

**Plan inicial centrado en la persona (código de servicio 024) y servicios de apoyos autodirigidos generales (código de servicio 099): modelo de factura**

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Tarifa de facturación por hora:

Nombre del participante:

Número de UCI:

Centro Regional:

Mes/Año:

Fecha	Servicio o tarea específicos	Tiempo por tarea	Costo de la tarea
X/X/XXXX	Servicio/Tarea 1: descripción del servicio o la tarea realizados	Tiempo dedicado al servicio o la tarea	Tiempo x tarifa de facturación por hora
X/X/XXXX	Servicio/Tarea 1: descripción del servicio o la tarea realizados	Tiempo dedicado al servicio o la tarea	Tiempo x tarifa de facturación por hora

**Ejemplos aceptables** (sobre la base de una tarifa por hora de \$50)

Fecha	Servicio o tarea específicos	Tiempo por tarea	Costo de la tarea
7/14/2023	Reunión con la persona para delinear un plan de gastos.	1.75 horas	\$87.50
7/25/2023	Contacto con un posible proveedor para determinar la disponibilidad para prestar servicios.	0.50 horas	\$25.00

**Ejemplos no aceptables**

Fecha	Servicio o tarea específicos	Tiempo por tarea	Costo de la tarea
7/2023	Prestación de servicios de apoyo para la transición previa a la inscripción.	12.75 horas	\$637.50
7/2023	Prestación de servicios mensuales previos a la inscripción.	Según sea necesario	Tarifa mensual de \$500