

SÓLO PARA USO DE OFICINA
ID FACTURA

Nombre del Cliente		# ID de Cliente	Número de Teléfono
Padre/Madre/Tutor legal (un solo nombre)		Dirección de correo electrónico	
Dirección Postal (<input type="checkbox"/> comprobar si hay nueva dirección)		Ciudad, Estado, Código postal	
# ID del Beneficiario		Si es un nuevo beneficiario, se requiere un número de la Seguro Social	

Ubicación Indique Ciudad/Pueblo y Estado	Fechas Indique las fechas de servicio por separado (mes, día y año)	Gastos de Alojamiento	Cuantía Total
Sólo para Uso de Oficina. Autorizado por	Sólo para Uso de Oficina. Fecha Autorizada	TOTAL FACTURADO	

Instrucciones: Deberán presentarse recibos de los gastos de alojamiento. Presente un documento de facturación por mes calendario. Las facturas deben ser recibidas por el Coordinador de Servicios en un plazo de 60 días a partir de la primera fecha del servicio. El documento de facturación debe ser legible.

Firma de Padre/Madre/Tutor Legal	Fecha (en o después de la última fecha de servicio)
----------------------------------	---

****Cualquiera que presente una reclamación falsa puede ser procesado por fraude**.**
Copia Blanca - DHHS; Copia Amarilla - Padre/Madre/Tutor Legal