

Manual de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) de Medicaid para el programa de exención CLTS (10/2022): <https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02256.pdf>

4.6.24 Apoyos personales

4.6.24.1 Definición

Los apoyos personales ayudan directa e indirectamente al participante con las actividades de la vida diaria y las necesidades personales, para promover un mejor funcionamiento y seguridad en su hogar y comunidad.

Los apoyos personales pueden brindarse en el hogar del participante o en un entorno comunitario.

Los apoyos personales están relacionados con la asistencia con las habilidades funcionales y pueden ayudar a un niño que tiene dificultades con este tipo de habilidades a realizar tareas que incluyen, entre otras, las siguientes:

- Comportamientos sociales apropiados (como sacar libros de la biblioteca, pedir comida de un menú y pagar entradas para eventos)
- Habilidades de comunicación (como asistencia con la comunicación)
- Administración de medicamentos y salud (como la autoadministración adecuada de medicamentos)
- Movilidad (como organizar y usar el transporte)
- Administración del dinero (como el pago de facturas y otros aspectos de la administración del dinero)

Los apoyos personales incluyen la supervisión necesaria para aumentar la independencia del participante mientras se garantiza la seguridad en el hogar y en la comunidad, incluida la supervisión mientras el participante se involucra en otras actividades. La supervisión puede incluir un proveedor que ayude al niño o joven a utilizar la tecnología.

Este servicio puede incluir trabajar con el niño o joven para entender y comprender mejor la causa y el efecto y la correlación entre los comportamientos y las consecuencias. También puede tomar la forma de instrucciones repetitivas y permanecer concentrado en la tarea. Debe tener en cuenta los niveles de capacidades del lenguaje receptivo, con el objetivo de retener información.

Los apoyos personales cubren los servicios que consisten en la realización de tareas domésticas básicas e intermitentes dentro de la residencia principal del participante. Las tareas domésticas pueden realizarse estacionalmente o en respuesta a un evento natural u otro evento periódico por razones de salud y seguridad o la necesidad de asegurar la vida comunitaria continua del participante. Esta asistencia debe deberse a la discapacidad del participante que resulta en tareas domésticas adicionales y aumenta la capacidad de los padres y/o cuidadores para brindar la atención que necesita el participante.

Los apoyos personales incluyen servicios de control de plagas para mejorar la seguridad, el saneamiento y la limpieza del hogar o residencia del participante. Los servicios de control de plagas están diseñados para prevenir, suprimir o erradicar cualquier cosa que compita con los humanos por el alimento y el agua, lastime a los humanos, propague enfermedades a los humanos y/o moleste a los humanos y cause o se espere que cause más daño del que es razonable aceptar. Los servicios de control de plagas deben

estar relacionados con la discapacidad del participante y ayudar al participante a permanecer en su hogar y comunidad.

Los apoyos personales pueden brindarse mediante servicios remotos (consulte el Capítulo 4.3.2 Servicios remotos), según corresponda y lo acuerden el niño o joven y su familia. Consulte el código de beneficios del programa de exención CLTS Crosswalk (P-02283) para conocer los componentes específicos de los apoyos personales que se pueden brindar de forma remota.

El pago por la provisión de manutención personal está sujeto a tarifas uniformes en todo el estado. Consulte la página web de tarifas de servicio del programa de exención de apoyo a largo plazo para niños (CLTS) para obtener información adicional.

4.6.24.2 Requisitos del servicio

La asistencia con tareas domésticas básicas e intermitentes debe deberse a la discapacidad del participante que resulte en tareas domésticas adicionales y aumente la capacidad de los padres y/o cuidadores para brindar la atención que necesita el participante.

Los servicios de control de plagas deben estar relacionados con la discapacidad del participante y ayudar al participante a permanecer en su hogar y comunidad.

En el caso de la propiedad en alquiler, la responsabilidad del arrendador, según el contrato de arrendamiento, debe perseguirse antes de autorizar las tareas domésticas y/o los servicios de control de plagas.

Todos los proveedores de servicios de apoyo personal deben comunicarse con el personal designado del condado y otros proveedores sobre cualquier evento o situación que cumpla con la definición de incidente en el Capítulo 9: Salud y seguridad, y de acuerdo con Informes de incidentes de niños para proveedores (P-02613). Cualquier comunicación debe seguir las leyes federales de confidencialidad. Consulte el Capítulo 9 para obtener información adicional sobre incidentes y requisitos de notificación de incidentes.

4.6.24.3 Limitaciones del servicio

Los apoyos personales se brindan para abordar las necesidades extraordinarias de atención y no incluyen la provisión de supervisión que habitualmente brindaría el padre o tutor de un niño sin discapacidad. La asistencia debe aumentar la capacidad de los padres y/o cuidadores para brindar la atención que necesita el participante.

Los apoyos personales se limitan a aquellos que aún no se han adquirido en un entorno de cuidado sustituto con licencia o certificado.

Los apoyos personales se limitan a la asistencia con las tareas que el participante no puede realizar sin ayuda y no están destinados a enseñar la adquisición de habilidades. Consulte la capacitación en habilidades para la vida diaria para conocer los servicios que pueden proporcionar la adquisición de habilidades.

El alcance de los apoyos personales puede incluir la realización de cuidados personales incidentales, incluidas las actividades de la vida diaria o las actividades instrumentales de la vida diaria. Sin embargo, tales actividades pueden no comprender la totalidad del servicio.

El costo del transporte de un participante durante la provisión de apoyos personales puede financiarse a través de los servicios de transporte además de la tarifa del servicio de apoyos personales. Estos costos de transporte pueden financiarse solo como un reclamo de millaje y no como un costo por viaje. (Consulte la descripción del servicio de transporte).

Los componentes de los apoyos personales que pueden brindarse mediante servicios remotos se limitan a los descritos en el Código de beneficios del programa de exención CLTS Crosswalk (P-02283).

Este servicio no puede duplicar ningún servicio que se brinde bajo otra categoría de servicio de exención.

El Programa de Exención CLTS es el pagador de último recurso y no es una fuente de financiamiento para ningún servicio que de otro modo sería responsabilidad de otra entidad pública o privada. Los siguientes programas y servicios deben considerarse antes de utilizar los fondos de la exención y, cuando corresponda, incorporarse a un plan integral para los participantes:

- Beneficios públicos, asistencia energética u otros servicios relacionados con la pobreza.
- Servicios judiciales, de justicia juvenil o de protección infantil, incluida la colocación de protección y tutela o servicios legales.
- Cualquier bien o servicio cubierto por un tercero, incluido un seguro privado o Medicaid, como:
 - Beneficio de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés) (conocido en Wisconsin como HealthCheck Other Services), que brinda servicios de atención médica integral y preventiva para niños menores de 21 años que están inscritos en Medicaid o en los servicios del plan estatal de Medicaid.
 - Servicios de salud mental que de otro modo están disponibles.
- Servicios educativos u otros financiados por el Departamento de Instrucción Pública o la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades.
- Servicios prevocacionales u otros ofrecidos a través del Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral, División de Rehabilitación Vocacional.

4.6.24.4 Exclusiones del servicio

Este servicio excluye el mantenimiento del hogar que modifica la estructura física de la vivienda. Consulte las modificaciones del hogar para conocer ciertas adaptaciones estructurales al hogar que pueden estar permitidas.

Este servicio excluye las actividades generales de mantenimiento del hogar, incluidas las reparaciones de pintura, plomería o electricidad, y el mantenimiento exterior.

Este servicio excluye los servicios de cuidado personal cubiertos por el plan estatal de Medicaid.

4.6.24.5 Normas y documentación del proveedor

Estándares generales para proveedores

Los proveedores están sujetos a la verificación requerida de licencias y credenciales, verificaciones de antecedentes de cuidadores y prohibiciones de contratación descritas en el Capítulo 4. El DHS recopila y verifica la certificación, licencia, educación, experiencia u otra documentación requerida durante el proceso de registro del proveedor para calificar inicialmente a los proveedores.

Para obtener más información relacionada con los proveedores de servicios del Programa de exención de CLTS, consulte *¿Qué es un proveedor de CLTS?* página web.

Tipos de proveedores y calificaciones

Agencia de atención domiciliaria de apoyo (proveedor de la agencia)

La capacitación comienza antes y durante los primeros seis meses de empleo. La capacitación sobre los procedimientos críticos relacionados con la salud y la seguridad del participante debe completarse antes de la prestación de cualquier servicio. Las familias comparten la responsabilidad de supervisar y monitorear la calidad de la atención del participante.

El CWA debe asegurarse de que las personas que brindan servicios de apoyo personal reciban capacitación en al menos los siguientes temas relacionados con los participantes atendidos:

- Políticas, procedimientos y expectativas de la agencia contratada, incluida la capacitación sobre los derechos y responsabilidades de los participantes y proveedores; mantenimiento de registros e informes; y otra información que se considere necesaria y apropiada.
- Información específica sobre discapacidades, habilidades, necesidades, déficits funcionales y fortalezas de la población a ser atendida. Esta capacitación debe ser específica de la persona para el participante que se va a atender y debe estar enfocada en general.
- Reconocer y responder adecuadamente a todas las condiciones que podrían afectar negativamente la salud y la seguridad del participante, incluida la forma de responder a emergencias e incidentes críticos como se define en el Capítulo 9.
- Desarrollar habilidades interpersonales y de comunicación apropiadas y efectivas para trabajar con la población a ser atendida. Estas habilidades incluyen la comprensión de los principios de los servicios centrados en la persona; derechos de la persona; respeto por la edad; diferencias culturales, lingüísticas y étnicas; escucha activa, respondiendo con apoyo emocional y empatía; ética en el trato con las personas, incluidos familiares y otros proveedores; habilidades de resolución de conflictos; habilidad para lidiar con la muerte y el morir; y otros temas relevantes para la población específica a ser atendida.
- Comprensión de todas las leyes y normas de confidencialidad y privacidad.
- Comprensión de los procedimientos para el manejo de quejas.
- Comprensión del participante que necesita apoyo, incluidas las necesidades de higiene personal, las preferencias y las técnicas para ayudar con las actividades de la vida diaria, lo que incluye, cuando corresponda, bañarse, arreglarse, cuidar la piel, trasladarse, deambular, hacer ejercicio, alimentarse, vestirse y usar ayudas y equipos de adaptación.
- Comprender las necesidades personales relacionadas con la salud y el bienestar del participante que necesita apoyo, incluida la nutrición, las necesidades dietéticas, las necesidades de ejercicio y el seguimiento y control del peso.

Agencia de salud en el hogar (proveedor de la agencia)

Los proveedores deben tener licencia según 42 CFR § 484, Wis. Stat. § 50.49, y Wis. Admin. Código cap. DHS 131.

Proveedor comercial de aplicación de pesticidas (proveedor de agencia)

Los proveedores deben tener licencia bajo Wis. Admin. Código § ATCP 29.20.

Otra agencia debidamente calificada según lo aprobado por CWA y en relación con el servicio único que se brinda al participante (proveedor de la agencia)

Trabajador de cuidado personal (proveedor individual)

Los proveedores deben estar certificados bajo Wis. Admin. Código § DHS 105.17(3)(a).

Auxiliar de enfermería (proveedor individual)

Los proveedores deben estar certificados bajo Wis. Stat. cap. 50 y Wis. Admin. Código cap. DHS 129.

Enfermera registrada (proveedor individual)

Los proveedores deben tener licencia bajo Wis. Stat. §441.06.

Enfermera práctica licenciada (proveedor individual)

Los proveedores deben tener licencia bajo Wis. Stat. § 441.10.

Aplicador comercial individual de pesticidas con licencia (proveedor individual)

Los proveedores deben tener licencia bajo Wis. Admin. Código § ATCP 29.25.

Aplicador de pesticida comercial individual certificado (proveedor individual)

Los proveedores deben tener licencia bajo Wis. Admin. Código § ATCP 29.26.

Otra persona debidamente calificada según lo aprobado por la agencia de exenciones del condado (CWA) y en relación con el servicio único que se brinda al niño (proveedor individual)

Para los cuidadores que brindan servicios de apoyo personal, consulte la descripción de calificación para la agencia de atención domiciliaria de apoyo anterior. Para las personas que brindan servicios de apoyo personal que no son cuidadores, el CWA debe aprobar que la persona esté calificada en relación con el servicio único que brinda al participante.

4.6.24.6 Documentación del servicio

El CWA debe mantener la documentación para demostrar que este servicio no reemplaza ni duplica los apoyos o servicios que de otro modo están disponibles a través de una de las fuentes de financiación mencionadas anteriormente. (Consulte Limitaciones del servicio.)

Exenciones de apoyo a largo plazo para niños (CLTS) Verificación de estándares de proveedores calificados

Servicio del proveedor: atención domiciliaria de apoyo

La información recopilada a través de este formulario es necesaria para garantizar las calificaciones de los proveedores no regulados y debe actualizarse anualmente. Si bien completar este formulario es voluntario, las agencias de exención del condado deben verificar y documentar toda la información relacionada con los estándares del proveedor que se recopila en este formulario. En lugar de este formulario, las agencias pueden usar formularios diseñados localmente con la aprobación previa de la Sección de Servicios para Niños.

A. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR / EMPLEADO

Nombre del proveedor/empleador	Ultimo	Primero	Inicial del segundo nombre
Dirección	Ciudad	Expresar	Código postal

B. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

Atención domiciliaria de apoyo (SHC) es la prestación de una variedad de servicios para los participantes que requieren asistencia para satisfacer sus necesidades de la vida diaria, garantizar el funcionamiento adecuado en su hogar y permitir un acceso seguro a la comunidad. La atención domiciliaria de apoyo incluye servicios personales como actividades de la vida diaria, asistencia en el uso de equipos de adaptación, ayudas para la movilidad y la comunicación y acompañamiento del participante a actividades comunitarias. También puede ser una extensión de los servicios de terapia. "Extensión de los servicios de terapia" se refiere a las actividades realizadas por el trabajador de SHC que ayudan al participante a seguir un plan de tratamiento desarrollado por un OT o PT. Estos incluyen asistencia con rutinas de ejercicios, ejercicios de rango de movimiento, permanecer a la espera durante las terapias por razones de seguridad, hacer que el trabajador de SHC lea las instrucciones del terapeuta, ayudar al participante a recordar y seguir los pasos del plan de ejercicios o asistencia práctica con equipos/dispositivos utilizados en la rutina de la terapia. Los servicios domésticos pueden incluir la realización de tareas domésticas y actividades de mantenimiento del hogar, como preparación de comidas, compras, lavado de ropa y limpieza de la casa. Las agencias del condado se asegurarán de que existan arreglos de respaldo para cuando un proveedor de atención no esté disponible. Solo aquellos servicios de atención domiciliaria de apoyo no reembolsables según el Plan estatal de Medicaid como servicios de atención personal pueden reembolsarse utilizando fondos de exención.

C. ESTÁNDARES PARA PROVEEDORES CALIFICADOS

Los proveedores de servicios de atención domiciliaria de apoyo deben cumplir con la siguiente capacitación mínima y estándares de proveedores calificados para estar autorizados a brindar servicios y recibir fondos de exención de Medicaid. Al marcar cada casilla a continuación y firmar en la parte inferior, las entidades empleadoras (es decir, agencias o familias) reconocen los requisitos de este servicio y han verificado que el empleado mencionado anteriormente ha cumplido con estos estándares.

El empleado mencionado anteriormente cumple con los siguientes estándares de servicio de proveedor calificado de CLTS Waiver:

- una. no figura en el Registro de mala conducta de cuidadores de Wisconsin; no tiene un hallazgo comprobado de abuso, negligencia o apropiación indebida, y no ha cometido un delito que esté sustancialmente relacionado con la provisión de atención o supervisión de este servicio.
- b. Está capacitado para brindar servicios de manera segura, para no poner en peligro al participante.
- c. Está capacitado para reconocer y responder adecuadamente en caso de una emergencia, incluido un protocolo para comunicarse con los sistemas locales de respuesta a emergencias y la notificación inmediata de la agencia de exención del condado.
- d. Está capacitado en información específica del participante, incluidas las necesidades individuales, las capacidades funcionales, las fortalezas, las habilidades y las preferencias. Comprender y respetar las preferencias de los participantes en la prestación de asistencia con las actividades de la vida diaria, incluidos servicios tales como bañarse, alimentarse, arreglarse, vestirse, trasladarse, caminar y el uso de ayudas y equipos de adaptación (*Incluya estos detalles de capacitación en la Sección E a continuación*).
- mi. Está capacitado en información general sobre la(s) población(es) objetivo que se aplica a las personas que el proveedor pretende atender (DD PD SED/MH).
- F. Está capacitado para: trabajar eficazmente con los participantes; desarrollar la ética profesional y las habilidades interpersonales; comprender y respetar la dirección, la individualidad, la independencia y los derechos de los participantes; entender los procedimientos para manejar conflictos y quejas; respetando la propiedad personal, las diferencias culturales y las relaciones familiares.

- gramos. Está capacitado en: brindar servicios domésticos y domésticos de calidad, incluida la comprensión de la buena nutrición, las dietas especiales y la planificación y preparación de comidas; comprender y mantener un entorno doméstico limpio, seguro y saludable; respetando las preferencias de los participantes en las tareas domésticas, de compras y domésticas.
- H. Está capacitado en las políticas, los procedimientos y las expectativas de la agencia de exenciones del condado y de la agencia contratada para los proveedores, incluida la confidencialidad de la información del participante de acuerdo con las reglas de privacidad y seguridad de la Ley federal de portabilidad y responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA). La capacitación debe abordar los procesos de facturación y pago, el mantenimiento de registros, el informe de incidentes y otros requisitos de informes, la organización de servicios de respaldo y debe incluir el nombre y el número de teléfono del administrador de atención/apoyo y coordinador de servicios de la agencia de exención y la persona de contacto principal en la agencia.

D. EXENCIÓN DE LOS REQUISITOS DE CAPACITACIÓN

Antes del empleo, la agencia de exenciones del condado o la agencia contratada pueden eximir a un posible proveedor de servicios de los requisitos de capacitación de servicios personales (Sección C, e, f y g mencionadas anteriormente) cuando se determina que el proveedor ya tiene suficiente conocimiento o experiencia comparable. Sin embargo, se aplica lo siguiente:

- una. La justificación para eximir a un posible proveedor de los requisitos de capacitación de servicios personales (Sección C, e, f y g anteriores) debe describirse por escrito. Se mantendrá una copia de la exención y la justificación escrita en el registro del participante o en otra ubicación central, según lo determine la agencia de exenciones del condado.
- b. Cuando el participante/tutor actúa como empleador, puede ejercer la autoridad para eximir a los proveedores de los requisitos de capacitación por las razones descritas anteriormente. Sin embargo, la agencia de exenciones del condado debe documentar y mantener por escrito la justificación de la exención.

E. ENTRENAMIENTO Y EXPERIENCIA DEL PROVEEDOR / EMPLEADO

Enumere a continuación la capacitación y/o experiencia específica del participante y la fecha en que lo completó el empleado mencionado anteriormente (se puede incluir capacitación y experiencia adicionales en un documento separado):

Capacitación	Fecha	Experiencia	Fecha

F. ESTÁNDARES DE ENTRENAMIENTO DE COMPARABILIDAD

Un proveedor que es un trabajador de cuidado personal certificado por Medicaid, un asistente de salud en el hogar, un asistente de enfermería certificado, un enfermera practicante o una enfermera registrada automáticamente cumple con los estándares de comparabilidad de capacitación. Proveedores que han cumplido con los estándar de comparabilidad de la formación no necesitan una justificación por escrito para la exención de los requisitos de formación. sin embargo, el La agencia de exención del condado se asegurará de que las copias de las credenciales, certificación u otra documentación que establezca que el El proveedor cumple con la comparabilidad de los estándares de capacitación debe estar disponible para su revisión. Este individuo es un:

trabajador de cuidado personal

asistente de salud

auxiliar de enfermería certificado

enfermera práctica licenciada

enfermera registrada

FIRMAS

Al firmar a continuación, doy fe de que mis calificaciones para este servicio cumplen con todos los estándares de CLTS Waivers en este momento.

Firma del empleado	Fecha
--------------------	-------

Al firmar a continuación, doy fe de que la persona mencionada anteriormente cumple con todos los estándares de proveedor necesarios para este servicio en este momento.

Firma del representante de la entidad empleadora	Título	Fecha
--	--------	-------

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE ROCK
CALENDARIO DE NÓMINA 2023

No se puede garantizar el
pago si las hojas de
tiempo

Hojas de horas vencidas

	Fecha del cheque de pago	Período de pago	Fecha	Recibido después de:
Domingo	15 de enero	16 – 31 diciembre 2022	5 de enero	20 de enero
Lunes	30 de enero	1 al 15 de enero de 2023	20 de enero	5 de marzo
miércoles	15 de febrero	16 al 31 de enero de 2023	6 de febrero	20 de Marzo
martes	febrero 28	1 al 15 de febrero de 2023	20 de febrero	5 de abril
miércoles	15 de marzo	16 al 28 de febrero de 2023	6 de Marzo	20 de abril
jueves	30 de marzo	1 al 15 de marzo de 2023	20 de Marzo	5 de Mayo
sábado	15 de abril	16 al 31 de marzo de 2023	5 de abril	20 de mayo
Domingo	30 de Abril	1 al 15 de abril de 2023	20 de abril	5 de junio
Lunes	15 de Mayo	16 al 30 de abril de 2023	5 de Mayo	20 de junio
martes	30 de mayo	1 al 15 de mayo de 2023	22 de mayo	5 de julio
jueves	15 de Junio	16 al 31 de mayo de 2023	5 de junio	20 de julio
Viernes	30 de Junio	1 al 15 de junio de 2023	20 de junio	Agosto 5
sábado	15 de julio	16 al 30 de junio de 2023	5 de julio	20 de Agosto
Domingo	30 de julio	1 al 15 de julio de 2023	20 de julio	5 de septiembre
martes	15 de agosto	16 al 31 de julio de 2023	7 de agosto	20 de septiembre
miércoles	30 de agosto	1 al 15 de agosto de 2023	21 de agosto	5 de octubre
Viernes	15 de Septiembre	16 al 31 de agosto de 2023	5 de septiembre	20 de octubre
sábado	30 de septiembre	1 al 15 de septiembre de 2023	20 de septiembre	5 de noviembre
Domingo	15 de octubre	16 al 30 de septiembre de 2023	5 de octubre	20 de noviembre
Lunes	30 de octubre	1 al 15 de octubre de 2023	20 de octubre	5 de diciembre
miércoles	15 de noviembre	16 al 31 de octubre de 2023	6 de noviembre	20 de diciembre
jueves	30 de noviembre	1 al 15 de noviembre de 2023	20 de noviembre	5 de enero de 2024
Viernes	15 de diciembre	16 al 30 de noviembre de 2023	5 de diciembre	20 de enero de 2024
sábado	30 de diciembre	1 al 15 de diciembre de 2023	20 de diciembre	20 de enero de 2024

Instrucciones de la hoja de tiempo

Ingrese el nombre del niño al que le brinda el servicio

Ingrese el mes en que prestaste el servicio

HOJA DE HORARIOS DEL PROVEEDOR - APOYO A LARGO PLAZO PARA NIÑOS PARA LA 1.ª MITAD DEL MES

NOMBRE DE NIÑO _____

MES: _____

¡IMPORTANTE! Se debe completar el NOMBRE DEL CLIENTE y el MES o se devolverá la

Introduce la hora de inicio

Introduzca la hora de finalización

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
POR HORA: Tiempo de espera															
Horas totales															
DESCANSO DURANTE LA NOCHE \$5151															

Ingrese una "x" en el día en que brindó servicios de relevo durante la noche

Ingrese la cantidad total de horas trabajadas

Ingrese la cantidad total de noches trabajadas

HORAS TOTALES: _____

NÚMERO TOTAL DE PERNOCTACIONES _____

¡IMPORTANTE:

TODAS LAS HOJAS DE HORARIOS DEBEN ENVIARSE ANTES DEL 20 DEL MES
 SI EL 20 DEL MES ES FIN DE SEMANA, LA HOJA DE HORARIOS VENCERÁ EL LUNES SIGUIENTE
 TODAS LAS HOJAS DE HORAS DEBEN ESTAR FIRMADAS POR EL TRABAJADOR Y EL CLIENTE/EMPLEADOR

PERÍODO DE PAGO SE PAGAN EL DÍA 30 DEL MES

Firma del cuidador _____

Nombre del cuidador _____

Dirección del cuidador _____

FIRMA DEL TRABAJADOR: _____ FECHA DE FIRMA: _____
 NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE MOLDE: _____
 DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR: _____

[] MARQUE AQUÍ SI ESTA ES UNA NUEVA DIRECCIÓN [] MARQUE AQUÍ SI NECESITA MÁS HORARIOS
 Debe ser una dirección postal - No se aceptan apartados postales

FIRMA DEL CLIENTE: _____ TODAS LAS HOJAS DE HORARIOS DEBEN ESTAR FIRMADAS POR EL TRABAJADOR (PROVEEDOR) Y EL CLIENTE O TUTOR Certifico que lo anterior es verdadero y correcto a mi leal saber y entender.

La firma del cliente/tutor para aprobar la hora ingresada es correcta

HOJA DE HORARIOS DEL PROVEEDOR - APOYO A LARGO PLAZO PARA NIÑOS PARA LA 1.ª MITAD DEL MES

NOMBRE DE NIÑO _____

MES: _____

¡IMPORTANTE! Se debe completar el NOMBRE DEL CLIENTE y el MES o la hoja de tiempo será devuelto

APOYO PERSONAL-SHC 99509	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Tiempo en															
Se acabó el tiempo															
Horas totales															

HORAS TOTALES: _____

IMPORTANTE:

TODAS LAS HOJAS DE HORARIOS DEBEN ENVIARSE ANTES DEL 20 DEL MES
 SI EL 20 DEL MES ES FIN DE SEMANA, LA HOJA DE HORARIOS VENCERÁ EL LUNES SIGUIENTE
 TODAS LAS HOJAS DE HORAS DEBEN ESTAR FIRMADAS POR EL TRABAJADOR Y EL CLIENTE/EMPLEADOR
 LOS CHEQUES PARA ESTE PERÍODO DE PAGO SE PAGAN EL DÍA 30 DEL MES

FIRMA DEL TRABAJADOR: _____

FECHA DE FIRMA: _____

Certifico que lo anterior es verdadero y correcto a mi leal saber y entender.

NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE MOLDE: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR: _____

DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR: _____

MARQUE AQUÍ SI ESTA ES UNA NUEVA DIRECCIÓN

MARQUE AQUÍ SI NECESITA MÁS HORARIOS

Debe ser una dirección postal - No se aceptan apartados postales

FIRMA DEL CLIENTE: _____

TODAS LAS HOJAS DE HORAS DEBEN ESTAR FIRMADAS POR EL TRABAJADOR (PROVEEDOR) Y EL CLIENTE O TUTOR Certifico que lo anterior es verdadero y correcto a mi leal saber y entender.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE ROCK

HOJA DE HORAS DEL TRABAJADOR DE CUIDADO DE LOS SERVICIOS DEL AGENTE FISCAL DE KCC

Envíe la hoja de tiempo a: KCC Fiscal Agent Services, 2701 Larsen Rd., Green Bay, WI 54303 o envíe un fax al (920) 857-3981 o envíe un correo electrónico a linda@kccservices.com Teléfono de la oficina (920) 857-3980 Número gratuito 1- 866-363-1577

HOJA DE HORARIOS DEL PROVEEDOR - APOYO A LARGO PLAZO PARA NIÑOS PARA LA 2.ª MITAD DEL MES

NOMBRE DE NIÑO : _____ MES: _____

¡IMPORTANTE! Se debe completar el NOMBRE DEL
CLIENTE y el MES o la hoja de tiempo será
devuelto

APOYO PERSONAL-SHC 99509	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Tiempo en																
Se acabó el tiempo																
Horas totales																

HORAS TOTALES: _____

IMPORTANTE:

TODAS LAS HOJAS DE HORARIOS DEBEN ENVIARSE ANTES DEL 5 DEL MES SIGUIENTE
SI EL 5 DEL MES ES FIN DE SEMANA ENTONCES LA HOJA DE HORARIOS SE ENTREGA EL LUNES SIGUIENTE
TODAS LAS HOJAS DE HORAS DEBEN ESTAR FIRMADAS POR EL TRABAJADOR Y EL CLIENTE/EMPLEADOR
LOS CHEQUES PARA ESTE PERÍODO DE PAGO SE PAGAN EL DÍA 15 DEL MES

FIRMA DEL TRABAJADOR: _____

FECHA DE FIRMA: _____

Certifico que lo anterior es verdadero y correcto a mi leal saber y entender.

NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE MOLDE: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJADOR: _____

DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR: _____

MARQUE AQUÍ SI ESTA ES UNA NUEVA DIRECCIÓN

MARQUE AQUÍ SI NECESITA MÁS HORARIOS

Debe ser una dirección postal - No se aceptan apartados postales

FIRMA DEL CLIENTE: _____

TODAS LAS HOJAS DE HORARIOS DEBEN SER FIRMADAS POR EL TRABAJADOR (PROVEEDOR) Y EL
CLIENTE O TUTOR Certifico que lo anterior es verdadero y correcto a mi leal saber y entender.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE ROCK

HOJA DE HORAS DEL TRABAJADOR DE CUIDADO DE LOS SERVICIOS DEL AGENTE FISCAL DE KCC

Envíe la hoja de tiempo a: KCC Fiscal Agent Services, 2701 Larsen Rd., Green Bay, WI 54303 o envíe un fax al (920)

857-3981 o envíe un correo electrónico a linda@kccservices.com Teléfono de la oficina (920) 857-3980

Número gratuito 1-866-363-1577