



Formulario de Servicio en Múltiples Localidades del Consumidor

Instrucciones: Llene este formulario completamente si usted recibe Servicios de Cuidado Personal en más de una localidad. Usted debe someter un formulario actualizado a su FI si la Localidad en donde usted recibe los servicios de PCA ha cambiado, si el horario ha cambiado, o si usted cambia de PCA en una de estas localidades.

() -

| Nombre del Consumidor | | Número Telefónico del Consumidor | | Número de ID del consumidor | |
|--|---|----------------------------------|--|---|----------------------|
| Localidad Primaria 1 | | | Localidad Secundaria 2 | | |
| Dirección: | | | Dirección: | | |
| Ciudad: | | Código Postal | Ciudad: | | Código Postal |
| Tipo de Localidad: | | | Tipo de Localidad: | | |
| <input type="checkbox"/> Residencia primaria | | | <input type="checkbox"/> Residencia secundaria (ej. Casa Vacacional) | | |
| <input type="checkbox"/> Trabajo/Empleo <input type="checkbox"/> Otro (explique): | | | <input type="checkbox"/> Trabajo/Empleo <input type="checkbox"/> Otro (explique): | | |
| Horario del PCA(s): Complete aquí si usted está en esta localidad durante los siguientes días y complete el tiempo de inicio y de terminación en cada día (hh:mm) | | | Horario del PCA(s): Complete aquí si usted está en esta localidad durante los siguientes días y complete el tiempo de inicio y de terminación en cada día (hh:mm) | | |
| Dom | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | | Dom | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | |
| | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | | | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | |
| Lun | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | | Lun | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | |
| | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | | | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | |
| Mart | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | | Mart | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | |
| | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | | | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | |
| Mier | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | | Mier | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | |
| | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | | | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | |
| Juev | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | | Juev | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | |
| | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | | | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | |
| Vier | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | | Vier | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | |
| | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | | | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | |
| Sab | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | | Sab | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | |
| | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | | | <input type="checkbox"/> Inicio: __:__ am/pm Fin: __:__ am/pm | |
| Fecha de inicio: / / | | | Fecha de inicio: / / | | |
| Fecha de terminación: / / | | | Fecha de terminación: / / | | |
| PCA(s) que trabajan con usted en esta Localidad: | | | PCA(s) que trabajan con usted en esta Localidad: | | |
| Nombre del PCA: | | | Nombre del PCA: | | |
| Ultimo 4 dígitos del SSN #: | | | Ultimo 4 dígitos del SSN #: | | |
| Nombre del PCA: | | | Nombre del PCA: | | |
| Ultimo 4 dígitos del SSN #: | | | Ultimo 4 dígitos del SSN #: | | |

Yo verifico que esta información es correcta. Si hay algún cambio en esta información, yo someteré un formulario actualizado a mi Intermediario Fiscal Inmediatamente.

Firma del Consumidor/Sustituto

Fecha de la Firma

600 Technology Center Drive, Stoughton, MA 02072
Toll-Free Phone #: 1-877-479-7577
Rev. 02/01/17

www.tempusinc.org
Toll-Free Fax #: 1-800-359-2884

Admin Use Only: