



CHILDREN WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS SERVICES PROGRAM

Servicios de Apoyo a la Familia

Control de horas realizadas para proveedores de servicios de relevo | Formulario E

**Indicaciones:** Registre las fechas y las horas trabajadas en este formulario y preséntelo de manera **mensual**. **Excluya fechas de otros meses**. El Programa deberá recibir su formulario dentro de 95 días de las fechas realizadas. Envíelo vía fax al número **512-458-7238**, por correo electrónico a **csn@hhsc.state.tx.us** ó por correo a

CSHCN Services Program | FFS Claims  
Specialty Health Care Services, MC 1938,  
PO Box 149347  
Austin, Texas 78714-9347

**Cliente:**

**Núm. Cliente:**

**Date Submitted:**

**Proveedor:**

**Núm. Proveedor:**

**Salario/Hora:**

Se autoriza el relevo para el periodo de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ aproximadamente \_\_\_\_\_ horas por mes a \_\_\_\_\_ dólares la hora. El Programa no reembolsará servicios que excedan la cantidad de \_\_\_\_\_ dólares. Verifique las horas de relevo restantes con la familia del cliente.

MES/AÑO:					
FECHA	ENTRADA	SALIDA	TOTAL (HRS.)	COSTO/DÍA	OBSERVACIONES
<b>TOTAL:</b>					

Certifico que los servicios se prestaron durante las horas aquí registradas y que se realizaron los trabajos asignados.  
**Firma del proveedor:**  
  
**Fehca:**

Certifico que, según me conocimiento, el proveedor de relevo ha realizado los trabajos asignados de acuerdo con las horas y las fechas aquí registradas.  
**Firma del padre o tutor del cliente, o cliente adulto:**  
  
**Fecha:**

**FOR OFFICE USE ONLY**  
**Authorization Number:** \_\_\_\_\_ **Authorization date:** \_\_\_\_\_

Para aclarar cualquier duda sobre este formulario, marque 1-800-252-8023.