



Hoja de Tiempo

United Cerebral Palsy of Southern Arizona
 630 North Craycroft Road
 Tucson, AZ 85711
 Phone: 520-795-3108
 Fax: 520-795-3196
 E-mail: payroll@ucpsa.org

Empleado: _____ Cliente: _____
Nombre y Apellido Nombre y Apellido
 Semana del: _____ al: _____ Pagina # _____ de _____
sábado viernes

CODIGOS DE SERVICIO:

- ANC – Cuidado Directo
- ESA – Apoyo de Trabajo
- HAH – Habilitación (por hora) / ABA
- HAI – Habitación (vive independientemente)
- HID -- Habilitación por un Día
- HSK – Limpieza de Casa
- PCP – Cuidado Personal
- RSP – Respiro/Descanso
- TRN – Entrenamiento/Orientación/Cliente
- Cancelo la jornada

REGLAS A SEGUIR (POLITICAS):

- ◆ Debe entregarse **antes del lunes a las 7:30 am**
- ◆ **No utilice borrador de ningún tipo!** Cualquier cambio que haga debe tener iniciales suyas y del cliente
- ◆ No deje espacios en blanco, llenar la hoja correcta y completamente, no podemos procesarla si le hace falta información y tendrá que entregarnos otra
- ◆ Llene una línea por **cada** servicio que trabaje/sepárelo
- ◆ Llene una hoja por cliente (no los combine)
- ◆ Llene una hoja por semana de trabajo –vea el renglón bajo su nombre
- ◆ Utiliza tinta **negra o azul solamente**
- ◆ Tu cliente debe **firmar al final de cada jornada** – No esperes al final de la semana!

Mes	Día	Año	Código de Servicio	Hora de Entrada	indique (X)	Hora de Salida	Indique (X)	Firma del Cliente
					AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	
					AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	
					AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	
					AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	
					AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	
					AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	
					AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	
					AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	
					AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	
					AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	
					AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	
					AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	
					AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	
					AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>		AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	

Con mi firma declaro que la información declarada en esta hoja refleja exactamente las horas trabajadas con este cliente y que proveí el servicio tal y como se me indica en el plan de cuidado. Entiendo que el falsificar información en esta hoja es cometer fraude o defraudación de fondos federales (Medicaid) y tiene como consecuencia enjuiciamiento legal y despido .

 Firma del Empleado

 Fecha