



قسم الإعاقات الذهنية والتنمية

برنامج دعم الأسرة

فاتورة الخدمات المنزلية

رقم الفاتورة	العام	تواريخ الخدمة المحددة	الشهر
--------------	-------	-----------------------	-------

اسم المتلقي:

المقاطعة:

الخدمة / الخدمات

المتفق عليها:

_____	_____	_____
-------	-------	-------

بغرض: الراحة شاملة مجالسة الأطفال المساعدة الشخصية التمريض مُدَبِّرَة المَنْزِل غير ذلك:

(حدد خيار واحد)

المبلغ المطلوب:	دولار
-----------------	-------

تقديم شيك مستحق الدفع إلى:

الاسم:

العنوان:

* في حالة كتابة الشيك لمقدم الخدمة، فيجب عليه تقديم رقم الضمان الاجتماعي ورقم الهاتف الخاص بهم.

رقم الضمان الاجتماعي:

رقم الهاتف:

بالتوقيع على هذه الاستمارة وتاريخها، أنا، الشخص المدعوم أو الممثل القانوني، أشير إلى أن جميع المعلومات الواردة أعلاه صحيحة ودقيقة. بالإضافة إلى ذلك، أفهم أن تقديم معلومات غير صالحة أو غير دقيقة أو غير كاملة قد يؤدي إلى رفض المطالبة أو إلغاء التسجيل في البرنامج و / أو تحقيق جنائي، حيث سيؤدي إلغاء التسجيل في البرنامج إلى منع إعادة التقديم في السنوات اللاحقة.

تشهد الأسرة / الوصي / المتلقي بالتوقيع الوارد أدناه أنه تم توفير الخدمات بالمبلغ الإجمالي الموضح للشهر المذكور أعلاه.

التاريخ

الأسرة / الوصي / المتلقي

بالتوقيع أدناه، يشهد مقدم الخدمة أنه تم توفير الخدمات بالمبلغ الإجمالي الموضح للشهر المذكور أعلاه.

اسم مقدم الخدمة (مطبوع):

عنوان مقدم الخدمة:

هاتف مقدم الخدمة:

التاريخ:

توقيع مقدم الخدمة:

مصرح لاستخدام الوكالة:

الدائرة الأولى:

منسق الوكالة:

مقبول

مرفوض

التاريخ:

يمنظ جهنظ لتكوى طخت عك لك اهدا ثخ علكو لأزب عو ص ب عك لب قو دم ا ب ا ططك مك ب.

ق لم ص ب طخت لب لخم ب طخت لب ططك ططحتا كخد ب.

تتف . شظ ططتة مذك و أعم م ا شظ عك طخت لب ططتى قو ططططتق ب عكند.