

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska
Programa para Niños Discapacitados
DOCUMENTO DE FACTURACIÓN PARA EL RELEVO
Y EL CUIDADO DE HERMANOS

SÓLO PARA USO DE OFICINA
ID DE FACTURA

Nombre del Cliente	# ID de Cliente	Número de Teléfono
Padre/Madre/Tutor legal (un solo nombre)	Dirección de correo electrónico	
Dirección (<input type="checkbox"/> marcar si es nueva)	Ciudad/Estado/Código postal	

Pago a:

Proveedor (persona que presta el servicio)	# ID del Beneficiario	Si es un nuevo proveedor, se requiere un número de Seguro Social o un número de identificación fiscal federal.
Dirección postal del proveedor (<input type="checkbox"/> marcar si es una nueva dirección)		
Ciudad/Estado/Código postal	Dirección de correo electrónico	

Listar Un Servicio Autorizado <input type="checkbox"/> Relevo	Fechas Indique las fechas de servicio por separado (mes, día y año)	Horas de Servicio Reales Utilizadas (por ejemplo, de 2:30pm a 5:15pm)	Total Número de Horas	Costo Indique el importe cobrado por hora	Cuantía Total
Sólo para Uso de Oficina. Autorizado por	Sólo para Uso de Oficina. Fecha Autorizada		TOTAL FACTURADO		

Instrucciones: Presentar UN documento de facturación por mes natural y por proveedor. El Coordinador de Servicios debe recibir las facturas en un plazo de **60 days** a partir de la fecha del servicio. El documento de facturación debe estar completo y ser legible. El padre/madre/tutor legal debe verificar que esta facturación es correcta. Para las empresas, se requiere un formulario W-9 si usted es un nuevo proveedor.

Firma del Proveedor	Teléfono del Proveedor	Fecha (en o antes de la firma de los padres)
Firma del Padre/Madre/Tutor Legal		Fecha (a partir de la última fecha de servicio)

****Cualquiera que presente una reclamación falsa puede ser procesado por fraude****