Pacific Homecare Services

Tarjeta Mensual de Horas del Servicio de Respiro
Forma 1811 PH Sp (Rev. 4/20/2007)

Tarjeta Mensual de Horas del Servicio de Respiro

Instrucciones para los Proveedores de Respiro: Por favor llene, firme y envíe la tarjeta de horas a **Pacific Homecare Services** a mas tardar el día **5** de cada mes para el pago de los servicios efectuados el mes anterior. El pago de los servicios de respiro lo recibirá el día 20 de cada mes. Si las tarjetas de horas no son recibidas durante los primeros **5** días del mes, el pago de los servicios se hará hasta el siguiente mes. NO HAY EXCEPCIONES. La Tarjeta de horas puede ser enviada **por correo**: Pacific Homecare Services, 2027 Grand Canal Blvd., Suite 27, Stockton, CA 95207, **por fax:** (209) 956-2585, o **por correo electrónico:** accounting@phrespite.com. Por favor utilice una forma por cada cliente.

Instrucciones para los Padres/Custodios: Por favor confirme que la información sea correcta y firme la tarjeta de horas.

Si usted tiene **CUALQUIER** pregunta sobre como llenar la forma, ***no llame*** *a* VMRC. Por favor llame a **Pacific Homecare Services** al (209) 956-2532.

-Utilice pluma azul o negra y escriba con claridad-

Nombre del Cliente : _____ **UCI No.** _____
Apellido *Nombre*

Proveedor del Respiro: _____ **Teléfono del Cliente:** _____
Apellido *Nombre*

Servicios Proveídos: (Mes) _____ **(Año)** _____

Datos de los servicios (MM / DD /Año)	Hora de inicio	Hora de terminación	No. de Horas trabajadas
Ejemplo: 06/17/2006	*2:00 p.m.*	*4:30 p.m.*	*2.5*
PHS INTERNAL USE		**TOTAL DE HORAS**	
_____ **Horas autorizadas por** _____	**Centro Regional** / ***VMRC***		
Autorización No. _____	**Código** _____		
Inicio: _____ **Final:** _____			

Certifico que yo prestaré el servicio de respiro al cliente mencionado en esta forma en los días y horas designadas. Estoy enterado de que si yo, teniendo el conocimiento, proporciono información falsa o incorrecta, seré culpable.

Yo certifico que la información proporcionada en esta forma es veraz y correcta. Estoy enterado de que si yo, teniendo el conocimiento, proporciono información falsa o incorrecta, seré culpable.

_____ _____
Firma del Proveedor de Respiro *Fecha* *Firma del Padre/ Custodio* *Fecha*