

TARJETA DE ASISTENCIA
 Centro Regional de Alta California
 Guardería/Day Care(405)
 Trabajador de Respite en Casa (864)

PADRE / GUARDIAN: _____ # DEL VENDEDOR: _____

DIRECCION DE LA GUARDERIA: _____

DEL CONSUMIDOR: _____ NOMBRE DEL CONSUMIDOR: _____

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____ PARIENTE? **ESPECIFIQUE?**: _____

DIRECCION DEL EMPLEADO: _____

(Número de Apartado Postal no es aceptable)

FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO: _____ # TELEFONICO DEL EMPLEADO: _____

FECHA	ENTRADA	SALIDA	# DE HORAS	TARIFA POR HORA	SALARIO TOTAL

Especifique AM o PM en horas de Entrada y Salida

TOTALES

Certifico que yo proporcioné solamente servicios no-médicos para el consumidor en la localidad arriba indicada, y que toda la información es correcta.

FIRMA DEL EMPLEADO

FECHA

NUMERO DE SEGURO SOCIAL

Yo certifico que el empleado que arriba firma, fué contratado, entrenado y asignado a todos sus deberes solamente por mí. También certifico que las horas y tarifas arriba detalladas son correctas y que el empleado realizó sus deberes satisfactoriamente, cumpliendo con todos los requisitos del Título 17. Yo Certifico que estoy al tanto de todos los requerimientos de este programa como se indica en la solicitud de vendorización y que yo sigo estas disposiciones en su totalidad. Estas declaraciones se hacen bajo promesa de decir verdad y de acuerdo con los términos y condiciones que se encuentran al reverso de esta forma.

**Para pago inmediato, la factura TAI y la tarjeta de asistencia deberán entregarse al Departamento de Contabilidad para el día 5 del mes siguiente.
NO SE HARÁ NINGÚN PAGO AL MENOS QUE ESTA FORMA SEA LLENADA COMPLETAMENTE, INCLUYENDO FIRMAS ORIGINALES.

DECLARACION DE CERTIFICACION

1. El Proveedor acuerda y certifica bajo promesa de decir verdad que todos los requerimientos de pago por servicios proporcionados a clientes del Centro Regional han sido proporcionados a los clientes por el Proveedor.
2. Los servicios fueron, de acuerdo a mi conocimiento, proporcionados de acuerdo con el Plan del Programa Individual escrito para los clientes.
3. El Proveedor certifica que toda la información entregada al Centro Regional es correcta y completa.
4. El Proveedor entiende que el pago por estos servicios proviene de fondos federales y/o estatales, y que cualquier falsificación o alteración de información será perseguida legalmente bajo las leyes federales y/o estatales.
5. El Proveedor acuerda a conservar por un período mínimo de **Cinco** años las fechas de servicio y documentos impresos de todos los records que sean necesarios para aclarar completamente los servicios que hayan sido entregados al cliente.
6. El Proveedor acuerda a proporcionar estos records y cualquiera otra información relacionada con requisiciones de pagos reclamados por servicios rendidos, en cuanto estos records sean requeridos, dentro del Estado de California, al Departamento de Servicios de Salud de California (California Department of Health Services); Departamento de Justicia de California (California Department of Justice); Oficina del Controlador del Estado (Office of the State Controller); Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services); o a cualquiera de sus representantes autorizados.
7. El Proveedor acuerda que estos servicios son ofrecidos y entregados sin discriminación racial, religiosa, de color, nacionalidad, etnicidad, sexualidad, edad, o discapacidad física o mental.