

SERVICIOS DE ASISTENCIA PERSONAL (PAS)

PLANILLA HORARIA PARA EL PAGO y FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN (página 1 de 2)

Día de la semana	Fecha	Hora de entrada para el primer turno	O a. m. O p. m.	Hora de salida para el primer turno	O a. m. O p. m.	Hora de entrada para el segundo turno	O a. m. O p. m.	Hora de salida para el segundo turno	O a. m. O p. m.	Hora de entrada para el tercer turno	O a. m. O p. m.	Hora de salida para el tercer turno	O a. m. O p. m.	Total de horas para el día (h):mm
Domingo														
Lunes														
Martes														
Miércoles														
Jueves														
Viernes														
Sábado														
													Total de horas semanales :	

Día de la semana	Fecha	Hora de entrada para el primer turno	O a. m. O p. m.	Hora de salida para el primer turno	O a. m. O p. m.	Hora de entrada para el segundo turno	O a. m. O p. m.	Hora de salida para el segundo turno	O a. m. O p. m.	Hora de entrada para el tercer turno	O a. m. O p. m.	Hora de salida para el tercer turno	O a. m. O p. m.	Total de horas para el día (h):mm
Domingo														
Lunes														
Martes														
Miércoles														
Jueves														
Viernes														
Sábado														
													Total de horas semanales :	

Nombre del participante/empleador de derecho común (CLE)

ID del consumidor (el número "C")

Trabajador de atención directa (nombre en letra de imprenta)

Número de ID de trabajador de atención directa (el número "E")

SERVICIOS DE ASISTENCIA PERSONAL (PAS)

PLANILLA HORARIA PARA EL PAGO y FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN (página 2 de 2)

Yo, el trabajador de atención directa (Direct Care Worker, DCW) abajo firmante, certifico que proporcioné servicios de asistencia personal al participante mencionado en la planilla horaria para el pago que figura arriba, y que las horas trabajadas son verdaderas y correctas.

Firma del trabajador de atención directa

Fecha de la firma

Trabajador de atención directa en letra de imprenta

Número de teléfono del DCW

Número de ID del DCW

Firma del empleador de derecho común

Número de teléfono del CLE

Fecha de la firma

Si el empleador de derecho común (Common Law Employer, CLE) no pudiera firmar este formulario, el trabajador de atención directa debe certificar la siguiente declaración:

Intenté que mi empleador de derecho común firme mi planilla horaria para los servicios de asistencia personal (Personal Assistance Services, PAS) adjunta; sin embargo, a pesar de mis mejores esfuerzos, no pude lograrlo.

Firma del trabajador de atención directa

Fecha de la firma

Nombre del trabajador de atención directa en letra de imprenta

Instrucciones para completar la planilla horaria del trabajador de atención directa (DCW):
(no envíe esta página con su planilla horaria y certificación)

No se podrá procesar una planilla horaria que no contenga la siguiente información.

Ingrese las fechas del período de nómina, los nombres y otra información requerida en planilla horaria. Tenga en cuenta: El período de nómina siempre comienza un domingo a la medianoche (12:00 a. m.) y se extiende hasta el sábado a las 11:59 p. m.

Incluya los números de teléfono para que podamos comunicarnos con usted si tiene alguna pregunta sobre lo que se ha enviado.

Horas trabajadas: Registre el tiempo real de entrada y salida para todas las horas y todos los turnos. Luego calcule los totales diarios, que deben redondearse al siguiente incremento de 15 minutos. Por ejemplo, si un DCW trabaja durante 1 hora y 10 minutos, el total de ese día debe redondearse a 1 hora y 15 minutos.

Complete toda la información en la planilla horaria: Las planillas cuentan con 3 secciones de casillas por día para indicar las horas y los minutos que ha trabajado un DCW. También tienen círculos que indican si el DCW trabajó durante las horas de la mañana o de la tarde. Si se necesitan más de 3 turnos (horas de entrada y salida) para un solo día, use una segunda planilla horaria y complete toda la información requerida sobre el participante, DCW, período de nómina y firmas.

RECORDATORIO para servicios no cubiertos: No se pagará a un DCW por los servicios no cubiertos, incluida la actividad/el tiempo realizado por un DCW mientras el participante se estaba hospitalizado, incluidos, entre otros, en hospitales, centros de rehabilitación, centros de enfermería especializada, etc. El tiempo de actividad realizado por un DCW mientras el participante está hospitalizado puede derivarse a una Unidad de Investigaciones Especiales.

Envío de la planilla horaria: Envíe este formulario por fax o correo electrónico antes de las 4:00 p. m. del lunes posterior a la finalización del período de nómina para garantizar depósitos directos y cheques oportunos. No envíe la planilla dos veces. No se procesarán aquellas planillas horarias que se envíen por correo electrónico o fax antes de que se trabajen las horas.

Puede enviar esta planilla horaria a Tempus de la siguiente manera:

Fax gratuito: Nro. 833-583-6787

Correo electrónico: InboxTimesheetManagement@tempusunlimited.org

Correo: Tempus Unlimited, Inc.

600 Technology Center Drive

Stoughton, MA 02072