

HOME AND COMMUNITY SERVICES (HCS)
DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)
Planilla de control de horas del proveedor individual
Individual Provider Time Sheet

NOMBRE DEL CLIENTE/EMPLEADOR		NOMBRE DEL PROVEEDOR INDIVIDUAL						NOMBRE DE CM						MES/AÑO																								
Día del mes		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16																					
A	Hora de inicio del servicio																																					
B	Hora de finalización del servicio																																					
C	Total de horas diarias																																					
D	Kilometraje																																					
Día del mes		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTALES																					
A	Hora de inicio del servicio																																					
B	Hora de finalización del servicio																																					
C	Total de horas diarias																																					
D	Kilometraje																																					
<p>MARQUE LAS TAREAS REALIZADAS EN EL MES SEGÚN LO ASIGNADO EN EL PLAN DE SERVICIOS DEL CLIENTE (SÓLO PROVEEDORES DE CUIDADO PERSONAL)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Preparación de la comida</td> <td><input type="checkbox"/> Vestirse</td> <td><input type="checkbox"/> Desplazamiento/locomoción</td> <td><input type="checkbox"/> Baño</td> <td><input type="checkbox"/> Compras básicas</td> <td rowspan="4" style="vertical-align: top;"><input type="checkbox"/> Relevos de la DDD</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alimentación</td> <td><input type="checkbox"/> Higiene personal</td> <td><input type="checkbox"/> Aplicación de lociones/ungüentos</td> <td><input type="checkbox"/> Uso de los servicios higiénicos</td> <td><input type="checkbox"/> Suministro de leña</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Traslado/Transporte al Centro médico</td> <td><input type="checkbox"/> Movilidad en la cama/Posicionamiento</td> <td><input type="checkbox"/> Cortado de uñas de los pies*</td> <td><input type="checkbox"/> Tareas domésticas</td> <td><input type="checkbox"/> Cambio de vendaje seco</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Traslado</td> <td><input type="checkbox"/> Rango pasivo de tratamiento de movilidad</td> <td><input type="checkbox"/> Administración de medicación</td> </tr> </table> <p>* Tareas sólo para clientes adultos.</p>																		<input type="checkbox"/> Preparación de la comida	<input type="checkbox"/> Vestirse	<input type="checkbox"/> Desplazamiento/locomoción	<input type="checkbox"/> Baño	<input type="checkbox"/> Compras básicas	<input type="checkbox"/> Relevos de la DDD	<input type="checkbox"/> Alimentación	<input type="checkbox"/> Higiene personal	<input type="checkbox"/> Aplicación de lociones/ungüentos	<input type="checkbox"/> Uso de los servicios higiénicos	<input type="checkbox"/> Suministro de leña	<input type="checkbox"/> Traslado/Transporte al Centro médico	<input type="checkbox"/> Movilidad en la cama/Posicionamiento	<input type="checkbox"/> Cortado de uñas de los pies*	<input type="checkbox"/> Tareas domésticas	<input type="checkbox"/> Cambio de vendaje seco			<input type="checkbox"/> Traslado	<input type="checkbox"/> Rango pasivo de tratamiento de movilidad	<input type="checkbox"/> Administración de medicación
<input type="checkbox"/> Preparación de la comida	<input type="checkbox"/> Vestirse	<input type="checkbox"/> Desplazamiento/locomoción	<input type="checkbox"/> Baño	<input type="checkbox"/> Compras básicas	<input type="checkbox"/> Relevos de la DDD																																	
<input type="checkbox"/> Alimentación	<input type="checkbox"/> Higiene personal	<input type="checkbox"/> Aplicación de lociones/ungüentos	<input type="checkbox"/> Uso de los servicios higiénicos	<input type="checkbox"/> Suministro de leña																																		
<input type="checkbox"/> Traslado/Transporte al Centro médico	<input type="checkbox"/> Movilidad en la cama/Posicionamiento	<input type="checkbox"/> Cortado de uñas de los pies*	<input type="checkbox"/> Tareas domésticas	<input type="checkbox"/> Cambio de vendaje seco																																		
		<input type="checkbox"/> Traslado	<input type="checkbox"/> Rango pasivo de tratamiento de movilidad	<input type="checkbox"/> Administración de medicación																																		
<p>INSTRUCCIONES PARA DOCUMENTAR SUS HORAS AUTORIZADAS POR DSHS</p> <p>A. Ingrese la hora de inicio del servicio, indique a.m. o p.m. según corresponda. C. Ingrese el total de horas trabajadas diariamente.</p> <p>B. Ingrese la hora de finalización del servicio, indique a.m. o p.m. según corresponda. D. Kilometraje: todas las millas recorridas para transportar o hacerle las compras a un cliente cuando sea autorizado por SSPS.</p> <p>NO envíe estas planillas de control de horas a los Administradores de Casos a menos que se lo soliciten. Conserve las planillas de control de horas completadas en sus registros por seis (6) años. Los Administradores de Casos solicitarán las copias al momento de la reevaluación. DSHS puede solicitar copias en cualquier momento.</p>																																						
FIRMA DEL CLIENTE									FIRMA DEL PROVEEDOR INDIVIDUAL																													

Este formulario se encuentra disponible en <https://www.dshs.wa.gov/fsa/forms>

COPIES TO: Individual Provider; Client/Employer