



#1

FAVOR DE DEVOLVER ESTA HOJA

Recibo de Manual de Servicio de Ayuda/ Acuerdo de Servicio

Asigno a Bay Respite Care (BRC) para proveer el servicio de Empleador Registrado a

Nombre del/ los Cliente(s)

por el número horas específicamente autorizadas por North Bay Regional Center en la Autorización de Compra de Servicio de la persona arriba mencionada.

He recibido y leído una copia del manual de Servicio de Ayuda y acuerdo respetar las políticas y procedimientos contenidos en éste.

Entiendo que si sobrepaso las horas que me han sido provistas por el centro regional, es mi responsabilidad económica pagar por cada una de las horas adicionales que use estos servicios. Entiendo que es mi responsabilidad mantener registro de mis horas—no es la de mi Proveedor de Servicio de Cuidado ni la de Bay Respite Care. También entiendo que si utilizo los servicios de ayuda cuando no tenga una autorización actualizada, seré económicamente responsable por el pago de cada una de las horas que utilice. El costo del sobre uso es \$12.88 por hora _____ (*sus iniciales aquí*)

Entiendo que si el costo de las horas extras no se paga a tiempo, BRC puede discontinuar los servicios de ayuda.

Si tengo preguntas acerca de las reglas, políticas y procedimientos, se las haré al Departamento de Empleadores Registrados de Bay Respite Care.

Firma de Padres/ Tutor

Fecha

Escriba el nombre del cliente

Asistente/ Gerente del Programa

Fecha