	Quantity (Units)	Rate per Unit	Total Dollar Amount
5	6	7	8	9	10
Total Check Amount					11

Please attach a copy of the voided receipt, agency invoice, or signed bid/estimate.

I approve CDCN to issue payment directly to the above-named Vendor for the services/goods listed above. I certify that the above Vendor provided services in accordance with the plan. Falsification of this Vendor Payment Request is considered Medicaid Fraud and may result in dismissal from the program and/or criminal prosecution.

12	13	14
Participant/Representative Signature	Print Name	Date (mm/dd/yyyy)