Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos

FORMULARIO - CALIFICACIÓN DE HORAS EXTRAS DEL PROGRAMA SERVICIOS EN EL HOGAR

Los clientes del Programa Servicios en el Hogar (HSP) que cumplen con los siguientes requisitos, pueden presentar una petición a la oficina central de HSP para la calificación de horas extras. Para ser considerado por la calificación de horas extras, por favor complete y entregue este formulario a la oficina local que le proporciona servicios. Los formularios que están incompletos serán devueltos al cliente. Por favor tenga en cuenta, HSP puede pedirle documentación médica en cualquier momento durante el proceso de revisión.

El cliente no está calificado para aprobar a un proveedor individual horas extras hasta que reciba autorización y un aviso de la Oficina Central de HSP. Horas extras sin autorización resultará en un "incidente" como se define en el reglamento de horas extras de HSP y tendrá consecuencias progresivas para el proveedor individual. Mientras tanto, si circunstancias extraordinarias ocurren que resultan en el uso de horas extras, el cliente debe presentar el formulario *Justificación de Horas Extras del Programa Servicios en el Hogar*.

DEBE COMPLETAR EL CLIENTE HSP (En letra de molde)

Nombre del Cliente: _____

Direción: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Número del Caso HSP: _____

Oficina Local de HSP: _____ Distrito: _____

Soy una persona que tiene (por favor marque todo lo aplica):

- ☐ una tarifa para cuidado excepcional
- ☐ una Determinación de Necesidades con puntuación de 70 o más
- ☐ un plan de servicio por orden de la corte que supera los costos de HSP

Tengo horas para "estar solo" según mi plan de servicio Sí ☐ No ☐

_____ _____
Firma del Cliente Fecha

Solamente para el uso de HSP: (For HSP use only)

Date Received by Local Office: _____ Receiver: _____

Date to HSP Central Office: _____ Sender: _____

Decision Date: _____ CO Staff: _____

Approved: _____ Denied: _____

Customer Notified: _____ Local Office Notified: _____