Acest formular este disponibil pe situl Internet pentru formulare DSHS la: http://www.wa.gov/dshs/dshsforms/forms/eforms.html.

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

VERIFICAREA SERVICIILOR ŞI EVIDENȚA VIZITELOR

SERVICE VERIFICATION AND ATTENDANCE RECORD

NUMELE RESPONSABILULUI CAZULUI

TIPUL DE PROGRAM

- ☐ Family Support (Asistență familială)
- ☐ Medicaid Personal care (Asistență personală Medicaid)
- ☐ Attendant Care (Asistență suplimentară)
- ☐ Alternative Living (Condiții alternative de locuit)
- ☐ VPP Attendant Care (Asistență VPP suplimentară)
- ☐ VPP Respite Care (Asistență VPP temporară)

NUMELE CLIENTULUI

NUMELE FURNIZORULUI DE SERVICII

LUNA

ANUL

	DATA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM
A	**ORA DE ÎNCEPERE A SERVICIULUI**															
B	**ORA DE ÎNCHEIERE A SERVICIULUI**															
C	**TRANSPORTUL CLIENTULUI**															
D	**NR. DE MILE ALE FURNIZORULUI**															

	DATA	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL LUNAR
		AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	
A	**ORA DE ÎNCEPERE A SERVICIULUI**																	
B	**ORA DE ÎNCHEIERE A SERVICIULUI**																	
C	**TRANSPORTUL CLIENTULUI**																	
D	**NR. DE MILE ALE FURNIZORULUI**																	

Semnat de: _____

CLIENT / PĂRINTE / TUTORE

INSTRUCȚIUNI:

A. Introduceți ora de începere a serviciului - indicați AM (dimineața) sau PM (după masa) după cum este cazul.
B. Introduceți ora de încheiere a serviciului - indicați AM sau PM după cum este cazul.
C. Transportarea clientului: Numărul total de mile parcurse pentru transportarea unui client pe baza aprobării SSPS.
D. Nr. de mile ale furnizorului: Introduceți numărul de mile parcurse până la şi de la client în scopul acordării serviciului pe baza aprobării SSPS.
E. Păstrați formularele de verificare completate în arhiva dvs. timp de şase (6) ani. S-ar putea să vi se ceară copii ale acestora de către DDD / DSHS.