

## SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) AUTORIZACIÓN DEL BENEFICIARIO PARA FIRMAR LOS REPORTE DE HORAS

|                         |                |                    |           |                                  |
|-------------------------|----------------|--------------------|-----------|----------------------------------|
| NOMBRE DEL BENEFICIARIO | (PRIMER NOMBRE | NOMBRE DE EN MEDIO | APELLIDO) | NÚMERO DEL CASO DEL BENEFICIARIO |
|-------------------------|----------------|--------------------|-----------|----------------------------------|

Este formulario le otorga a la persona designada la autoridad para firmar a nombre del beneficiario los reportes de horas (*timesheets*) de los proveedores que estén trabajando para el beneficiario mencionado anteriormente. La autoridad de la persona designada está limitada a solamente firmar los reportes de horas y dicha autoridad se puede terminar en cualquier momento a solicitud del beneficiario.

|  |                    |           |  |                    |
|--|--------------------|-----------|--|--------------------|
| PERSONA AUTORIZADA PARA FIRMAR EL REPORTE DE HORAS<br>(PRIMER NOMBRE       | NOMBRE DE EN MEDIO | APELLIDO) | PARENTESCO/RELACIÓN<br>CON EL BENEFICIARIO | NÚMERO DE TELÉFONO |
| FIRMA AUTORIZADA   |                    |           |  | FECHA              |
| FIRMA DEL BENEFICIARIO   |                    |           |  | FECHA              |
| REPRESENTANTE AUTORIZADO (SI EL BENEFICIARIO NO PUEDE FIRMAR POR ÉL MISMO) |                    |           | PARENTESCO/RELACIÓN<br>CON EL BENEFICIARIO | NÚMERO DE TELÉFONO |
| FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO   |                    |           |  | FECHA              |

### SOLO PARA USO DEL CONDADO (COUNTY USE ONLY)

COMMENTS

|  |                |                    |           |  |
|--|----------------|--------------------|-----------|--|
| NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL               | (PRIMER NOMBRE | NOMBRE DE EN MEDIO | APELLIDO) | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL |
| FIRMA DEL SUPERVISOR DEL TRABAJADOR SOCIAL |                |                    |           | FECHA DE LA APROBACIÓN DEL SUPERVISOR          |