



DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDADES Y DEL DESARROLLO
 PROGRAMA DE APOYO A LA FAMILIA
 FACTURA DE SERVICIOS EN EL HOGAR

MES	FECHAS ESPECIFICAS DE SERVICIO	AÑO	FACTURA #

Nombre del beneficiario: _____

Condado: _____

Servicios Aprobado por: (marque uno)

--	--	--	--	--

El Relevo Incluye Ninera
Personal Asistencia
Enfermeria
Ama de Casa
OTRO:

CANTIDAD SOLICITADA: \$

Hacer Cheque Pagable A:

NOMBRE: _____

HABLA A: _____

**Si el cheque se escribe a nombre del proveedor de servicios, el proveedor debe dar su SS# y Telefono#*

Numero de seguridad social: _____

Numero de telefona: _____

Al firmar y fechar este formulario, yo, la persona respaldada o representante legal, indico que toda la informacion anterior es verdadera y preciso. Ademas, entiendo que proporcionar informacion invalida, inexacta o incompleta puede resultar en la denegacion de un reclamo, desafiliacion del programa y/o investigacion criminal. La cancelacion de la inscripcion en el programa evitaria la nueva solicitud en anos subsecuentes.

La familia/tutor/beneficiario certifica mediante la firma que figura a continuacion que los servicios por el monto total que se muestran para el mes enumerados anteriormente han sido.

Familia, Tutor, Beneficiario **Fecha**

El Proveedor certifica con la firma a continuacion que se han proporcionado los servicios por el monto total que se muestra para el mes mencionado anteriormente.

Nombre impreso del proveedor: _____

Direccion del proveedor: _____

Telefono del proveedor: _____

Proveedor (FIRMA) **Fecha**

Para uso de la:

Un Circulo Aprobado Denegado

Coordinador de Agencia Fecha