Blank Timesheet

United Cerebral Palsy of Southern Arizona
635 North Craycroft Road
Tucson, AZ 85711
Phone: 520-795-3108
Fax: 520-795-3196
Email: staff@ucpsa.org

Empleado: _____ Cliente: _____

Semana del: _____ al: _____ Pagina # _____
Sábado Viernes

SERVICIOS:

ANC – Cuidado Directo
HAH – Habilitación por hora / ABA
HAI – Vive Independientemente
PCP – Cuidado Personal - PHS
RSP – Respiro
TRN – Entrenamiento/Orientación/Servicio cancelado por el cliente

RECORDATORIO DE POLITICA:

- Entregar sus hojas cada domingo antes de 11:59pm
- Completa su hoja de tiempo correctamente o se le regresará por correo
- Use una hoja de tiempo por cliente
- Una semana en cada hoja
- Obtenga la firma del cliente para cada día en que trabaja un turno
- Use bolígrafo de tinta negra o azul solamente.

Día	Fecha	Servicio	Dirección	Entrada		Salida		Firma del cliente
					AM ☐ PM ☐		AM ☐ PM ☐	
					AM ☐ PM ☐		AM ☐ PM ☐	
					AM ☐ PM ☐		AM ☐ PM ☐	
					AM ☐ PM ☐		AM ☐ PM ☐	
					AM ☐ PM ☐		AM ☐ PM ☐	
					AM ☐ PM ☐		AM ☐ PM ☐	
					AM ☐ PM ☐		AM ☐ PM ☐	
					AM ☐ PM ☐		AM ☐ PM ☐	
					AM ☐ PM ☐		AM ☐ PM ☐	
					AM ☐ PM ☐		AM ☐ PM ☐	
					AM ☐ PM ☐		AM ☐ PM ☐	
					AM ☐ PM ☐		AM ☐ PM ☐	
					AM ☐ PM ☐		AM ☐ PM ☐	
					AM ☐ PM ☐		AM ☐ PM ☐	
					AM ☐ PM ☐		AM ☐ PM ☐	

Certifico que las horas trabajadas para este consumidor son exactas y que se prestaron servicios de conformidad con el plan de atención médica de consumidor. Entiendo que la falsificación de horas se considera fraude de Medicaid y puede dar lugar a la destitución de UCPSA, así como la persecución penal.

_____ _____
Firma del Empleado: Fecha