

# CENTRO DE SERVICIOS HUMANO

## Apoyo a la Familia / reembolso de relevo y Formulario de Autorización

Por favor enviar el formulario completado mensual o trimestral a su coordinador de servicios asignado por el 1er o 3er viernes por mes a fin de que la oficina de contabilidad CHS para cortar y reembolso Comprobar correo en el 2º y 4º viernes al mes.  
Las comunicaciones recibidas fuera del plazo establecido dará lugar a cheque de reembolso se retrase.

Persona servida: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Los servicios de relevo : Periodo Cubierto \_\_\_\_\_

CÓDIGO DE FINANCIACIÓN : \_\_\_\_\_

(Lista de festivos debajo de cuando se utilizaron los servicios de respiro y el importe pagado al proveedor )

Fecha (s) de servicios	# de Horas de relevo	Cobro del proveedor
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

Fecha (s) de servicios	# de Horas de relevo	Cobro del proveedor
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

IMPORTE TOTAL de respiro al ser reembolsado : \$ \_\_\_\_\_

# 1 Firma de la persona de relevo : \_\_\_\_\_ # de Tel: \_\_\_\_\_

#2 Firma de la persona del relevo: \_\_\_\_\_ # de Tel : \_\_\_\_\_

### Suministros u otros servicios: (adjuntar recibos / facturas o de compra / venta de declaración de gastos)

Fecha (s) Recibido o va a recibir	Descripción (Ejemplo: Material médico, Campo de Tarifa, Terapia, Equipo de Adaptación)	Costo
		\$
		\$
		\$
		\$

IMPORTE TOTAL de otro Servicio / Equipo / artículo a ser reembolsado : \$ \_\_\_\_\_

**IMPORTE TOTAL de relevo, y otro servicio de suministros, para ser reembolsado : \$ \_\_\_\_\_**

**Por este medio verifico que la información anterior es exacta y completa .**

Cuidador / Firma de los padres : \_\_\_\_\_ # de Tel : \_\_\_\_\_

Sólo para uso oficial :

La cantidad total del reembolso \$ \_\_\_\_\_ está autorizado para estar a nombre de :

Nombre: \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Firma del Coordinador Servicio : \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_