



Uso Sólo de Oficina	
Número Subvención:	_____
No. Identificador de Empresa:	_____
Monto: \$	_____
Horas:	_____ Unidades _____

PROGRAMA DE APOYO PARA EL CUIDADOR DE UN FAMILIAR REGISTRO DE LA FICHA DE ANOTACIONES DE SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Nombre del Cuidador: _____
El Cuidador es la persona que asume la responsabilidad de cuidar al receptor del cuidado

Nombre del Receptor del Cuidado: _____
El Receptor del Cuidado es el paciente, la persona que recibe el cuidado

Proveedor de Cuidados Paliativos: _____
Proveedor de Cuidados Paliativos: la persona que provee el cuidado del paciente en vez del cuidador

FECHA DEL SERVICIO	# HORAS		Precio Normal es entre \$5 a \$15 / hora, dependiendo de los servicios PRECIO POR HORA	=	TOTAL DIARIO
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$

Multiplicar el número de horas por el precio por hora para obtener el total por día.

Total de Horas: _____ Monto Total: _____ \$

Fecha: _____ Firma del Cuidador _____

Extender Cheque a la orden de: Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Favor dé vuelta la página para obtener información sobre cómo completar este formulario.