

Hoja de Asistencia del Empleado / Archivo de Servicio

**EAK Good Neighbor**

**Correo Electrónico: timesheets@eakcds.com/Fax: 855-652-0918**

NOMBRE DEL	
NOMBRE DEL EMPLEADOR/	
NOMBRE DEL EMPLEADO	

Periodo de pagos:

Comienzo \_\_\_\_\_ Final \_\_\_\_\_

Trabajos/minutos fueron cumplidos según las instrucciones en el formulario de comunicación de los servicios de PCS. (Empleador/representante tiene que marcar la caja de abajo para que sea procesado la hoja de asistencia.)

Programa : DSHS PCS

FECHA	Día	Hora de Entrar	Hora de Salir	Hora de Entrar	Hora de Salir	TIEMPO TRABAJADO EN TOTAL
	DOMINGO					
	LUNES					
	MARTES					
	MIERCOLES					
	JUEVES					
	VIERNES					
	SABADO					
	DOMINGO					
	LUNES					
	MARTES					
	MIERCOLES					
	JUEVES					
	VIERNES					
	SABADO					

NOTA: Solamente los trabajos con minutos correspondientes son admisibles para el reembolso.

TOTAL:

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Empleador/ Representante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

El Empleador/Representante y el Empleado certifican que estas horas son verdaderas y correctas, que todos los servicios fueron cumplidos según la lista de trabajos autorizados, y que los servicios NO fueron cumplidos durante un tiempo en lo cual el cliente estaba en un hospital, una residencia de ancianos, u otro centro de salud. También, al firmar esta hoja de asistencia, el Empleador/Representante entiende que la falsificación de esta hoja de asistencia se considera como el fraude contra Medicaid y podría resultar en despido del programa/servicio y prosecución criminal.

**USO SOLO DEL FMSA:** Total per month: \_\_\_\_ Total per month \_\_\_\_ TOTAL HOURS: \_\_\_\_\_