

CRÉDITOS DE LICENCIA EN EL HOGAR (HOME LEAVE CREDITS, HLC) DEL PROGRAMA DE TARIFAS PARA PADRES DS 1214 (Rev. 08/2023)

REQUISITO: Se puede dar un crédito diario a los padres que lleven a su hijo fuera del centro de atención de 24 horas por un periodo de 6 horas consecutivas, dentro de un periodo de 24 horas. Los padres deberán completar este formulario e ingresar la solicitud dentro de los 60 días después de la fecha de cada visita en el hogar. Los créditos aprobados aparecerán en la factura del siguiente mes.

NOMBRE DEL NIÑO: _____

NÚMERO DE CUENTA: _____

NOMBRE DE LOS PADRES: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

Firma de los padres: _____
Fecha: _____

El niño se fue del centro de atención de 24 horas

El niño regresó al centro de atención de 24 horas

Fecha de inicio	Hora de inicio	Encierre una opción en un círculo	Fecha de término	Hora de término	Encierre una opción en un círculo
_____	_____	a. m./p. m.	_____	_____	a. m./p. m.
_____	_____	a. m./p. m.	_____	_____	a. m./p. m.
_____	_____	a. m./p. m.	_____	_____	a. m./p. m.
_____	_____	a. m./p. m.	_____	_____	a. m./p. m.
_____	_____	a. m./p. m.	_____	_____	a. m./p. m.
_____	_____	a. m./p. m.	_____	_____	a. m./p. m.
_____	_____	a. m./p. m.	_____	_____	a. m./p. m.
_____	_____	a. m./p. m.	_____	_____	a. m./p. m.
_____	_____	a. m./p. m.	_____	_____	a. m./p. m.

NOMBRE DEL CENTRO DE ATENCIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____

Certifico que revisé las fechas y las horas indicadas arriba y que la información proporcionada en este formulario es verdadera y exacta según mi mejor conocimiento.
FIRMA DEL CENTRO: _____ **FECHA:** _____
SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: _____

Regrese el formulario completo a:
Department of Developmental Services
Client Financial Services
1215 O Street, MS-30
Sacramento, CA 95814
Fax: 916-653-4587

Para uso exclusivo del personal de tarifas para padres:
Cantidad de días aprobados: _____
Firma del administrador: _____
Fecha de revisión: _____