CENTER FOR HUMAN SERVICES
Formulario de Reembolso y Autorización de Apoyo/Cuidado Temporal (de Relevo)

Envíe el formulario completo por correo, email o fax al Center for Human Services Attn: Diane Bahner, 1500 Ewing Drive, Sedalia, MO 65301, dbahner@chs-mo.org, fax: 866-495-6424 **el 1er o 3er viernes de cada mes.**

Los cheques de reembolso serán enviados por correo el **2º y 4º viernes de cada mes**.

Los documentos recibidos después de la fecha límite tendrán un retraso en el procesamiento o envío del cheque de reembolso.

Individuo que recibe servicio: _____Condado: _____Tel: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Servicios de Relevo: (*Escriba las fechas cuando se usaron servicios de relevo y la cantidad pagada al proveedor*)

Fecha(s) de Servicio	# Horas de Cuidado de Relevo	Tarifa del Proveedor
		$
		$
		$
		$
		$
		$
		$
		$
		$
		$
		$

Fecha(s) de Servicio	# Horas de Cuidado de Relevo	Tarifa del Proveedor
		$
		$
		$
		$
		$
		$
		$
		$
		$
		$
		$

CANTIDAD TOTAL DE CUIDADO DE RELEVO a REEMBOLSAR: $ _____

#1 Firma del proveedor de cuidado de relevo:_____ Tel#:_____

#2 Firma del proveedor de cuidado de relevo:_____ Tel#:_____

Suministros u otros servicios: **(Debe incluir recibos/facturas o documento de declaración de oferta/costo)**

Fecha(s) en que fue recibido o será recibido	Descripción (Ejemplo: Suministros médicos, cuota de campamento, terapia, equipo de ayuda/auxiliar)	Costo
		$
		$
		$
		$

CANTIDAD TOTAL de otros servicios/suministros/artículos a REEMBOLSAR: $ _____

GRAN TOTAL de cuidado de Relevo u otros Servicios y Suministros a REEMBOLSAR: $ _____

Por la presente, yo verifico que la información es completa y veraz.

Firma del padre/Cuidador: _____ Teléfono:_____

POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLEMENTE ABAJO:

Haga el cheque pagadero a: (Nombre del Padre/Cuidador/CAMPAMENTO)_____

Enviar a: (Dirección) _____

Ciudad:_____ Estado: _____ Código postal: _____