



INSTRUCCIONES PARA PLANILLA HORARIA DEL PROGRAMA DE SERVICIOS EN EL HOGAR

1 Distrito: _____

Número de caso: _____ Número de seguridad social del trabajador: _____

2 Nombre del cliente: _____
Dirección: _____ Apt. N.º _____
Ciudad/Código postal: _____
Teléfono: (____) _____
 La información cambió desde el envío de la última planilla horaria.

La información cambió desde el envío de la última planilla horaria.
NOTA: el cheque se enviará por correo al domicilio particular del prestador individual
3 Nombre del trabajador: _____
Domicilio particular: _____ Apt. N.º: _____
Ciudad/Código postal: _____
Phone:(____) _____

Deben completarse todos los campos para que la planilla horaria sea procesada.

1 Ingrese el número de tres dígitos del distrito

2 Ingrese el número de caso, el nombre del cliente, el domicilio, el código postal y el teléfono actual. Marque el casillero si esta información cambió.

4 Mes: _____ Año: _____

5 <input type="checkbox"/> Asistente personal	Fechas: (marque el casillero)		Indique a. m. o p. m. en cada horario de inicio y finalización						Total diario
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inicio	Finalización	Inicio	Finalización	Inicio	Finalización	
Tarifa:	1.º	16.º							
<input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería	2.º	17.º							
Tarifa:	3.º	18.º							
<input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería (LPN)	4.º	19.º							
Tarifa:	5.º	20.º							
<input type="checkbox"/> Enfermera (RN)	6.º	21.º							
Tarifa:	7.º	22.º							
<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta o terapeuta ocupacional	8.º	23.º							
Tarifa:	9.º	24.º							
<input type="checkbox"/> Terapeuta de lenguaje	10.º	25.º							
Tarifa:	11.º	26.º							
	12.º	27.º							
	13.º	28.º							
	14.º	29.º							
	15.º	30.º							
		31.º							
Total del periodo de pago									

3 Ingrese el número de seguridad social del trabajador, el nombre del trabajador, el domicilio, el código postal y el teléfono actual. Marque el casillero si esta información cambió

4 Ingrese el mes y el año en que se prestó el servicio.

5 Si usted no trabaja como un asistente personal, marque el casillero.

6 Indique el tiempo exacto que se le ha suministrado a través del sistema EVV. NO

CERTIFICACIÓN DEL CLIENTE/PROVEEDOR INDIVIDUAL POR SERVICIOS PRESTADOS

Certifico que la información anterior es verdadera y está de acuerdo con las Políticas de pago a prestadores individuales (IL488-2252). Certifico que la información anterior es cierta y que el cliente estaba en su casa al momento en que se prestaron los servicios (no en vacaciones no aprobadas, en el hospital, en un asilo de ancianos, etc.). Entiendo que la falsificación de cualquier información enviada en este formulario podría generar una acusación penal.

7 Firma del trabajador y Fecha

7 Firma del trabajador: _____ Fecha: _____

Certifico que la información anterior es verdadera y que los servicios fueron recibidos tal y como se precisan. Entiendo que la falsificación de cualquier información enviada en este formulario podría generar una acusación penal.

8 Firma del cliente y Fecha

8 Firma del cliente: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO INTERNO

Aprobación de pago del DHS: _____ Fecha: _____ Bruto: _____ Aut.: _____

Consejos útiles

- Indique el tiempo exacto suministrado por el sistema EVV.
- Considere usar un resaltador para indicar los cambios de domicilio o tarifa.
- Use tinta negra o azul.
- Complete toda la planilla horaria; no hacerlo puede demorar el pago.

Números de teléfono de EVV

Inglés	Español	Múltiples clientes en el hogar
1-855-347-1770	1-855-347-0771	1-844-604-7391
1-855-573-0726	1-855-573-1726	1-844-786-7495

LÍNEA DIRECTA PARA PRESTADORES

Llame PRIMERO a este número para obtener información sobre sus cheques.

1-800-804-3833