

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 _____

Los trabajos fueron cumplidos según la autorización de servicios. (Si los trabajos fueron autorizados, el Empleador/Representante tiene que marcar la caja para que sea procesada la hoja de asistencia.)

Programa (favor de marcar) STAR Kids (PCS) STAR Plus PHC Waiver

Tipo de servicio (favor de marcar) HAB PAS PAS/HAB Respite Protective Supervision

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					

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: _____