TEXAS
Health and Human Services
Children with Special Health Care Needs Services

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 forumularioy 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 78714-9947

Cliente: _____ **Núm. Cliente:** _____ **Date Submitted:** _____
Proveedor: **Núm. Proveedor:** **Salario/Hora:**

Se autoriza el relevo para el peridod 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
Total:					

Certifico que los servicios se prestaron durante las horas aquí registradas y que se realizaron los trabajos asignados.

Firma del proveedor:

Fecha:

Certifico que, según mi 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 800-252-8023.