

PLANILLA JORNAL MENSUAL PARA EL TRABAJADOR DE CUIDADO INFANTIL

Nombre del miembro familiar que es proveedor

Número del vendedor

Nombre del consumidor

Número de identificación del consumidor (UCI#)

Domicilio del cuidado infantil

Nombre del empleado

Domicilio del empleado

Número del seguro social del empleado

Número de teléfono del empleado

Firma del empleado

Edad del empleado

Fecha	Hora de empiezo	Hora de terminar	Número de horas	*Tarif/Hora	Total/Día
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$

Total Mensual \$

YO CERTIFICO QUE EL EMPLEADO QUE FIRMA ARRIBA FUE SELECCIONADO, SUPERVISADO Y ASIGNADO TODAS LAS RESPONSABILIDADES ÚNICAMENTE POR MÍ. ASÍ MISMO, CERTIFICO QUE LAS HORAS Y TARIFAS ARRIBA MENCIONADAS SON CORRECTAS Y QUE EL EMPLEADO HA PROVEIDO ÚNICAMENTE CUIDADOS QUE NO SEAN MEDICOS EN MI HOGAR Y QUE RETENDRÉ EVIDENCIA (I.E. CHEQUES CANCELADOS) DE PAGO PARA PROPÓSITOS DE AUDITORIA.

Nombre del miembro familiar que es proveedo

FECHA

POR FAVOR REGRESE ESTA FORMA CON SU FACTURA MENSUAL A: RCEB, 500 Davis Street, Suite 100, San Leandro, CA 94577

EN EL CASO DE QUE USTED UTILIZARA TODAS LAS HOJAS DE PLANILLAS Y NECESITE MAS, USTED PUEDE FOTOCOPIAR ESTAS PLANILLAS JORNAL MENSUAL PARA SU USO A EFECTO DE COBRAR AL CENTRO REGIONAL. ESTO EVITARA DEMORAS EN RECIBIR SU REINTEGRO.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LAS PLANILLAS DE JORNAL MENSUAL PARA EL CUIDADO INFANTIL

Esta forma debe ser llenada por usted y su empleado de cuidado infantil. Debe someter esta forma junto con el reclamo del proveedor.

Nombre del miembro familiar que es proveedor: Escribe su nombre completo.

Número de identificación del consumidor (UCI#): Este número es el que identifica al consumidor y está incluido en la forma de Dotación de la Adquisición de Servicios (POS). Indique el número.

Número del vendedor: Está incluido en la forma de Dotación de la Adquisición de Servicios. Indique el número.

Nombre del consumidor: Con letra de imprenta anote el nombre del consumidor.

Domicilio del cuidado infantil: Anote el domicilio.

Nombre del empleado: Con letra de imprenta anote el nombre del empleado.

Edad del empleado: Con letra de imprenta anote la edad del empleado.

Número de teléfono del empleado: Indique el número de teléfono del empleado.

Número de seguro social del empleado: Indique el número de seguro social.

Firma del empleado: El empleado debe firmar con su nombre completo. Únicamente complete una forma mensual. Llena una forma separada para cada empleado de respire que utilice.

Fecha: Indique la fecha en que fue prestado el servicio.

Hora de comienzo/hora de terminar: Para cada fecha, indique el tiempo durante el cual el servicio fue proveído.

Número de horas: Para cada fecha que se proveyó el servicio, indique la cantidad de horas.

Total/Day: Cantidad de horas X \$8.31 = Total/día (con el 3% reducción efectiva 2/01/09).

Total mensual: Indique el total de la columna Total/día.

Firma del miembro familiar que es proveedor: Firma su nombre completo para certificar que las condiciones indicadas en el párrafo anterior y su firma es correcta.

Fecha: Indique la fecha en que firmó la forma.