

Programa Servicios de Apoyo para la Familia

Esta forma se debe completar y ser firmada por la familia para recibir reembolso por los servicios asignados

Fecha: _____

Mes/Año del servicio: _____

Nombre del Cliente: _____	Nombre de la familia: _____
#de SS: _____	

Petición de Cheque

Pagadero a: _____

Dirección: _____

Numero de teléfono: _____

Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____

Diario de Proveed urde Respiro: (Esto se debe completar para reembolso de servicios de respiro)

Fecha del Servicio	Hora de Empiezo	Hora de Terminar	Tarifa de Pago Negociado	Total de Horas	Cantidad de Bida
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
				Total Debido	\$
Firma del Proveedor de Respiro			Fecha:		
Dirección:		Ciudad/Estadio/Codigo Postal:		#de Teléfono	

Petición de Cheque

Pagadero a: _____

Dirección: _____

Numero de teléfono: _____

Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____

Declaración de Gastos de la familia:(Estos se debe completar para reembolso de todo los servicios excepto el Respiro)

Tipo de servicio para reembolso	Nombre del miembro de la familia recibiendo el servicio	Fecha que se recibió	Cantidad
			\$
			\$
			\$
			Total Debido
			\$

Certificación: Yo por el presente certifico que la información arriba es correcto. Nuestra familia mantendrá copia s de los recibos como fue especificado por CDSI y nuestro Plan de Apoyo para la familia. Recibos para cosas/servicios y apoyos arriba de \$60.00 y más van incluidos en esta deciaracion.

Firma de Padre/Guardian

Fecha

encargado de servicios de ayuda

Fecha