



**Departamento de Discapacidades Intelectuales y de Desarrollo
Programa de Apoyo Familiar**

Factura por Servicios En Casa

MES	FECHAS ESPECÍFICAS DE SERVICIO	AÑO	# FACTURA

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____

CONDADO: _____

SERVICIO(S) APROBADO(S)					
----------------------------	--	--	--	--	--

PARA: Relevo *incluye* Asistencia Enfermería Ama de casa Otro:
(marcar uno) *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.

DIDD-6001

RDA pendiente