



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 **512-206-3988**, por correo electrónico a **cshcn@hhs.texas.gov** o por correo postal a:

CSHCN Services Program | FSS Claims  
MC 1938  
P.O. Box 149030  
Austin, Texas 78714-9030

**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. <b>Firma del proveedor:</b>  <b>Fecha:</b>			Certifico que, según mi conocimiento, el proveedor de relevo ha realizado los trabajos asignados de acuerdo con las horas y las fechas aquí registradas. <b>Firma del padre o tutor del cliente, o cliente adulto:</b>  <b>Fecha:</b>		
<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>					
<b>Authorization Number:</b>			<b>Authorization date:</b>		

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