

INSTRUCCIONES PARA LLENAR SU HOJA DA TRABAJO

Asegúrese que su hoja de trabajo sea llenada únicamente manualmente. Toda la información debe ser en letra impresa nítidamente (limpia) dentro de las casillas sin tocar las paredes (vea el ejemplo abajo). Las burbujas indicando AM/PM deben ser llenadas completamente. Si las letras y los números no están dentro de las casillas, o no se pueden leer, su pago podría ser retrasado. Cada turno trabajado debe incluir la Fecha del Servicio, Hora de Entrada incluyendo AM/PM, Hora de Salida incluyendo AM/PM, Y Código de Servicio.

Sombree el Círculo completamente, así: No así:

Llene las casillas así:

A	B	C	1	2	3
---	---	---	---	---	---

 No así:

ABC	123
-----	-----

1. **Nombre de él/a Trabajador/a.** Utilice letra impresa.
2. **ID del Empleado.** Número del empleado siete dígitos.
3. **Nombre del Miembro.** Utilice letra impresa.
4. **Miembro/Empleador.** Número del miembro/a siete dígitos.
5. **Domingo que empezó su semana de trabajo.** La fecha del domingo que empezó la semana en formato MM/DD/AA. Por ejemplo si el primer día de la semana que usted trabajo fue martes 12/18/13, entonces el domingo fue **12/16/13**.
6. **Fecha de Servicio.** La fecha que el servicio fue proporcionado en formato MM/DD/AA.
7. **Entrada.** La hora que su turno empezó en formato **HH:MM**. Seleccione **AM** o **PM** sombree el círculo correcto.
8. **Salida.** La hora que su turno termino en formato **HH:MM**. Seleccione **AM** o **PM** sombree el círculo correcto.
9. **Código de Servicio.** El código del servicio que usted proporcione durante este turno. Empiece el código en la primera casilla y deje vacías el resto de las casillas si es necesario.
10. **Deterioro de Salud.** Iniciales de l/a trabajador/a y explique si observo deterioro en la salud del miembro.
11. **Declaración del miembro.** Iniciales del miembro y explicación si aplican cualquiera de las declaraciones.
12. **Firma del/a trabajador/a.**



Arizona HOJA DE TRABAJO



Esta semana de servicio la hoja de trabajo se entregara el próximo lunes antes de medianoche si es por fax, en persona, o está marcada por correo en lunes. Las hojas de trabajo se deben entregar cada semana, debido al ciclo de paga, si se entrega tarde se pagara tarde. La hoja de trabajo debe firmarse DESPUES el último día trabajado, no se aceptaran por adelantado. Desea evitarse molestias? Llene su hoja de trabajo por internet, rápido, y seguro en www.AZ.mydirectcare.com.

Nombre Trabajador/a (Letra Impresa)	ID Empleado	Domingo que empieza la semana
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Nombre Miembro (Letra Impresa)	ID Miembro/Ciente	MM DD AA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ver instrucciones al reverso.

Dia de servicio (MM/DD)	Entrada	Salida	Código de Servicio
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/>
2 <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/>
3 <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/>
4 <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/>
5 <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/>
6 <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/>
7 <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/>
8 <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/>
9 <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/>
10 <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/>

10 Indique con iniciales y explique si la siguiente declaración aplica durante este periodo trabajado
Se observó deterioro en la salud general del miembro. Explique:

11 Miembro: Indique con iniciales si la siguiente/s declaración aplica a este periodo de trabajo.
 1) Estuvo hospitalizada/o 2) Hubo cambios en mi salud 3) El/a cuidador/a faltó días esta semana.
 Explique:

Yo el/a trabajador/a, certifico que he trabajado las hora y servicios indicados arriba. Entiendo que no puedo proveer servicios cuando el miembro este hospitalizado o fuera de su residencia y la información falsa o representación inadecuada es fraude a Medicaid. Entiendo que Consumer Direct no pagara por ningún servicio proveído por el/a trabajador/a que no tenga vigente su CPR, Primeros Auxilios, Prueba de TB, o Educación Anual.

Firma DCW: Fe / /

Yo el miembro o persona encargada, certifica que el/a trabajador/a trabajo las horas indicadas para el miembro, y el servicio fue proveído de acuerdo al plan de cuidado, y que el Miembro NO estuvo hospitalizado, en un asilo, en una institución, o en otro lugar fuera de su propia residencia. La falsificación de esta hoja de trabajo se considera fraude a Medicaid y puede resultar en despido de este programa y/o acusación criminal.

Miembro/Person Encargada: Fe / /

13. **Fecha de la firma de l/a Trabajador/a.** En formato MM/DD/AA. Fecha debe ser en o después del día trabajado.
14. **Firma del miembro/representante del miembro.**
15. **Fecha de la firma del miembro.** En formato MM/DD/YY. Fecha debe ser en o después del día trabajado.