



DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDADES Y PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

Factura por Servicios En Casa

MES	FECHAS ESPECÍFICAS DE SERVICIO	AÑO	# FACTURA

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____

CONDADO: _____

SERVICIO(S)
APROBADO(S)
PARA:
(marcar uno)

--	--	--	--	--

Relevo *incluye* Asistencia Enfermería Ama de casa Otro:
Cuidado de niños Personal

MONTO SOLICITADO:

\$

HACER EL CHEQUE A NOMBRE DE:

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

**Si se emite el cheque al proveedor del servicio, el proveedor debe dar su SS# y# Teléfono*

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

Al firmar y fechar este formulario, Yo, la persona financiada o representante legal, indico que toda la información anterior es verídica y exacta. Además, entiendo que proveer información inválida, inexacta o incompleta puede resultar en la denegación de una solicitud, desafiliación del programa y/o investigación criminal. La desafiliación del programa evitaría el volver a hacer la solicitud en años posteriores.

El(la) Familia/Guardián/Beneficiario certifica con su firma a continuación, que se han provisto los servicios para el monto total que se muestra para el mes que aparece más arriba.

Familia/Guardián/Beneficiario	Fecha

El Proveedor certifica con su firma a continuación que se han provisto los servicios para el monto total que se muestra para el mes que aparece más arriba.

Nombre Impreso del Proveedor: _____

Dirección del Proveedor: _____

Teléfono del Proveedor: _____

(FIRMA) del Proveedor	Fecha

Para Uso de la Agencia:

Marcar Uno: Aprobado Denegado

Coordinador de la Agencia _____ Fecha _____

**Todos los beneficiarios del Programa de Apoyo Familiar firman un Plan de Servicio anual con la agencia.
El Plan de Servicio documenta el servicio y monto aprobado por el año.
Este Formulario de Reembolso es para reembolsarle a usted por el viaje aprobado**