

MFIP/BASIC SLIDING FEE CHILD CARE OVERPAYMENT V



2588140 BLF022

Name(s) _____

Case # _____

CC Type: () MFIP () Transition () Extension () BSF

OP Type: () Agency Error () Household Error () Fraud () Admit Fraud

Date Year 2025/ 2026	(A) Original Copay Fee	(B) Corrected Copay Fee	(C) Difference [(B) minus (A)]	(D) Amt. Paid To the Provider(s)	(E) Amount Overpaid*	(F) Correct Issuance to Provider(s) [(D) minus (E)]	Child Care Program	(H) Reimbursement Amount**
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		
			\$ 0.00			\$ 0.00		

* (E): If (D) > (C) enter (C)

 If (D) < (C) enter (D)

** (H): if (G) > (F) enter [(D) minus (G)]

 If (G) < (F) enter (E)

Total (H) _____ \$ 0.00

Worker Signature _____

Date _____