NEBRASKA
Good Life. Great Mission.
DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska
Programa para Niños Discapacitados

DOCUMENTO DE FACTURACIÓN DE ALOJAMIENTO

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 (□ 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**	

Instructiones: Deberán presentarse recibos de los gastos de alojamiento. Deberán presentarse los recibos de los gastos de comida de los hijos y de uno de los progenitores que reúnan los requisitos. 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