

个人服务提供者计时卡

Individual Provider Time Sheet

当事人/雇主姓名		个人服务提供者姓名										CM姓名		月/年																						
当月日期		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16																			
A	服务开始时间																																			
B	服务结束时间																																			
C	每天的服务小时总计																																			
D	汽油费补贴																																			
当月日期		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	总计																			
A	服务开始时间																																			
B	服务结束时间																																			
C	每天的服务小时总计																																			
D	汽油费补贴																																			
<p>请勾选当月当事人服务计划中所提供的服务项目（仅限个人照护服务提供者）</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 备餐</td> <td><input type="checkbox"/> 穿衣</td> <td><input type="checkbox"/> 行走/移动</td> <td><input type="checkbox"/> 洗澡</td> <td><input type="checkbox"/> 购买日常必须用品</td> <td rowspan="4" style="border:none; vertical-align:top;"><input type="checkbox"/> 发展残障服务处(DDD)替代看护服务</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 吃饭</td> <td><input type="checkbox"/> 个人卫生</td> <td><input type="checkbox"/> 涂护肤霜 / 油膏</td> <td><input type="checkbox"/> 大小便</td> <td><input type="checkbox"/> 准备取暖木柴</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 与医疗服务有关的护送/或开车接送</td> <td><input type="checkbox"/> 在床上坐立和翻身/摆定身体姿势</td> <td><input type="checkbox"/> 修剪脚趾甲*</td> <td><input type="checkbox"/> 家务</td> <td><input type="checkbox"/> 更换消毒绷带</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 移转</td> <td><input type="checkbox"/> 被动性关节活动度治疗</td> <td><input type="checkbox"/> 服药</td> </tr> </table> <p>* 仅限成人服务对象。</p>																<input type="checkbox"/> 备餐	<input type="checkbox"/> 穿衣	<input type="checkbox"/> 行走/移动	<input type="checkbox"/> 洗澡	<input type="checkbox"/> 购买日常必须用品	<input type="checkbox"/> 发展残障服务处(DDD)替代看护服务	<input type="checkbox"/> 吃饭	<input type="checkbox"/> 个人卫生	<input type="checkbox"/> 涂护肤霜 / 油膏	<input type="checkbox"/> 大小便	<input type="checkbox"/> 准备取暖木柴	<input type="checkbox"/> 与医疗服务有关的护送/或开车接送	<input type="checkbox"/> 在床上坐立和翻身/摆定身体姿势	<input type="checkbox"/> 修剪脚趾甲*	<input type="checkbox"/> 家务	<input type="checkbox"/> 更换消毒绷带			<input type="checkbox"/> 移转	<input type="checkbox"/> 被动性关节活动度治疗	<input type="checkbox"/> 服药
<input type="checkbox"/> 备餐	<input type="checkbox"/> 穿衣	<input type="checkbox"/> 行走/移动	<input type="checkbox"/> 洗澡	<input type="checkbox"/> 购买日常必须用品	<input type="checkbox"/> 发展残障服务处(DDD)替代看护服务																															
<input type="checkbox"/> 吃饭	<input type="checkbox"/> 个人卫生	<input type="checkbox"/> 涂护肤霜 / 油膏	<input type="checkbox"/> 大小便	<input type="checkbox"/> 准备取暖木柴																																
<input type="checkbox"/> 与医疗服务有关的护送/或开车接送	<input type="checkbox"/> 在床上坐立和翻身/摆定身体姿势	<input type="checkbox"/> 修剪脚趾甲*	<input type="checkbox"/> 家务	<input type="checkbox"/> 更换消毒绷带																																
		<input type="checkbox"/> 移转	<input type="checkbox"/> 被动性关节活动度治疗	<input type="checkbox"/> 服药																																
<p>DSHS批准之服务小时数记录方法说明</p> <p>A. 填写服务开始的时间 - 视具体时间写明上午或下午。      C. 填写每天的服务小时总计。</p> <p>B. 填写服务结束的时间 - 视具体时间写明上午或下午。      D. 里程为服务对象提供交通服务或购物的全部里程（这些服务须经社会福利服务支付系统批准）</p> <p><b>不要将此类计时卡寄给个案管理员。填妥的计时卡在您的记录中存档六(6)年。在进行重新评估时，个案管理员将要求提供计时卡的副本。DSHS可以随时要求提交副本。</b></p>																																				
个案当事人签名										个人服务提供者签名																										

网站上载有此表格，网址是<https://www.dshs.wa.gov/fsa/forms>

COPIES TO: Individual Provider; Client/Employer