Columbiana County Child Care Invoice

Invoice ____ of ____

Submit completed invoices to: Columbiana County Dept. of Job and Family Services, Business Office
110 N. Nelson Ave. Lisbon, OH 44432

Is this Childrens Services Child Care? Y or N

Provider Name : _____

Begin Date (MM/DD/CCYY) / /

End Date (MM/DD/CCYY) / /

Provider ID (no dashes)

Parent/Caretaker's Last Name

Parent/Caretaker's First Name

Child's Last Name

Child's First Name

Circle One: **I T P S 5 YR OLD Preschooler**

CO-PAY $_____

❖ **Week 1** ❖

Absent	Month	Day	Time In	AM/PM	Time Out	AM/PM	Time In	AM/PM	Time Out	AM/PM	Hrs	Signature
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			

# Absent Days	# No School Days	#2 hr delays	FT / PT / H	Rate Code(s)	Total # hrs (week)	Total reimbursement (week)
			/	/		

❖ Registration Fee

Total reimbursement (month) ❖

Parent/Caretaker Signature I certify that I have received the services indicated in this invoice.

Date (MM/DD/CCYY) / /

Provider Signature

Date (MM/DD/CCYY) / /

I certify the charges for services shown on this invoice are correct and in accordance with the terms of the agreement. My signature means I understand that the law provides a penalty upon conviction for claiming or accepting payment for services not given.

Columbiana County Child Care Invoice

❖ Week 2 ❖

Absent	Month	Day	Time In	AM/PM	Time Out	AM/PM	Time In	AM/PM	Time Out	AM/PM	Hrs	Signature
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			

# Absent Days	# No School Days	#2 hr delays	FT / PT / H	Rate Code(s)	Total # hrs (week)	Total reimbursement (week)
			/	/		

❖ Week 3 ❖

Absent	Month	Day	Time In	AM/PM	Time Out	AM/PM	Time In	AM/PM	Time Out	AM/PM	Hrs	Signature
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			

# Absent Days	# No School Days	#2 hr delays	FT / PT / H	Rate Code(s)	Total # hrs (week)	Total reimbursement (week)
			/	/		

Columbiana County Child Care Invoice

Invoice ____ of ____

❖ Week 4 ❖

Absent	Month	Day	Time In	AM/PM	Time Out	AM/PM	Time In	AM/PM	Time Out	AM/PM	Hrs	Signature
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			

# Absent Days	# No School Days	#2 hr delays	FT / PT / H	Rate Code(s)	Total # hrs (week)	Total reimbursement (week)
			/	/		

❖ Week 5 ❖

Absent	Month	Day	Time In	AM/PM	Time Out	AM/PM	Time In	AM/PM	Time Out	AM/PM	Hrs	Signature
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			
O Abs			:		:		:		:			

# Absent Days	# No School Days	#2 hr delays	FT / PT / H	Rate Code(s)	Total # hrs (week)	Total reimbursement (week)
			/	/		