Texas Department of Aging
and Disability Services

Form 2366
April 1997

IN-HOME AND FAMILY SUPPORT PROGRAM

RECEIPT FOR ONGOING SERVICES

PROGRAMA DE APOYO EN CASA Y PARA LA FAMILIA

RECIBO DE SERVICIOS CONTINUOS

NOTE: ALL items must be completed BY THE PROVIDER OF SERVICES for the caseworker to accept this receipt.

NOTA: EL PROVEEDOR DE SERVICIOS tiene que llenar todos los espacios para que el trabajador acepte este recibo.

I provided _____ **hours/units of**
Yo suministré _____ horas o unidades de _____
(**type of service**/tipo de servicio)

to _____ **from** _____ **to** _____
a _____ desde _____ hasta _____
(**name**/nombre) (**date**/fecha) (**date**/fecha)

The total amount paid to me this date was
El total que me han pagado hasta la fecha es . . . . . **$** _____

Telephone No./Teléfono

_____ _____
Signature–Provider/Firma–Proveedor **Date**/Fecha

Address (Street, City, State, ZIP)/Dirección (Calle, Ciudad, Estado, ZIP)

Texas Department of Aging
and Disability Services

Form 2366
April 1997

IN-HOME AND FAMILY SUPPORT PROGRAM

RECEIPT FOR ONGOING SERVICES

PROGRAMA DE APOYO EN CASA Y PARA LA FAMILIA

RECIBO DE SERVICIOS CONTINUOS

NOTE: ALL items must be completed BY THE PROVIDER OF SERVICES for the caseworker to accept this receipt.

NOTA: EL PROVEEDOR DE SERVICIOS tiene que llenar todos los espacios para que el trabajador acepte este recibo.

I provided _____ **hours/units of**
Yo suministré _____ horas o unidades de _____
(**type of service**/tipo de servicio)

to _____ **from** _____ **to** _____
a _____ desde _____ hasta _____
(**name**/nombre) (**date**/fecha) (**date**/fecha)

The total amount paid to me this date was
El total que me han pagado hasta la fecha es . . . . . **$** _____

Telephone No./Teléfono

_____ _____
Signature–Provider/Firma–Proveedor **Date**/Fecha

Address (Street, City, State, ZIP)/Dirección (Calle, Ciudad, Estado, ZIP)