



WORKABILITY

Hoja de Tiempo

United Cerebral Palsy of Southern Arizona
 635 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: _____ to: _____ Pagina # _____ de _____
sábado viernes

WORKABILITY CODIGOS DE SERVICIO:

- ISE – Apoyo de empleo individualizado
- ESA – Apoyo de asistente en el empleo
- GSE – Apoyo de grupo en el empleo

- TTE – Transición al empleo
- ADPI – Nivel A Desarrollo de empleos (antes del empleo)

- ARII – Nivel A Entrenador de trabajo (después de empleo)
- BDPI – Nivel B Desarrollo de trabajo (antes del empleo)
- BRII – Nivel B Entrenador de trabajo (después de empleo)

- TRN – Entrenamiento/Turno cancelado/ No llamar No presentarse

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"/>	
					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. También entiendo que una vez que se entregan los documentos a UCPSA, estos pasan a ser propiedad de UCPSA y si llegara a necesitar una copia, esta debe hacerse antes de la entrega de documentos.

Employee Signature: _____ Date _____