



إدارة الإعاقة والشيخوخة برنامج دعم الأسرة

فاتورة خدمات منزلية

شهر	تواريخ الخدمة بالتحديد	سنة	رقم الفاتورة

اسم المستلم:

المقاطعة:

الخدمة /

الخدمات

المتفق

عليها

(اختر إجابة واحدة)

بغرض:

--	--	--	--	--

غير ذلك

تدبير منزلي

تمريض

مساعدة شخصية

رعاية مؤقتة
(تشمل مجالسة الأطفال)

\$

المبلغ المطلوب:

إصدار شيك مستحق الدفع إلى:

الاسم:

العنوان:

*إذا كان الشيك مكتوبًا باسم مقدم الخدمات، فلا بد له من تقديم رقم الضمان الاجتماعي ورقم هاتفه

رقم الضمان الاجتماعي:

رقم الهاتف:

بموقع هذا النموذج وتاريخه، أقر أنا، الشخص المدعوم أو الممثل القانوني، بأن جميع المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة ودقيقة. وبالإضافة إلى ذلك، فإننا أدرك أن تقديم معلومات غير صالحة أو غير دقيقة أو غير مكتملة قد يؤدي إلى رفض الطلب، أو الاستبعاد من البرنامج، أو إجراء تحقيق جنائي. وسيؤدي الاستبعاد من البرنامج إلى منع إعادة التقديم في السنوات اللاحقة.

بالتوقيع أدناه، تُقر الأسرة/الوصي/المستلم بأنه قد تم تقديم الخدمات بالمبلغ الإجمالي الموضح للشهر المذكور أعلاه.

الأسرة/الوصي/المستلم	التاريخ
بالتوقيع أدناه، يقر مقدم الخدمات بأنه قد تم تقديم الخدمات بالمبلغ الإجمالي الموضح للشهر المذكور أعلاه.	
اسم مقدم الخدمات مكتوبًا:	_____
عنوان مقدم الخدمات:	_____
رقم هاتف مقدم الخدمات:	_____
مقدم الخدمات (التوقيع)	التاريخ
هذا الجزء تملؤه الوكالة:	
ضع دائرة حول اختيار واحد: مقبول	مرفوض
منسق الوكالة	التاريخ

جميع المستفيدين من برنامج دعم الأسرة يوقعون خطة خدمات سنوية مع الوكالة. خطة الخدمات من شأنها أن توثق الخدمات والمبلغ المتفق عليهما للسنة. هذه الفاتورة تهدف إلى تقديم دفعة مقدمة لك مقابل الخدمة المتفق عليها. لن يتم تخصيص أموال إضافية حتى يتم تقديم هذا النموذج المكتمل ومعه إيصال.