

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 |
| | | Cantidad total de horas | Costo total |

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 |
| | | Cantidad total de horas: 2.25 | Costo total: \$112.50 |

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 \$500.00 |