

## SERVIZI DI ASSISTENZA PERSONALE (SAP)

### FOGLIO PRESENZE e MODULO DI ATTESTAZIONE (Pagina 1 di 2)

Giorno della settimana	Data	Entrata 1° turno	Uscita 1° turno	Entrata 2° turno	Uscita 2° turno	Entrata 3° turno	Uscita 3° turno	Ore totali per la giornata (ora):mm
Domenica		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Lunedì		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Martedì		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Mercoledì		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Giovedì		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Venerdì		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Sabato		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
								<b>Ore settimanali totali</b>

Giorno della settimana	Data	Entrata 1° turno	Uscita 1° turno	Entrata 2° turno	Uscita 2° turno	Entrata 3° turno	Uscita 3° turno	Ore totali per la giornata (ora):mm
Domenica		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Lunedì		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Martedì		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Mercoledì		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Giovedì		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Venerdì		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Sabato		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
								<b>Ore settimanali totali</b>

Partecipante / Nome Datore di lavoro Common Law (CLE)

ID Consumatore (il numero 'C')

Lavoratore Direct Care (Nome in stampatello)

Numero ID DCW (il numero 'E')

## SERVIZI DI ASSISTENZA PERSONALE (SAP)

### FOGLIO PRESENZE e MODULO DI ATTESTAZIONE (Pagina 2 di 2)

Io, sottoscritto Lavoratore Direct Care (DCW), dichiaro di aver fornito Servizi di assistenza personale al Partecipante elencato nel Foglio presenze qui sopra, e che le ore di lavoro sono vere e corrette.

\_\_\_\_\_  
Lavoratore Direct Care firma

\_\_\_\_\_  
Data firmato

\_\_\_\_\_  
Nome in stampatello Lavoratore Direct Care

\_\_\_\_\_  
Numero di telefono DCW

\_\_\_\_\_  
Numero ID DCW

\_\_\_\_\_  
Firma Datore di lavoro Common Law

\_\_\_\_\_  
Numero di telefono CLE

\_\_\_\_\_  
Data firmato

**Se il Datore di lavoro Common Law non ha potuto firmare questo modulo, il lavoratore Direct Care deve attestare quanto segue:**

Ho tentato di ottenere la firma del mio Datore di lavoro Common Law sul foglio presenze SAP allegato; ma, nonostante i miei tentativi, non sono riuscito ad ottenere la firma del Datore di lavoro Common Law sul foglio presenze.

\_\_\_\_\_  
Lavoratore Direct Care firma

\_\_\_\_\_  
Data firmato

\_\_\_\_\_  
Nome in stampatello del Lavoratore Direct Care

Istruzioni per compilare il foglio presenze del Lavoratore Direct Care (DCW):  
(Non presentare questa pagina insieme al foglio presenze e all'attestazione)

**Un foglio presenze con queste informazioni non può essere elaborato.**

Inserire le date del periodo di paga, i nomi e e altre informazioni richieste sul foglio presenze.  
Nota bene: Il periodo di paga deve iniziare sempre la domenica a mezzanotte (12:00 A.M.) fino a sabato alle 11:59 A.M.

Includere il o i numeri di telefono in modo da poter essere contattati in caso di domande su quanto è stato presentato.

**Ore di lavoro:** Registrare le ore di entrata e uscita effettive per tutte le ore e i turni. Quindi calcolare i totali giornalieri, arrotondandoli in incrementi di 15 minuti. Per esempio se un DCW lavora per 1 ora e 10 minuti, il totale per la giornata deve essere arrotondato a 1 ora e 15 minuti.

**Inserire tutte le informazioni sul foglio presenze:** Vi sono 3 sezioni di caselle per giorno per indicare le ore e i minuti di lavoro di un DCW Vi sono anche cerchi che indicano se il DCW ha lavorato di mattina o pomeriggio.

Se sono richiesti più di 3 turni (ora di inizio e fine) per un giorno singolo, usare un secondo foglio presenze e inserire tutte le informazioni relative al Partecipante, DCW, Periodo di paga e Firme.

**NOTA per i servizi non coperti:** Un DCW non viene pagato per servizi non coperti, fra cui attività eseguita / tempo di un DCW mentre il Partecipante è ricoverato in un ospedale, centro di riabilitazione, struttura di lungodegenza o altra struttura di ricovero. Il tempo dell'attività eseguita da un DCW mentre il Partecipante è ricoverato può essere riferito a un'Unità di indagini speciali (Special Investigations Unit).

**Presentazione del foglio presenze** Inviare per fax o email questo modulo entro le 4:00 P.M. del lunedì dopo la fine del periodo di paga per assicurare il pronto pagamento mediante deposito diretto o assegni. Non inviare il foglio presenze due volte. I fogli presenze che sono inviati mediante email o fax prima che il lavoro sia svolto non saranno elaborati.

Inviare questo foglio presenze a Tempus mediante:

Fax, numero verde: 833-583-6787

Email: [InboxTimesheetManagement@tempusunlimited.org](mailto:InboxTimesheetManagement@tempusunlimited.org)

Per posta: Tempus Unlimited, Inc.  
600 Technology Center Drive  
Stoughton, MA 02072