

**REGISTRO DE CUIDADO DE RESPIRO**

**Nombre del Cliente**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**-Información del Cuidador de Respiro-**

Si usted es un cuidador de respiro privado – no una agencia o facilidad - debe llenar y firmar abajo.

Nombre del Cuidador de Respiro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Salario por Hora \_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Teléfono: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Cuidador de Respiro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*En firmando arriba, certifico que di servicios de cuidado de respiro al cliente nombrado en este registro al dirección escrito y en las fechas y horas escritas.*

**Este registro debe ser llenado y entregado a Imagine! con el Formulario de Verificación que le enviaremos al fin de nuestro año fiscal.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Dirección del Cuidado de Respiro** | **Hora de Inicio** | **Hora de Finalización** | **# Horas de Trabajo** | **Iniciales del Cuidador** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Horas Total\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Salario Total\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_