Washington State Department of Social & Health Services
ADSA Aging & Disability Services Administration

AGING AND DISABILITY SERVICES ADMINISTRATION

PLANILLA DE TIEMPO PARA PROVEEDOR INDIVIDUAL

INDIVIDUAL PROVIDER SHEET

NOMBRE DEL CLIENTE/EMPLEADOR	NOMBRE DEL PROVEEDOR INDIVIDUAL	MES	AÑO

	Día del Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
A	HORA EN QUE EMPEZÓ EL SERVICIO																
B	HORA EN QUE TERMINÓ EL SERVICIO																
C	TOTAL DE HORAS POR DÍA																
D	MILLAS RECORRIDAS																

	Día del Mes	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL
A	HORA EN QUE EMPEZÓ EL SERVICIO																
B	HORA EN QUE TERMINÓ EL SERVICIO																
C	TOTAL DE HORAS POR DÍA																
D	MILLAS RECORRIDAS																

MARQUE LAS TAREAS REALIZADAS DURANTE EL MES:

- ☐ Preparación de Alimentos
- ☐ Vestir
- ☐ Caminar/Locomoción
- ☐ Baño
- ☐ Tareas del Hogar
- ☐ Compra de elementos básicos
- ☐ Alimentación
- ☐ Higiene Personal
- ☐ Traslado
- ☐ Uso del Retrete
- ☐ Provisión de madera
- ☐ Administración de medicamentos
- ☐ Acompañamiento/ Transporte a citas médicas
- ☐ Mobilidad en la cama/ Posicionamiento
- ☐ Aplicación de lociones/ Ungüentos
- ☐ Corte de uñas
- ☐ Cambio de vendas
- ☐ Tratamiento con movimiento pasivo

INSTRUCCIONES

A. Escriba la hora en que empezó el servicio - Indique AM o PM según corresponda.

B. Escriba la hora en que terminó el servicio - Indique AM o PM según corresponda.

C. Ingrese el total de horas trabajadas por día.

D. Millas Recorridas: Todas las millas recorridas, con autorización de SSPS, para transportar o hacer compras para un cliente.

NO envíe estas planillas de tiempo a Administradores de Caso. Mantener las planillas de tiempo completadas en nuestros archivos por un período de dos (2) años. El Administrador de Caso solicitará copias al momento de la revaluación.

FIRMA DEL CLIENTE	FIRMA DEL PROVEEDOR INDIVIDUAL

COPIES TO: Individual Provider; Client/Employer